



Liliana Manuela Teixeira Pereira

“Aqui (não) é a minha casa!”:
Institucionalização e Identidade

Tese de mestrado em Psiquiatria Social e Cultural

Julho, 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Medicina

“Aqui (não) é a minha casa!”:
Institucionalização e Identidade

Ficha Técnica:

Tipo de trabalho	Dissertação de Mestrado
Título	“Aqui (não) é a minha casa!”: Institucionalização e Identidade
Autor/a	Liliana Pereira
Orientador/a	Manuel Quartilho
Coorientador/a	Filipa Daniela Marques
Identificação do Curso	Psiquiatria Social e Cultural
Área científica	Psiquiatria
Data	2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

* CAPA: Retrato de Roberta Coni: *Blind*, 2010

À Margarida e ao Adriano!
Com saudades.

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação traça o fim de uma das mais importantes etapas da minha vida e, como tal, gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma decisiva para a sua realização:

À Professora Doutora *Filipa Daniela Marques*, expresse o meu mais profundo agradecimento e respeito pela sua (co)Orientação. Agradeço, de todo o coração, pela paciência, entrega e apoio incondicional, assim como pelas palavras amigas e sábias. Muito obrigada pelo carinho e pela amizade.

Ao Coordenador do Mestrado e Orientador Professor Doutor *Manuel Quartilho*, pela oportunidade e privilégio em frequentar este Mestrado, que em muito contribuiu para o enriquecimento da minha formação académica e científica.

À *Direção* e demais *Técnicos* e *Funcionários* que compõe a IPSS por terem aceite prontamente o meu pedido de estudo, pela disponibilidade e confiança que sempre depositaram.

Às *peessoas idosas institucionalizadas* que, de bom-grado, dispensaram o seu tempo para me permitir explorar as suas trajetórias desde que se institucionalizaram. Obrigada pela confiança, pelo carinho, compreensão e palavras de alento! É por e para vós que trabalho!

Ao meu *José*, meu Amor, meu melhor amigo, pelo incansável apoio e incentivo. Por me ajudares a encontrar a paz nos momentos mais densos na tua poesia. É impossível redigir estas palavras sem me emocionar. Sou-te eternamente grata! Muito obrigada pela Luz!

Aos *meus pais*, um obrigado do tamanho do nosso amor por sempre acreditarem em mim e em tudo aquilo que faço! Não há gratidão maior que essa.

A todos,
Obrigada!

RESUMO

O processo de institucionalização supõe uma série de desafios para a pessoa idosa. As novas rotinas e os espaços partilhados são alguns dos aspetos que poderão comprometer a integração e adaptação da pessoa idosa ao novo meio, podendo representar verdadeiras agressões ao seu bem-estar físico e psicológico. **Objetivos:** explorar o processo de institucionalização da pessoa idosa (em contexto de ERPI) e compreender a influência deste processo na sua identidade. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa exploratório de *design* fenomenológico. A amostra inclui cinco pessoas idosas do sexo feminino (idades compreendidas entre os 72 e os 93anos) de uma ERPI situada no distrito do Porto. Foi administrada uma entrevista semiestruturada (baseada em outras entrevistas da área [Ribeiro, 2009; Almeida, 2011; Amaro, 2013; Lourenço, 2014]). Num segundo momento, uma vez que os discursos emergentes sugeriam a presença de sintomatologia depressiva relacionada com a institucionalização, justificou e avaliação da mesma através da Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15 (Yesavage et al, 1983). Procedeu-se à análise de conteúdo com juízes independentes e cruzou-se a informação emergente com os resultados da GDS-15. **Resultados:** os resultados emergentes sugerem que a institucionalização contribui para a alteração e/ou perda de identidade que, por sua vez, favorece a sintomatologia depressiva, sobretudo devido (i) à perda física do espaço *casa* e das rotinas e hábitos peculiares aí deixadas; (ii) às dificuldades inerentes da institucionalização (ambiente partilhado e ruidoso e ao confronto diário com a debilidade) e (iii) ao condicionamento da preservação da vontade e da liberdade na tomada de decisões consequentes das normas e regras institucionais. Estes aspetos parecem comprometer o bem-estar psicológico das participantes, refletindo-se numa percepção face à institucionalização predominantemente negativa e pautada por sentimentos como o saudosismo, a tristeza, a alienação e a apatia à vida institucional. Estes sentimentos são confirmados pelos *scores* obtidos na avaliação do estado afetivo (quatro das cinco entrevistadas apresentam evidências de sintomatologia depressiva). **Conclusão:** os dados do presente estudo parecem permitir levantar a hipótese que o contexto institucional favorece a sintomatologia depressiva relacionada com o comprometimento identitário resultante da institucionalização.

Palavras-chave

Pessoas idosas; Institucionalização; Perdas; Identidade; Depressão.

ABSTRACT

The institutionalization process assumes a series of challenges for the elderly person. The new routines and shared spaces are some of the aspects that may compromise the integration and adaptation of the elderly person to the new medium, and may represent real aggression to their psychological and physical wellbeing. **Objectives:** to explore the process of institutionalization of the elderly person (in context of ERPI) and understand the influence of this process in their identity. **Methods:** an exploratory qualitative study of phenomenological design. The sample includes five elderly women (between the ages of 72 and 93) in an ERPI in Porto district. A semi-structured interview was administered (based on other interviews in the area [Ribeiro, 2009; Almeida, 2011; Amaro, 2013; Lourenço, 2014]). Secondly, since the speeches suggested the emerging presence of depressive symptoms related to institutionalization, justified and evaluation of same through the geriatric depression scale-GDS-15 (Yesavage et al., 1983). Proceeded to the content analysis with independent judges and crossed the emerging information with the results of the GDS-15. **Results:** the results suggest that the emerging institutionalization contributes to the change and/or loss of identity that, in time, favors the depressive symptomatology, mainly due to (i) the physical loss of the House and space of peculiar habits and routines left; (ii) the difficulties inherent in the institutionalization (shared and noisy environment and the daily confrontation with the weakness) and (iii) to conditioning the preservation of will and freedom in decision-making resulting in institutional standards and rules. These aspects seem to compromise the psychological well-being of the participants, reflecting a perception given the predominantly negative and institutionalization marked by feelings such as nostalgia, sadness, alienation and apathy to institutional life. These feelings are confirmed by the scores obtained in the evaluation of the affective state (four of the five interviewees show evidence of depressive symptomatology). **Conclusion:** the data of this study seem to allow raising the possibility that the institutional context favours the depressive symptoms related to the commitment of identity arising from institutionalization.

Keywords

Elderly people; Institutionalization; Losses; Identity; Depression.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GDS – Geriatric Depression Scale

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MMSE – Mini mental State Examination

PI – Pessoas Idosas

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1. Enquadramento do envelhecimento humano no panorama Português atual	12
2. Envelhecimento, identidade e lugar	14
2.1. Envelhecer em comunidade (e em família).....	15
2.2. Envelhecer na Instituição	17
3. Institucionalização- Um desafio à identidade da pessoa idosa?.....	23
3.1. Institucionalização: consequências.....	27
4. Institucionalização da pessoa idosa e transtorno depressivo.....	29
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
1. Apresentação da Instituição	34
2. Objetivo central e específico	34
3. Amostra.....	35
3.1. Critérios de Inclusão.....	35
4. Instrumentos de recolha de dados	35
4.1. Questionário Sociodemográfico.....	35
4.2. Mini Mental State Examination (MMSE).....	36
4.3. Entrevista semiestruturada	36
4.4. Escala Geriátrica de Depressão (DGS-15 versão reduzida).....	37
5. Procedimentos	37
5.1. Análise de dados.....	39
III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	41
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
BIBLIOGRAFIA.....	68
APÊNDICES.....	78
ANEXOS.....	85

ÍNDICE DE TABELAS

Tab. 1- Tipos de decisões perante a institucionalização	20
Tab. 2- Consequências negativas da institucionalização	27
Tab. 3- MMSE: Pontuação de diagnóstico	36
Tab. 4- DGS-15: Pontuações de diagnóstico	37
Tab. 5- Resultado ao MMSE	38
Tab. 6- Caracterização dos participantes	39
Tab. 7- Resultados da escala de avaliação da sintomatologia depressiva (DGS-15)	48
Tab. 8- Categorias emergentes da análise de conteúdo	49
Tab. 9- Análise de Conteúdo	53

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esq. 1- Modelo de Processo de Transição de Wilson (2007)	25
Esq. 2- Processo de Institucionalização e Depressão	31

INTRODUÇÃO

Portugal, a par da Europa, confronta-se atualmente com importantes transformações demográficas resultado da combinação da descensão continuada da taxa de fecundidade e o aumento da longevidade fruto do avanço da medicina e do melhoramento das condições de vida (Daniel, Caetano, Monteiro & Amaral, 2016). Este importante marco para a história da humanidade começou a merecer atenção a partir do século XX, com as mudanças sociais que foram acontecendo, evidenciando a emancipação da mulher, colocando em causa os cuidados aos parentes mais velhos, que antes eram garantidos e da responsabilidade destas (Pinto, 2013). Assim, perante o crescente aumento de pessoas idosas e as mudanças familiares e sociais ocorridas ao longo do tempo, foi necessário (re)pensar os apoios prestados à pessoa idosa.

Uma vez que os apoios informais passaram a ser escassos, as famílias procuram agora respostas que garantam o bem-estar e a continuidade dos cuidados, procurando, deste modo, os apoios formais.

No entanto, quando a pessoa idosa é sujeita à institucionalização, pressupõe-se um conjunto de etapas difíceis tanto para a pessoa como para a família. A saída do meio habitual para um ambiente institucional, ainda grandemente rotulado por estereótipos negativos resultado da imagem proveniente dos anteriores asilos (Fernandes, 1997; Pinto, 2013), põe em causa a integridade, a privacidade e a independência da pessoa idosa. A mudança de rotinas, as interações que modificam o estilo de vida da pessoa, a despersonalização de tratamento e a obrigação de seguimento de regras institucionais requerem adaptações que poderão representar verdadeiros desafios para o “*self*”, manifestando-se em transformações identitárias¹ (Guedes, 2012).

Por este motivo, existe uma importância crucial em investigar e teorizar sobre o processo de institucionalização e sobre o processo de perdas e separações que se verifica quando a pessoa idosa é institucionalizada (Martins, 2006; Pereira, 2011).

Desta forma, este estudo visa explorar o processo de institucionalização da pessoa idosa em contexto de ERPI e compreender a influência deste processo na sua identidade. Para tal esperam-se respostas a outros aspetos essenciais para a compreensão da institucionalização, nomeadamente: i) os motivos que levaram a pessoa idosa a procurar

¹ A identidade é o resultado de uma construção individual e social que se encontra em constante reestruturação e reelaboração (Lousa, 2012) fortemente relacionada pelo contexto social e cultural onde a pessoa está inserida.

a resposta ERPI; ii) quais os efeitos da institucionalização na vida das pessoas residentes no que diz respeito à sua autonomia (preservação da vontade e liberdade na tomada de decisões); iii) a influência das dinâmicas, do espaço, da relação com os colaboradores e demais idosos institucionalizados na adaptação ao novo espaço; iv) interpretação das pessoas idosas relativamente à mudança da casa para a instituição; v) a influência da institucionalização na saúde mental da pessoa idosa, designadamente para risco de desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Quanto à organização da presente dissertação, esta está categorizada do seguinte modo: num primeiro momento encontra-se o enquadramento teórico relativo à temática; posteriormente, o segundo capítulo é dedicado ao enquadramento metodológico, explicando e justificando todos os processos metodológicos utilizados; de seguida, é feita a apresentação e a discussão dos resultados obtidos, terminando no quinto capítulo com as considerações finais.

Tudo o que sei, só sei porque amo.
(Leon Tolstoi)

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Enquadramento do envelhecimento humano no panorama Português atual

(...) é difícil ser-se velho numa sociedade e cultura onde que as pessoas valem pelo que fazem, isto é, pela sua ligação ao mundo social ativo. É igualmente difícil ser jovem num mundo onde é cada vez mais complicado perceber quem é efetivamente velho.

(Leleu, 1998, p.23)

O envelhecimento populacional é um acontecimento que caracteriza o século XXI pois tal como refere Oliveira (2005, p.5) “o século XXI será certamente o século dos idosos”, evidenciando que o envelhecimento da população “*interessa a todos, em primeiro lugar aos já idosos, mas a todos os que vêm atrás, mesmo as crianças, que amanhã serão também velhos*”, isto porque “*o envelhecimento é um processo universal e inerente a todos os indivíduos*” (Pocinho, et al., 2012, p.72).

Em Portugal, segundo os dados da PORDATA (2017), a esperança média de vida aumentou de 67,1 anos, em 1970, para 80,6 anos, em 2015. A previsão é que em 2060 esta seja de 84,2 anos para os homens e 89,9 para as mulheres. Estes dados colocam Portugal na lista dos países que envelhece mais rapidamente.

Dada esta tendência para o crescimento da população idosa, Portugal enfrenta atualmente uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com o aumento significativo dos idosos na população do país (Paúl & Ribeiro, 2012).

Enfrentamos, então, a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambas são baixas, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades (Rosa, 2012).

Este aumento da esperança média de vida assenta não só nos progressos da medicina, mas sobretudo nas práticas higiénicas e de prevenção, como a vacinação e as condições de vida que se foram tornando igualmente menos duras, assim como a gestão dos problemas sociais sofreram alterações positivas (Alaphilippe e Bailly, 2014).

De facto, o cenário pós-moderno regista avanços científicos valiosos, como a produção de conhecimento e tecnologias capazes de prolongar a vida humana, mas, em simultâneo, reforça a ilusão de uma juventude eterna (Carrara & Santo, 2016), produzindo um paradoxo: concomitantemente ao êxito da ciência e da tecnologia no prolongamento da vida, existe a falta de preparação da sociedade no que se refere à aceitação da velhice (Moreira & Nogueira, 2008), conduzindo a um dos maiores problemas atuais: o estigma

e a discriminação baseados na idade, denominado por *Ageism*² (Moreira & Nogueira, 2008; Marques, 2012).

Os estereótipos e a discriminação relacionados com o envelhecimento parecem estar enraizados na nossa cultura (Dionigi, 2015). O modo como habitualmente as pessoas idosas são comumente caracterizadas [e.g. inúteis, doentes, incapazes; inativos; (Marques, 2012)] interfere no modo que estas próprias vivem o envelhecimento:

“As ideias idadistas, que persistem em ver as pessoas idosas como “incompetentes” e “doentes”, funcionam como profecias autoconfirmatórias: pensamos que as pessoas idosas são assim, agimos de acordo com essas expectativas e elas (e todos nós eventualmente um dia) acabam por se tornar assim” (Marques, 2012, p.94).

Estes estereótipos idadistas, altamente enraizados na sociedade contemporânea, refletem-se negativamente na saúde da pessoa idosa. Dionigi (2015) realizou um estudo com o intuito de analisar os efeitos dos estereótipos relacionados com o envelhecimento na saúde das pessoas idosas. Os resultados apuraram que estes comportamentos têm efeitos adversos na saúde da pessoa idosa de um modo holístico, mas predominantemente no funcionamento físico e cognitivo, pelo abalo que representam na sua autoestima (Dionigi, 2015)

Estes dados da acerca do envelhecimento no panorama atual, alertam para a necessidade de haver uma alteração significativa do modo como as sociedades encaram o envelhecimento e as pessoas idosas. É neste sentido que as investigações concernentes ao fenómeno do envelhecimento humano assumem, presentemente, uma grande pertinência.

² O *Ageism* é o modo como se sente, crê e age, em resposta a um indivíduo ou grupo de indivíduos apenas mediante o fator idade (Levy & Banaji 2002 cit. in Fernandes, 2011). Assim, o *ageism* torna-se um fator contextual de risco não só de comportamentos de evitamento, negação ou subordinação (Sheets, 2005 cit. in Vergueiro & Lima, 2010), mas também de situações de maus-tratos, abuso ou negligência contras as pessoas idosas, um fenómeno ainda muito subestimado na nossa sociedade, já que as vítimas silenciam muitas vezes estes casos.

2. Envelhecimento, identidade e lugar

“Tornamo-nos conscientes de que o “pertencimento” e a identidade não têm a solidez de uma rocha, não são garantidos para toda a vida, são bastante negociáveis e revogáveis e de que as decisões que o próprio indivíduo toma, os caminhos que percorre, a maneira como age – e a determinação de se manter firme a tudo isso – são cruciais tanto para o “pertencimento” quanto para a identidade”.

(Zygmunt Bauman, 2005, p.17)

O lugar e a casa são muito importantes na vida das pessoas e estes parâmetros têm uma influência muito significativa na sua identidade (Lappegard, 2008). Dada esta influência do meio com a pessoa, nasceu a teoria da identidade com o lugar³, do inglês “*place-identity*”, que surgiu em 1978 pelas mãos de Harold Proshansky, Abade Fabien e Robert Kaminoff, psicólogos especialistas em psicologia social e ambiental, e propõe que as identidades são formadas de acordo com o ambiente, isto é, a noção de identidade com o lugar diz respeito à forma como o lugar proporciona sentimentos de pertença, com significado e de apego para a pessoa. A identidade com o lugar advém dos sentimentos desenvolvidos através das experiências quotidianas com os espaços físicos envolventes. Este é um conceito versátil sobre o qual muitas teorias das relações Homem-Ambiente são construídas.

Esta identificação com o espaço com influência no *self* tem a designação de apego ao lugar (“*place attachment*”, conceito desenvolvido por Irwin Altman e Setha Low em 1992) e é definido como os sentimentos que o ser humano desenvolve em relação aos lugares que são altamente familiares, isto é, lugares a que pertencem (Altman & Low, 1992; Gifford, 2002 citados por Lappegard, 2008). Estes dois conceitos são peças-chave no entendimento da influência do lugar na pessoa, contribuindo para o sentimento de pertença, ajudando a entender de que forma o deslocamento (forçado ou voluntário) pode ser traumático.

Dada esta relação do lugar para a pessoa, é imprescindível compreender se esta definição se confirma ou se anula aquando da institucionalização, tendo em consideração que o ambiente institucional exige o “*confronto com o outro, [a negação da] condição de igualdade e o direito à diferença, formando uma espécie de lógica darwiniana que agride a liberdade e o transforma em vítima, agindo contra ele através do uso da força*

³ A **teoria da identidade de lugar** vê o lugar como uma parte da autoidentidade. Uma sub-identidade tão importante quanto o género e a classe social (Proshansky et al., 1978 citado por Lappegard, 2008).

[ou da privação] de algum bem, seja este a vida, a integridade ou a liberdade de movimento. A sobrevivência do idoso na [ERPI] está ligada à possibilidade, maior ou menor, de (re)construir a sua individualidade pelo processo de interação, não apenas com os outros residentes, mas também com o corpo de funcionários. É uma tentativa de se fazer reconhecido pelo Outro, porque de tal reconhecimento depende a sua dignidade. A desconstrução da sua identidade poderá adaptá-lo à nova condição (...) fazendo com que o mesmo se conforme com a perda da liberdade e com a restrição do seu círculo de relações” (Duarte, 2014, p.206).

Na instituição, a pessoa vivencia a perda do seu lugar na sociedade e a tentativa de (re)construção da sua realidade social fica limitada ao espaço físico onde está inserido. Entretanto, a dimensão humana tem a capacidade de transformar o espaço em lugar. O lugar constitui-se quando atribuímos sentido aos espaços, ou seja, reconhecemos a sua legitimidade para localizar ações, expectativas, esperanças e possibilidades. Quando a pessoa idosa se reconhece como pertencente à ERPI, enquanto propriedade desta organização, ela define um lugar, representando sentidos e sentimentos (Duarte, 2014). Quando a pessoa se sente parte integrante da instituição, o risco de desajustamento diminui (Faria & Carmo, 2015). É nesse sentido que os espaços se constroem lentamente em lugares, possíveis territórios ou territorialidades (Veiga, Ferreira & Cordeiro, 2016).

Tendo em vista a relação do lugar com a identidade da pessoa, de seguida dar-se-á conta do que a literatura refere no que diz respeito ao processo do envelhecimento face a dois contextos distintos: o envelhecer em comunidade junto da família e em ambiente institucional.

2.1. Envelhecer em comunidade (e em família)

A literatura revela que existe uma eleição por parte das pessoas mais velhas em envelhecer no lugar onde residem, preferencialmente com autonomia, ativos e independentes o maior tempo possível, perto dos familiares e amigos (e.g. Lecovich, 2014). O *"envelhecimento no lugar"* é um termo popular utilizado do inglês *"Aging in Place"* e é definido como a capacidade de continuar a viver na comunidade, com algum nível de independência, ao invés de cuidados residenciais permanentes (Davey, Nana, de Joux & Arcus, 2004 citado por Wiles, Leibing, Gubarman, Reeve & Allen, 2012). Esta ideia é defendida pela Organização Mundial de Saúde (2007), que sugere que ao manter as pessoas no seu local de residência junto da comunidade envolvente o maior tempo possível, evita a dispendiosa opção dos cuidados institucionais, e, portanto, deveria ser

uma preferência dos decisores políticos e prestadores de saúde já que os próprios idosos também a defendem. Prova disso é o estudo realizado por Carvalho e Dias (2011) que comprova que a qualidade de vida das pessoas idosas que dispõem de apoio, mas que permanecem nas suas próprias casas, é mais elevada comparativamente à qualidade de vida percebida pelas pessoas idosas residentes em ERPI.

Partindo deste pressuposto, falamos em cuidados comunitários. Os cuidados comunitários (*community care*) referem-se à ajuda prestada às pessoas idosas nas suas próprias casas ou dentro da comunidade. Esta ajuda é maioritariamente fornecida pelas famílias (Donnelly; O'Brien; Begley & Brennan, 2016). Para Imaginário (2008), a instituição família⁴ é o mais antigo e utilizado serviço de assistência à saúde do mundo e, por isso, a unidade fundamental da sociedade.

Numa perspetiva histórica, a família existe desde os primórdios da humanidade, entretanto, o seu conceito não é o mesmo em todas as épocas e culturas. Todo o sentimento do verdadeiro valor da família (porto de abrigo, intimidade, afetuosa, autêntica, privada e solidária) tem sofrido mutações ao longo do tempo (Lima, 2010; Lopes, 2012), evidenciando-se a partir do final do último século. Com a industrialização, verificou-se, na Europa, o desaparecimento do modelo de família tradicional, com a sua subsistência virada para a agricultura, onde esta convivia no mesmo ciclo, na mesma aldeia, com fins lucrativos comuns. A indústria veio promover a segregação da mão-de-obra jovem, obrigando-os a abandonar as aldeias para se centralizarem nos grandes centros metropolitanos, deixando as pessoas idosas subjugadas a si mesmas (Lourenço, 2014). Também a emancipação da mulher teve consequências no sistema familiar (Lima, 2010). A tradição cultural portuguesa atribui particularmente aos seus membros do sexo feminino a responsabilidade de cuidar dos elementos mais velhos, no entanto, ao entrar no mercado de trabalho, a mulher passou a ter menos tempo para cuidar dos familiares e foi perdendo o papel de cuidadora. Por esta razão, as suas funções de cuidadora passaram a ser garantidas por outro tipo de grupos sociais ou instituições (Hanson, 2005; Lourenço, 2014) – respostas informais.

Os serviços que, no passado, eram garantidos pelas famílias (educativos, sanitários, de segurança social e assistencial) são, entretanto, assumidos pelo Estado. No

⁴ No entender de Pimentel (2005, p.67), a família surge como “*a rede alargada de parentes, como um grupo de parentes com os quais o idoso mantém um conjunto de trocas e interações mais ou menos intensas*”.

entanto, o ideal seria o binómio Estado-Família cuidar das suas pessoas idosas (Lourenço, 2014).

Ora, como as transformações sofridas ao longo do tempo levaram à diluição do papel da família no garante dos cuidados aos familiares mais velhos (Ferreira, 2015; Lima, 2010; Moura, 2006), assiste-se, hoje, à institucionalização da velhice.

2.2. Envelhecer na Instituição

Segundo Lenoir (1997), citado por Martins (2006), o envelhecimento demográfico levou a uma consciencialização social e a uma nova forma de gestão dos problemas sociais onde os encargos com os idosos se transpuseram para instâncias despersonalizadas e burocratizadas.

Fernandes (1997) menciona que até meados da década de setenta, Portugal não sentia ainda os efeitos do envelhecimento demográfico, na medida em que eram escassas as pessoas que alcançavam uma idade avançada e, como tal, as preocupações em torno da velhice não elegiam grande preocupação nem dificuldade. Foi, então, depois de 1974, que as políticas sociais dirigidas à população idosa tiveram uma maior expressão.

Embora os lares para pessoas idosas tenham a sua formação na europa no século XVI, sob uma conceção asilar destinada a acolher doentes mentais, *marginais* e pessoas idosas, foi sobretudo a partir do último quarto do século XX, que este recurso passou a dar mais resposta a uma população envelhecida carenciada (Fernandes, 1997), no entanto, altamente rotulada por aspetos negativos. Infelizmente, nesse sentido, pouco se alterou, encontrando-se ainda ancoradas representações negativas que enfatizam uma “*velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte*” (Fernandes, 1997, p.150). Prova desta negatividade em volta das instituições para pessoas idosas é o estudo realizado por Lopes, Afonso, Cerqueira e Pereira (2012); estes autores realizaram um estudo acerca da própria visão do envelhecimento entre pessoas idosas institucionalizados e não institucionalizadas e concluíram que o grupo de pessoas idosas institucionalizadas têm uma visão do envelhecimento mais depreciativa do que aquelas que se encontravam em comunidade. Os resultados sugerem que as pessoas idosas tendem a autocategorizarem-se de acordo com a identificação social que lhes é transmitida. Como as instituições de apoio à pessoa idosa estão comumente atribuídas a um lugar de pessoas doentes, com limitações físicas e psicológicas, com reduzido contacto social, sozinhas e em contagem decrescente para o dia da sua morte, (Lopes, et al., 2012), esta ideia acaba por ser assimilada pelas próprias pessoas idosas.

Reflexo deste estereótipo relacionado com a institucionalização, parece ser a escassa procura que esta resposta tem. Apesar de a institucionalização ser um veículo privilegiado para o bom uso social e que, neste sentido, é um dos ganhos inequívocos da pós-modernidade (Pereira, 2013), é ainda considerada, por ordem decrescente, a terceira resposta social mais solicitada (20%) entre as várias valências reconhecidas pela Segurança Social (Ferreira, 2011). De acordo com o Portal da Carta Social, da responsabilidade do Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento, no ano de 2012 existiam 2.093 equipamentos que forneciam a resposta social Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), englobando a rede solidária e lucrativa, com capacidade para alojar 79.997 pessoas. Esta capacidade representa menos de 4% da população com mais de 65 anos, que segundo dados do INE para o ano de 2011, era constituída por 2.010.064 indivíduos (Continente). Ainda que pareça que estas instituições indiquem um destino inevitável para os mais velhos, as estatísticas demonstram que apenas uma pequena percentagem recorre a estes estabelecimentos (Pinto, 2013). Exemplo desta realidade são os dados do INE, que, em 2002, constatou que no nosso país, apenas cerca de 51 017 pessoas idosas residiam em lares (num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos).

Já em termos Europeus, o recurso instituições de apoio para pessoas idosas é diferente entre o Norte e o Sul. Os países do Norte da Europa, como a Bélgica, a Dinamarca, a França, o Luxemburgo, a Holanda e o Reino Unido, continuam a estar mais desenvolvidos em termos de resposta social do tipo ERPI do que em relação aos cuidados comunitários (Duarte e Paúl, 2007). Por outro lado, a institucionalização é considerada um tipo de resposta escassa nos países a Sul da Europa, como a Grécia, a Itália, a Espanha e Portugal, isto porque são países que ainda envolvem bastante a família na prestação de cuidados aos mais velhos (Duarte e Paúl, 2007).

No entanto, verifica-se que a institucionalização tem emergido cada vez mais como uma alternativa à vida moderna (Carvalho & Dias, 2011), sendo um fenómeno relativamente recente na nossa sociedade (Ferreira, 2015).

Os motivos pelos quais levam a pessoa idosa a optar por este tipo de resposta social são múltiplos: desde as já referidas alterações a nível familiar à *“falta de uma habitação condigna e o aparecimento de algumas mudanças biológicas e funcionais características da velhice, como o agravamento do estado de dependência que faz com que outras consequências se revelem, mais precisamente o isolamento e situações graves de doença”* (Ferreira, 2015, p.49). Pode ainda ser o reflexo da perda do suporte social

pela do morte do companheiro (viuvez), filhos, familiares e/ou amigos; bem como de situações de fragilidade (como o esgotamento dos cuidados familiares face à dependência severa da pessoa idosa e os diagnósticos médicos de doenças crónicas e/ou múltiplas); dos conflitos familiares; do défice do estado mental e físico que implicam limitações nas atividades da vida diária; do facto de residirem sozinhos e na ausência de suporte social e da pobreza (Cardão, 2009; Cordeiro, 2016; Ferreira, 2011; Medeiros, 2012; Oliveira, 2014; Sequeira, 2010).

Porém, independentemente da diversidade de causas que conduzem à institucionalização, que muitas vezes estão conjugadas entre si, é frequente verificar-se a existência de sentimentos de perda quer material (da casa e dos seus pertences), quer afetiva (perda dos vizinhos, dos amigos e sobretudo da privacidade, da intimidade e da autonomia, assim como das alterações e rotinas estabelecidas) (Almeida, 2008 cit. in Oliveira, 2014; Fernandes, 2002; Pimentel, 2001) que leva com frequência a um estado depressivo (Nunes & Menezes, 2014).

O envelhecimento, a par de qualquer outra fase do desenvolvimento humano, acarreta ganhos e perdas que exigem ajustamento (Vandenplas-Holper, 2000). No entanto, este ajustamento torna-se mais difícil quando as perdas se sobrepõem aos ganhos (Fernandes, 2002; Lousa, 2012). As pessoas institucionalizadas, por norma, apresentam uma capacidade de ajustamento diminuída dadas as perdas dantescas pelas quais tem de se submeter (Balseiro, 2011; Teixeira, 2010).

Segundo a literatura (Ferreira, 2011; Guedes, 2012), a maior perda que ocorre com a institucionalização diz respeito à perda do seu ambiente habitual, uma vez que a pessoa idosa passa a estar subordinada a um ambiente completamente despersonalizado comparativamente ao vivido anteriormente. O abandono do lar onde viveram durante uma grande parte da vida, e a adaptação a um novo meio revela uma profunda alteração de papéis sociais: deixa de ser o patriarca ou a matriarca da família e deixa, igualmente, de lhe ser reconhecida a autonomia e liberdade totais (Carvalho & Dias, 2011).

Desta forma, e de modo a evitar um processo doloroso entre as duas realidades, é desejável que a escolha de institucionalizar provenha da própria vontade da pessoa. A pessoa idosa, enquanto ser racional, independente e livre, tem o direito e a capacidade de exercer controlo sobre a sua vida, e é este que, a menos que apresente dano cognitivo devidamente comprovado medicamente, deve ter a tomada de decisão face à institucionalização.

Relativamente a este aspeto Reed, Cook, Sullivan e Burrridge (2003) sugerem a existência de quatro tipos de decisões: (i) preferencial; (ii) estratégica; (iii) relutante e (iv) passiva (tabela 1).

Preferencial	Caraterizada pelo exercer do direito de decisão; ocorre perante alterações nas circunstancias de vida, que levam a pessoa idosa a ponderar a ida para uma instituição como a melhor alternativa.
Estratégica	Expresso no planeamento ao longo da vida e no sentido de adotar uma solução. Está patente em alguns comportamentos tais como proceder à inscrição com muitos anos de antecedência; tonar-se sócio de uma instituição iniciando o pagamento prévio de cotas; visita a várias instituições com vista a averiguar qual o mais apropriado e de maior interesse.
Relutante	Quando a pessoa idosa resistiu ou discordou ativamente do realojamento numa instituição. Nesta o idoso é forçado, pela família ou por técnicos, a adotar uma opção que não é a sua.
Passiva	O encaminhamento para a instituição decorre das decisões de terceiros sobre o nível e tipo de cuidados para a pessoa idosa, que esta aceitou sem contestar ou questionar. Normalmente característico de casos de idosos com defeito cognitivo ⁵ ou resignados.

Tabela 1. Tipos de decisão perante a institucionalização

Caso a pessoa idosa seja obrigada a frequentar uma qualquer resposta social, estando esta consciente e habilitada, não se lhe pode retirar o direito de tomada de decisão. Quando, porventura, isto acontece, é descrito na literatura de Nerenberg (2008) citado por Vergueiro e Lima (2010) como abuso, nomeadamente: abuso de violação dos direitos (que engloba o direito à privacidade, à confidencialidade, às escolhas livres, à liberdade religiosa, à liberdade de recusar a toma de psicotrópicos, e à liberdade no consentimento para a institucionalização) e o rapto (que inclui levar a pessoa idosa para instituições sem

⁵ Quando é feita a tomada de decisão nestes casos, Glover-Thomas (2000) citado por Sousa et al. (2006, p.131), alertam para a atenção em quatro fatores: *os passados e presentes desejos e sentimentos declarados pela pessoa em causa e os fatores que consideraria na decisão anterior à doença; a necessidade de permitir e encorajar a pessoa a participar, o mais possível, em tudo o quanto é feito por ela e a afeta; consultar outros membros da rede social pessoal acerca dos desejos e sentimentos que a pessoa (agora) incapacitada teria e que tem um significado grande para esta; tentar que a ação a tomar seja a menos restritiva da liberdade de ação da pessoa.*

o seu consentimento, impedindo-os de regressar utilizando para tal a força, coerção ou influência excessiva/ilegítima).

O modo como a pessoa se adapta à vida institucional está diretamente relacionada com a forma como essa decisão foi tomada (Faria & Carmo, 2015; Pavão, 2013). A questão da adaptação à vida institucional também tem muito que ver com a própria instituição, ou seja, é esperado que esta ofereça um ambiente propício e facilitador desse processo.

Para isso, é fundamental que nas instituições impere uma atuação humanizada e personalizada no sentido em que são consideradas as necessidades reais e específicas de cada pessoa (Manual de Boas Práticas da Segurança Social, 2005), tendo como horizonte que os residentes são o centro de toda a atuação, e que o meio familiar e social de que cada um provém é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado o apoio às pessoas idosas de acordo com os seus desejos e interesses, de modo a garantir condições para a manutenção da sua qualidade de vida (Amaro, 2013).

Mas infelizmente, esta é ainda caracterizada por possuir falhas e lacunas que infere aos residentes a não qualidade de vida e a dignidade que merecem e têm direito (Ferreira, 2011).

Por este propósito, Kane (2003, cit. in Lima, 2010) sugeriu onze indicadores de qualidade de vida a reter nas instituições para pessoas idosas, nomeadamente: a autonomia, a dignidade, a privacidade, a individualidade, a segurança, o conforto físico, as relações interpessoais, as atividades com significado, a competência funcional, a diversão e o bem-estar espiritual. Ferreira (2011) acrescenta ainda que o respeito, a liberdade, a intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação social são princípios éticos a imperar na instituição.

Nesta linha de pensamento, todos os valores e princípios da instituição devem igualmente permitir a expressão na concretização dos direitos dos residentes, a destacar: o direito à integridade e ao desenvolvimento da personalidade, o direito à liberdade de expressão, o direito à liberdade religiosa, o direito a uma vida afetiva, sexual e social, o direito à autonomia e à gestão do próprio património e o direito aos cuidados que necessita de forma competente, humana e atempada (Ferreira, 2011).

Como foi referido, a mudança do meio habitual para o meio institucional implica um grande processo de adaptação e de resiliência para a pessoa mais velha. Pimentel (2001) revela que muitas adaptações pelas quais as pessoas idosas têm que passar

representam profundas crises, perturbadoras do seu estilo de vida e que representam verdadeiras agressões à sua identidade.

Posto isto, parece oportuno questionar até que ponto a institucionalização permite a preservação da identidade da pessoa idosa.

3. Institucionalização- Um desafio à identidade da pessoa idosa?

O velho é um mais: tem mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crônicas, mais perdas, sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível. No momento em que utiliza mais a sua experiência, a vivência adquirida, ao longo da sua vida, aprende a conviver com as suas doenças crônicas; elabora as suas perdas, não esquecendo os ganhos; dribla os preconceitos e aprende a utilizar o seu tempo. Ele continuará a aproveitar a vida e gozar as coisas boas que o fazem feliz. Fazer planos para o amanhã, é viver!

(Zimmerman, 2000, pp.19-20)

O processo de institucionalização é representativo de uma mudança, que provoca díspares modificações na vida da pessoa idosa (Carrara & Santo, 2016). Oliveira, Souza e Freitas (2006) e Guedes (2012), defendem que o processo de institucionalização pressupõe sempre uma rutura radical com vínculos relacionais afetivos e com os modos de vida anteriores – conduzindo a uma relativa perda de autonomia; assim como à perda da residência habitual – espaço habitualmente estruturador das experiências passadas e da própria identidade dos sujeitos. Por estes motivos, quando nos colocamos no lugar da pessoa idosa institucionalizada, conseguimos perceber logo à partida o quão penoso será para o *self* esta mudança do meio habitual para um meio institucional.

Nas instituições para pessoas idosas, os efeitos da regulamentação podem impedir as pessoas de organizarem as atividades mais comuns (e.g. refeições, dormir, aceder à residência livremente, realizar atividades de ócio) de acordo com a sua vontade, limitando-as em termos de autonomia e ação (Martins, 2013). A pessoa idosa passa, assim, a estar subordinada às regras e aos costumes que lhe são impostos (Amaro, 2013; Faria & Carmo, 2015) e vê-se obrigada a adequar-se a uma rotina de horários institucionais e a uma partilha forçosa do ambiente e do dia-a-dia com desconhecidos (Pimentel, 2001), que compromete a sua privacidade (Choia, Ransomb & Wylliec, 2008).

Por este motivo, sociólogo Erving Goffman⁶ (2001) define as instituições para pessoas idosas como instituições totais⁷ e insinua um aspeto comum entre elas:

“Nas instituições totais, a vida torna-se restrita a um único espaço fechado, subordinada a uma mesma autoridade e cada atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de pessoas; todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto” (Goffman, 2001, p. 11).

Neste sentido, é a instituição quem acaba por assumir o controlo de muitos aspetos da vida da pessoa idosa (Santos, 2002), nomeadamente no que diz respeito à liberdade de expressão, ao direito a uma vida afetiva, sexual e social, ao direito à autonomia e gestão do próprio património, ao direito aos cuidados que necessita de forma competente, humana, atempada e individualizada, e ao direito à liberdade religiosa e espiritual (Ferreira, 2015). Esta privação dos direitos da pessoa idosa pode constituir-se um problema ou serem interpretados como tal (Amaro, 2013), uma vez que vão contra a dignidade e os direitos humanos.

O tratamento comum enquanto imposição burocrática é, de acordo com Guedes (2012), humilhante e assume-se como um atentado à identidade e à singularidade (Hartmann & Gomes, 2016). Como consequência, a pessoa idosa poderá sentir-se frágil, fraca, inoperante e isolada, podendo ser acometida a diversos tipos de sofrimento psíquico (e.g. depressão) (Hartmann, et al., 2012).

A institucionalização parece favorecer a despersonalização da pessoa idosa. Quando esta entra para a instituição é detentora de uma história pessoal e singular, com gostos e hábitos peculiares, que será diluída pelas práticas de padronização da instituição (Rozendo & Justo, 2012). A este processo de despersonalização e desterritorialização, o Goffman (2001) chama de *“mortificação do eu”*:

⁶ O sociólogo Erving Goffman realizou uma pesquisa de campo, no período de 1955 e 1956, a mais de 7000 indivíduos institucionalizados. Este trabalho resultou numa honorável teoria que é utilizada até aos dias de hoje. Partindo da análise das instituições, o célebre sociólogo acabou por defini-las como Instituições Totais. As instituições totais ficaram então categorizadas e definidas em cinco categorias. A primeira diz respeito às instituições criadas para cuidar de pessoas incapazes, mas que representam um risco, como no caso dos antigos sanatórios e leprosários. A segunda agrega aquelas criadas para proteger a sociedade de perigos intencionais, como as prisões. A terceira engloba instituições criadas para realizar modelarmente uma dada tarefa, como os quartéis e escolas internas. A quarta é formada por instituições destinadas a servir de refúgio do mundo e para formação de religiosos. Por fim, a quinta, referente a instituições criadas para cuidar de pessoas incapazes e inofensivas, como os orfanatos e os lares de idosos.

⁷ *“As instituições totais são definidas como um espaço de residência e/ou trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, são separados da sociedade por um determinado período de tempo, tendo uma vida fechada e formalmente administrada”* (Goffman, 2001, p. 11).

O seu “eu” é sistematicamente, ainda que de forma não intencional, mortificado (p. 24).

Por esta razão, é comum que as pessoas idosas institucionalizadas “*revelam um estatuto de pessoa diminuída, assumindo uma representação do self degradada*” (Guedes, 2012, p.40). Este sentimento de autoestima diminuída é intensificado quando os cuidadores apelam ao idadismo e à infantilização (Fernandes, 2011). A resistência a essas manifestações idadistas não é muita, devido ao conformismo que as pessoas idosas acabam por ter ao fim de algum tempo e ao estado de saúde (muitas vezes) vulnerável (Guedes, 2012).

A institucionalização ao influenciar negativamente a autoestima da pessoa idosa, contribui para que se sucedam alterações identitárias (Fernandes, 2000).

Podemos considerar que, à semelhança de Dubar (1997), a identidade⁸ de um indivíduo corresponde ao que ele tem de mais precioso. Ora, a perda dessa identidade causará sentimentos de alienação, sofrimento e angústia (Guedes, 2012), que em nada são conducentes a um envelhecimento digno e saudável.

Um estudo realizado por Jesus, Sena, Meira, Gonçalves e Alvarez (2010, p. 286) concluiu que a institucionalização tem um carácter prejudicial “*para idosos com capacidades cognitivas conservadas*” tendo em conta que “*costuma trazer consigo uma série de detrimientos, tais como perdas de autonomia e identidade*”.

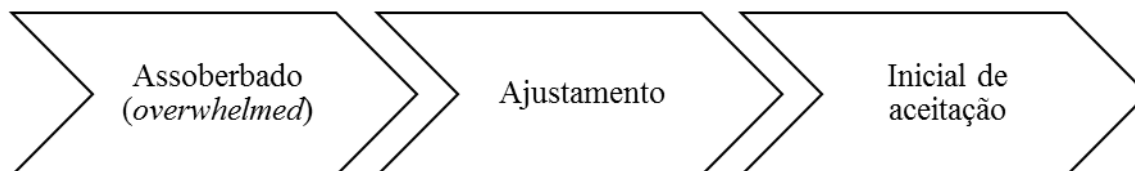
Para além das referidas perdas de autoestima e de identidade, o quotidiano numa instituição pode representar um fator de risco para o desenvolvimento de estados depressivos, para as dependências de modo excessivo, para os comportamentos automáticos (conformismo) e para a conseqüente perda de interesse pelo mundo externo (Balseiro, 2011; Hartmann Júnior & Gomes, 2014).

No entanto Lee, Simpson e Froggat (2013) e Martins (2013) acreditam que a institucionalização pode ser perspectivada como uma transição que, apesar de provocar mudanças na vida das pessoas idosas, culmina com a sua adaptação.

Wilson (2007) citado por Martins (2013) propôs um modelo do processo de transição (esq. 1), que integra três fases fundamentais: 1) Assoberbado (*overwhelmed*) – que coloca o foco no *self* e na demonstração de sentimentos como tristeza, solidão, choro,

⁸ A noção **identidade** está claramente relacionada com os conceitos de estabilidade, permanência, totalidade e singularidade e é utilizada como um conceito que define um estado da pessoa ou do grupo na explicação de comportamentos individuais ou coletivos (Guedes, 2012).

e medo, assim como a expressão do sentido de perda; 2) Ajustamento – observa-se a internalização da institucionalização e um aumento das atitudes positivas, onde a pessoa idosa começa a estabelecer novas redes sociais e começa a aperceber-se de como será o seu futuro e 3) Inicial de aceitação – surge o desenvolvimento de novas redes sociais, assim como a imersão da sensação de bem-estar e controlo sob a situação.



Esquema 1. Modelo do Processo de Transição proposto por Wilson (2007)

Entretanto, uma das questões que se levanta quando se pensa na institucionalização da pessoa idosa é a sua adaptação (Faria & Carmo, 2016). Todas as mudanças na vida requerem sempre uma adaptação.

Todavia, Carvalho e Dias (2011) acreditam que a capacidade de adaptação vai diminuindo com a idade, concluindo que as probabilidades de desajustamentos são, então, maiores.

A este respeito, Cabete (2002, p.28) elucida para os riscos da *não adaptação* que agrupa “*cognições, emoções e comportamentos que se traduzem em pessimismo, impotência, desespero, perda de controlo, falta de suporte social e dependência*”. Estes sentimentos acometem para um maior risco de sofrimento psicológico. Existem estudos que efetivam que é em meio institucional que se encontram patenteadas as maiores prevalências de doenças afetivas (Barroso & Tapadinhas, 2006; Neves, 2012)

Apesar do mencionado, importa referir que a mudança para uma situação nova de vida não é vivenciada da mesma forma por todos os indivíduos. Os efeitos (negativos ou positivos) da institucionalização dependem quer do contexto e do ambiente institucional, quer das diferenças individuais e da capacidade de adaptação de cada um (Ferreira, 2015) sendo, portanto, um processo subjetivo.

Todavia, o ambiente institucional parece ser muito importante para a adaptação da pessoa idosa à instituição e a viabilidade de as pessoas se manterem institucionalizadas depende fortemente de um ambiente favorável (Vieira da Silva, 2011). Neves (2014) considera que o ambiente institucional pode influenciar o bem-estar das pessoas residentes, no que diz respeito à autoestima, à predisposição para o desempenho de

determinadas atividades, e ao fortalecimento (ou não) de contactos e interações com os demais residentes.

Por outro lado, existem estudos (e.g. Cardão, 2009; Ferreira, 2011) que mencionam que por mais que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais da pessoa idosa, este não consegue abarcar na totalidade as necessidades das pessoas que lá residem e implica sempre o desenraizamento e a perda de autonomia da pessoa idosa, deixando espaço para existir uma lacuna (nem que seja mínima) entre os laços familiares e sociais até aí construídos. Este facto constitui para a pessoa idosa um fator de *stress* que acarreta inúmeras alterações a nível identitário (Neves, 2012) e a nível psicossocial (Cardão, 2009).

Segundo Guedes (2012, p.29) o “eu” do indivíduo, ainda que possua *“significados idiossincráticos é, simultaneamente, construtor e construído pelo meio, atendendo aos diferentes contextos em que se insere”*. É importante, pois, refletir sobre o mundo construído pelo indivíduo a partir da sua experiência social e das suas representações individuais e subjetivas, sobretudo quando o universo relacional do indivíduo se transforma e se coloca em causa a sua existência enquanto ser uno (Guedes, 2012).

3.1. Institucionalização: consequências

A institucionalização implica uma série de consequências, tanto positivas – como o acesso de serviços e respostas que de outra forma seriam mais difíceis de obter; como negativas – como o desenraizamento do modo de vida independente (Gama, Almeida & Silva, 2016). A tabela 2 resume as consequências negativas mais aludidas na bibliografia referentes à institucionalização.

Abandono	A institucionalização pode representar uma problemática social e familiar. Com isto, surgem muitas vezes tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, não raras vezes, o abandono acontece como uma consequência maior (Dias & Carvalho, 2011).
Alterações Relacionais Afetivas e Interpessoais	Para Barbosa e Lobo (2013) e Martins (2013), os relacionamentos interpessoais alteram-se e há a probabilidade de existirem dificuldades em estabelecer novos contactos significativos com os outros residentes pela falta de identificação e/ou pelo facto de alguns residentes revelarem psicopatologias.
Afastamento do quotidiano	As pessoas admitidas em ERPI tornam-se membros de uma nova comunidade. Independentemente da qualidade da instituição, ocorre sempre um afastamento da vida “normal” (Oliveira et al., 2006). Ao serem afastados do envolvimento social ativo, a institucionalização pode potencializar a marginalização por não fomentar a participação cívica (Osório, 2007 citado por Vieira da Silva, 2011).

Isolamento e Vulnerabilidade	Como consequência da falta de socialização, muitos sujeitos acabam por se isolar (Leitão, 2015). No entanto, o relacionamento estabelecido com os funcionários da instituição pode colmatar esse déficit. Mas quando os residentes sentem que os funcionários não respondem às suas necessidades de forma adequada, podem emergir sentimentos de vulnerabilidade, medo e solidão (Bradshaw et al., 2012) a par de um sentimento de incompreensão e alienação.
Condicionamentos institucionais	A pessoa idosa vê-se na iminência de aceitar e adaptar às normas e regulamentos da instituição que o alberga, mesmo que isto limite o seu modo de vida (Oliveira et al., 2006), prejudicando o autocontrolo, a autonomia, o poder de decisão e a própria liberdade (Ferreira, 2011; Pimentel, 2001).
Constrangimento da Privacidade	A dimensão da privacidade é uma das maiores perdas deste processo (Bradshaw, et al., 2012; Martins, 2013). A instituição potencia ainda a repressão da sexualidade. A atividade sexual é totalmente coibida e a própria estrutura física dos dormitórios costuma ser impeditiva ao desenvolvimento da mesma (Costa, 2012; Custódio, 2008; Rozendo & Justo, 2012)
Desenvolvimento de Psicopatologias	Ao afetar negativamente a identidade da pessoa idosa pode aumentar a vulnerabilidade a quadros depressivos que podem desencadear desordens psiquiátricas e o agravamento de quadros patológicos preexistentes (Carreira et al., 2011 citado por Nóbrega, Leal, Marques & Vieira, 2015; Martins, 2013),
Risco de suicídio aumentado	A institucionalização acomete para um risco de suicídio 4 vezes superior comparativamente a pessoas idosas não institucionalizadas (Almeida & Quintão, 2012; Kennedy, 2015; Marques & Ramalheira, 2006)

Tabela 2. Consequências negativas da institucionalização

4. Institucionalização da pessoa idosa e transtorno depressivo

A saúde mental é o equilíbrio psíquico resultante da interação do indivíduo com a realidade – sendo esta realidade o meio envolvente no qual o indivíduo se move e que lhe permite desenvolver as suas capacidades e satisfazer as suas necessidades. Este equilíbrio é conseguido sempre que o indivíduo se consegue adaptar às novas situações que o mundo envolvente lhe exige.

(Namorado, 2013, p.41)

Para Barreto (2006), entre as muitas causas de sofrimento humano, a depressão⁹ ocupa um dos primeiros lugares pela gravidade e pela frequência. Estima-se que em 2030, o transtorno depressivo seja a segunda maior causa de incapacidade em todo o mundo (depois do VIH) e o primeiro nos países desenvolvidos (Kennedy, 2015). Este é normalmente caracterizado por um estado emocional de tristeza, de angústia e de desesperança (Kennedy, 2015). Embora a tristeza seja normativa em alguns momentos, a depressão destaca-se por ter uma duração maior (Nunes & Menezes, 2014).

Estando a depressão inserida na esfera das doenças afetivas, esta pode assumir-se em subcategorias, nomeadamente em depressão grave, designada também por depressão *major*, e depressão ligeira (*minor*).

Considera-se o diagnóstico de depressão *major* quando se encontram reunidos cinco dos nove sintomas listados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V, 2014). Estes são: a tristeza, a perda de prazer, a alteração involuntária do peso, perturbação do sono, dificuldades de concentração e de tomada de decisão, comportamentos inabituais, perda de energia e sensação de fadiga, perda de autoestima associada a um sentimento de culpabilidade e ideias negativas relacionadas com a morte e o suicídio (Chapman & Perry, 2008). Para o diagnóstico da depressão ligeira basta estarem presentes dois dos sintomas referenciados com uma duração de pelo menos duas semanas (Kennedy, 2015).

De acordo com a opinião de Marques e Ramalheira (2006), é consensualmente aceite que a depressão seja a perturbação psiquiátrica mais comum na população idosa. Hartmann e Gomes (2014, p.85) salientam essa mesma ideia no seu estudo acerca da depressão em pessoas idosas institucionalizadas quando referem que “*a depressão surge*

⁹ A depressão caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspetos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (Carreira et al., 2011, cit. in Nóbrega, 2015).

como uma das principais queixas dos idosos” sendo a disfunção que mais afeta a qualidade de vida das pessoas (Oliveira, Santos, Cruvinel e Neri, 2006).

Contudo, esta condição de saúde é muitas vezes negligenciada por se acreditar tratar de uma condição normal da senescência (acometido pelos estereótipos). Mas ao contrário do que é comumente aceite pela sociedade em geral e até mesmo pelos próprios idosos (que, em geral, raramente se queixam, mas apresentam queixas somáticas que podem indicar um transtorno depressivo (Kennedy, 2015; Pinto et al., 2009)), a depressão não é um acontecimento normal no processo de envelhecimento (Hartmann, 2016). Mais grave ainda é quando os próprios profissionais que trabalham com pessoas idosas compartilham da ideia de que problemas sociais e económicos segregados à progressiva debilidade física levam a concluir que a depressão é uma consequência normal desses problemas.

Em contrapartida, também parece existir dificuldade em conceitualizar e diagnosticar a depressão em pessoas idosas devido sobretudo à multiplicidade das suas manifestações e da extensão nosográfica (Pinho, Custódio & Maskdiss, 2009; Hartmann & Gomes, 2016; Medeiros, 2010; Nóbrega, 2015; Serra, 2003). Uma das razões mais apontadas para a dificuldade do diagnóstico tem que ver com a maior tendência para a alexitimia – a incapacidade para identificar e verbalizar as experiências afetivas (Vaz & Gaspar, 2011). Por outro lado, Gamito (2017) refere que a depressão em alguns casos assume-se em forma de pseudodemência, camuflando-se com sintomas demenciais. A depressão tardia pode ainda manifestar-se sem disforia (humor deprimido ou tristeza) comprometendo o diagnóstico (Gum, McDougal, McIlvane & Mingo, 2010).

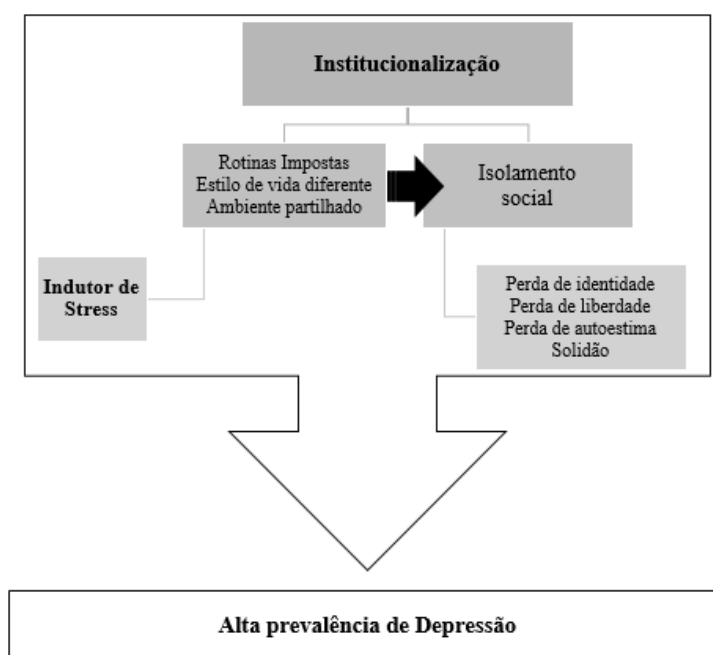
Ora, é precisamente por esta ser tão difícil de ser diagnosticada que sofre, por vezes, a agravante de não ser tratada. Se o diagnóstico não for realizado devidamente, a pessoa idosa corre o risco de nunca ver tratada a sua depressão, piorando o prognóstico (Gamito, 2017) sofrendo consequências aterradoras. A consequência mais séria de depressão tardia, especialmente se não for tratada ou se for inadequadamente tratada, é o aumento da mortalidade. Num período de dois a seis anos, entre dois terços e três quartos dos indivíduos deprimidos falecem ou permanecem ainda deprimidos (Vaz & Gaspar, 2011). Estes dados revelam a gravidade da doença e alertam para os fatores de risco.

As causas que estão na origem da depressão na pessoa idosa configuram-se dentro de um vasto conjunto de componentes onde atuam: a) fatores sociodemográficos (viuvez, pobreza, escolaridade); b) fatores genéticos; c) fatores de saúde funcional e cognitiva (incapacidade, perda progressiva do estado de saúde, deficiência visual, comorbidades

advindas do AVC, desnutrição, polimedicação); d) eventos vitais representativos, como as perdas, o luto, o abandono, o isolamento, as dificuldade nas relações interpessoais e a institucionalização (Carreira; Botelho; Matos; Torres & Sald, 2011; Nóbrega, 2015; Vaz & Gaspar, 2011). No entanto, esta última (institucionalização) tem merecido algum destaque devido à complexidade desse processo na vida da pessoa idosa (Bernardino, 2013; Hartmann & Gomes, 2014; Vaz, 2011).

A institucionalização, a par das vivências de perdas, comorbidades e limitações físicas, são experiências que questionam a existência da pessoa e que, por isso, são o ponto de partida para a desestruturação psíquica (Porcu, 2002 cit. in Hartmann, 2014). Sendo a institucionalização um processo que favorece a vivência de perdas em vários aspectos da vida, poderá aumentar a vulnerabilidade a quadros depressivos (Carreira et al., 2011).

Como sugere Vieira (1996), citado por Vaz e Gaspar (2011), a institucionalização é uma condição altamente instigadora de *stress* e, por isso, potenciadora de quadros depressivos, uma vez que a pessoa idosa nesse ambiente se vê *“isolado do seu convívio social e adota um estilo de vida diferente do seu, tendo de se adaptar a uma rotina de horários, dividir o seu ambiente com desconhecidos e viver distante da família. Este isolamento social leva-o à perda de identidade, de liberdade, de autoestima e à solidão. Muitas vezes ocorre a recusa da própria vida, correlato da alta prevalência de depressão em lares* (Vaz & Gaspar, 2011, p.56), tal como sintetiza o esquema a seguir:



Esquema 2. Processo de Institucionalização e Depressão

Com o intuito de perceber a porcentagem de pessoas idosas institucionalizadas com transtorno depressivo, Hartmann e Gomes (2016) realizaram um estudo a uma amostra de 96 pessoas institucionalizadas com mais de 65 anos, de nove instituições diferentes. O estudo revelou que 63,5% da amostra apresentavam pontuação da Escala de Depressão Geriátrica compatível. Os autores concluíram que o contexto institucional favorece o surgimento de depressão e estão maioritariamente relacionadas com “*as regras sob as quais está organizada e a própria proposta legal que reconhece tais instituições como locais de moradia, mas que as desconsidera na vida social do idoso, a qual não deve obedecer aos limites físicos de um estabelecimento, mas aos limites da autonomia do indivíduo*” (Hartmann & Gomes, 2016, p.151).

Embora seja concordante que a institucionalização forneça serviços globais e assistenciais que, em grande parte dos casos, de outro modo seriam inalcançáveis, acredita-se que esta seja uma experiência que proporciona aos residentes inúmeros desafios que podem contribuir para o desenvolvimento de depressão (Vaz & Gaspar, 2011).

II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia é o discurso que acompanha o caminho. É o relato da aventura do investigador que parte à descoberta de uma questão.

(Hesbeen, 2003, p.134)

Etimologicamente, a palavra metodologia advém do grego “*meta*” = ao largo; “*odos*” = caminho e “*logos*” que significa discurso, estudo.

A metodologia é o fio condutor de qualquer processo de investigação e deve ser claro e objetivo. A metodologia permite responder a várias questões: “*como?*”, “*com quê?*”, “*porquê?*”, “*onde?*” e “*quando?*” (Prodanov & Freitas, 2013).

Na perspetiva de Santos et al. (2016, p.90) as estratégias metodológicas subdividem-se em três tipos diferentes: (i) as quantitativas ou extensivas – quando o universo a estudar é de grande dimensão são utilizadas técnicas maioritariamente quantitativas (e.g. inquérito por questionário) e os resultados poderão ser generalizados ao universo em estudo; (ii) as qualitativas ou intensivas – quando o universo a estudar é de reduzida dimensão e se privilegia a abordagem direta das pessoas nos seus próprios contextos de interação, aqui o investigador pode recorrer a uma multiplicidade de técnicas quantitativas e qualitativas; (iii) as mistas/*mixed-methods* – quando o investigador, partindo de uma premissa de complementaridade, recolhe, analisa e interpreta dados qualitativos e quantitativos num mesmo estudo.

O presente estudo enquadra-se no tipo de abordagem qualitativa exploratório e de *design* fenomenológico. De carater exploratório por se considerar ser a forma mais adequada e com maior precisão para o conhecimento da natureza de um fenómeno social (Malhotra, 2001). Na ótica de Zikmund (2000) esta abordagem metodológica é útil para diagnosticar situações, explorar alternativas ou descobrir novas ideias.

De *design* fenomenológico por o “*primordial objeto de estudo da investigação fenomenológica [ser] o sentido da experiência vivida das pessoas que estão impreterivelmente ligados ao mundo [a ser estudado]*” (Vilelas, 2009, p. 159).

1. Apresentação da Instituição

A instituição onde se realizou o presente estudo trata-se de uma IPSS localizada no distrito do Porto. Esta foi fundada em 2000 e desde então prestam serviços de apoio a várias populações. Atualmente a IPSS conta com seis respostas sociais que foram sendo construídas ao longo do tempo, nomeadamente o Centro de Dia (CD), o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), as Atividades dos Tempos Livres (ATL), o Rendimento Social de Inserção (RSI), a Creche e a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Sendo que a mais recente obra diz respeito à Creche e à ERPI fundadas em 2012 num mesmo edifício.

A resposta social ERPI tem capacidade para 32 pessoas e conta com 12 quartos (4 duplos e 8 quartos triplos), uma sala de convívio, uma sala para as refeições, uma cozinha e copa, um ginásio, um gabinete médico, um gabinete para técnicos, um gabinete de fisioterapia, um gabinete para podologia e nutrição (quando requerido pelos clientes ou por pessoas externas) e um cabeleireiro.

Tem permanentemente afetos a esta resposta juntamente com o Centro de Dia (CD) três técnicos superiores de Educação Social (dois responsáveis pelas dinâmicas e um que assume o cargo da direção técnica) e dois Enfermeiros em sistema de rotatividade. Conta ainda com uma nutricionista a meio tempo e um técnico de fisioterapia (não incluídos na mensalidade).

2. Objetivo central e específico

Este estudo visa explorar o processo de institucionalização da pessoa idosa (em contexto de ERPI) e compreender a influência deste processo na sua identidade.

No que concerne aos objetivos específicos:

- a) Conhecer os motivos que levam a pessoa idosa a procurar a resposta ERPI;
- b) Explorar quais os efeitos da institucionalização na vida das pessoas residentes no que diz respeito à sua autonomia (preservação da vontade e liberdade na tomada de decisões);
- c) Compreender a influência das dinâmicas, do espaço, da relação com os colaboradores e demais idosos institucionalizados na adaptação ao novo espaço;
- d) Compreender como é interpretada pelas pessoas idosas a mudança da casa para a instituição;

- e) Compreender a influência da institucionalização na saúde mental da pessoa idosa, designadamente para risco de desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

3. Amostra

Para Fortin (1999, p.202) uma população “*é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*”.

Para a realização da investigação recorreu-se a uma amostragem intencional de cinco indivíduos residentes da ERPI que preenchessem os critérios de inclusão.

3.1. Critérios de Inclusão

Para Luna (1998) os critérios de inclusão definem as principais características da população alvo e acessível.

Deste modo, os nossos critérios são:

- Pessoas idosas institucionalizadas na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas pertencente ao distrito do Porto, há mais de um ano na instituição;
- Idade igual ou superior a 65 anos;
- Ausência de comprometimento cognitivo (avaliado previamente com recurso ao instrumento de avaliação de despiste cognitivo Mini-Mental State Examination);
- Ausência de limitações físicas severas.

4. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico breve ^(Apêndice 1);
- *Mini Mental State Examination* (MMSE) ^(Anexo 2);
- Entrevista (semiestruturada) ^(Apêndice 2);
- Escala Geriátrica de Depressão (DGS) ^(Anexo 3).

4.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico teve como objetivo conhecer o público com o qual se vai trabalhar. Deste modo, no questionário estão presentes perguntas de natureza

peçoal como: a idade, as habilitações literárias, a naturalidade, o estado civil, a profissão, a religião e o tempo de institucionalização.

4.2. Mini Mental State Examination (MMSE)

O Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) é um dos instrumentos mais aplicados e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo (Lourenço & Veras, 2006). Usado isoladamente ou integrado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e despiste de perda cognitiva (Lourenço & Veras, 2006).

Este contempla vários domínios de avaliação, nomeadamente: a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais.

Conta com onze perguntas, sendo que está dividido em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita sobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos) (Apolo, 2012).

O *score* pode variar de 0 a 30, sendo que está diferenciado em função do nível de escolaridade, nomeadamente:

Escolaridade	Pontuação
<i>Sem escolaridade</i>	Inferior ou = 15
<i>1-11 anos</i>	Inferior ou = 22
<i>Mais que 11 anos</i>	Inferior ou = 27

Tabela 3. MMSE: Pontuações de diagnóstico

4.3. Entrevista semiestruturada

Foi utilizado o tipo de entrevista semiestruturada por esta garantir liberdade ao entrevistador de explorar o tema sem fugir ao argumento principal; além disso permite um discurso mais natural e livre por parte do entrevistado (Baptista & Sousa, 2011).

O guião de entrevista foi elaborado com base em quatro exemplos de entrevistas de outros trabalhos de investigação acerca da identidade das pessoas idosas institucionalizadas, designadamente: (i) Almeida, (2011); (ii) Amaro, (2013); (iii) Lourenço, (2014) e (iv) Ribeiro, (2009).

4.4. Escala Geriátrica de Depressão (DGS-15 versão reduzida)

Na ausência de uma avaliação prévia do estado depressivo dos clientes da ERPI, considerou-se pertinente avaliar, em forma de despiste, a sintomatologia depressiva das pessoas idosas entrevistadas. Para tal recorreu-se à Escala Geriátrica de Depressão (DGS) na sua versão reduzida.

A escala GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original (30 itens) e foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostram boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas.

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias:

	<i>Pontuação</i>
<i>Sem depressão</i>	0-5
<i>Depressão ligeira</i>	6-10
<i>Depressão grave</i>	11-15

Tabela 4. DGS-15: Pontuações de diagnóstico

5. Procedimentos

Num primeiro momento, procedeu-se ao devido pedido de autorização para a realização do estudo. Para isso foi formalizado o pedido através de uma reunião com a direção técnica e a presidência da instituição. Nesta reunião foi possível esclarecer os objetivos do estudo, e no final foi confirmado o acesso total à recolha de dados.

Seguidamente, a investigadora principal foi apresentada a toda a instituição e foi explicado o motivo da sua presença. Durante duas semanas estabeleceu-se contacto com as pessoas idosas de modo a estabelecer empatia para que a abordagem não fosse demasiado invasiva e conhecer a realidade do contexto. Testemunhou-se assim o dia-a-dia das pessoas lá residentes e procedeu-se ao registo de aspetos pertinentes (e.g. atividades realizadas; horários definidos; cuidados à pessoa) num diário de observação (Apêndice 3), desenhado para o efeito.

Após as semanas de observação, foi possível notar que o universo a ser estudado se restringia; isto é: grande parte das pessoas idosas residentes apresentavam evidências não conducentes aos critérios de inclusão (e.g. comprometimento cognitivo e desorientação espaciotemporal; limitações físicas severas). Face a esta situação, a

investigadora principal selecionou dez indivíduos (oito do sexo feminino e dois do sexo masculino) que aparentavam apresentar condições para responder ao estudo segundo as normas de inclusão. Por forma a certificar a ausência de comprometimento cognitivo das pessoas idosas selecionadas, a investigadora principal procedeu à aplicação do instrumento de avaliação de despiste cognitivo MMSE. Os resultados ao teste estão pautados na tabela 5.

<i>Amostra</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Resultado MMSE</i>
A1	3ºclasse	27
A2	Sem escolaridade	24
A3	3ºclasse	20
A4	3ºclasse	18
A5	4ºclasse	24
A6	4ºclasse	24
A7	Sem escolaridade	24
A8	3ºclasse	28
A9	3ºclasse	30
A10	4ºclasse	22

Tabela 5. Resultado ao MMSE

As pessoas que não apresentavam comprometimento cognitivo foram abordadas individualmente pela investigadora principal sobre a intenção em participar no estudo e foi explicado qual o propósito da investigação e quais os procedimentos que se seguiam. Concordando com o explicado, foi cedido o consentimento informado, que foi lido e esclarecido, seguindo sempre as normas de ética, confidencialidade e anonimato de acordo com a Declaração de Helsínquia.

Desta forma, a recolha de dados foi realizada até se atingir a saturação de dados (Fontanella, Ricas & Turato, 2008), e ocorreu entre o período do mês de fevereiro e março de 2017. Participaram neste estudo cinco pessoas idosas, do sexo feminino (tabela 6). Como forma de garantir o anonimato das participantes, estas foram identificadas por P1; P2; P3; P4 e P5 (P- Participante).

Participante	Idade	Sexo	Est. civil	Escolaridade	Cotação MMSE	Atividade profissional	Tempo instit.	Religião
<i>P1</i>	72	F	Solteira	3º classe	27	Padeira	2 anos	Católica
<i>P2</i>	77	F	Solteira	Sem escolaridade	24	Padeira	2 anos	Católica
<i>P3</i>	93	F	Viúva	4º classe	24	Lavoura	5 anos	Católica
<i>P4</i>	83	F	Divorciada	Sem escolaridade	24	Doméstica	2 anos	Católica
<i>P5</i>	84	F	Viúva	3º classe	28	Padeira	+1 ano	Católica

Tabela 6. Caracterização da amostra

A amostra é constituída apenas por elementos do sexo feminino com idade compreendidas entre os 72 e 93 anos. Duas participantes não têm escolaridade e as atividades laborais desenvolvidas ao longo das vidas foram sempre atividades relacionadas com o fabrico do pão (de forma direta, quando referem ser padeiras como atividade laboral; ou de forma indireta, quando indicam atividades secundárias à arte, mas necessárias para a sua realização [e.g.: fornecedoras de lenha para o aquecimento dos fornos e atividades de limpeza dos espaços das padarias]), uma vez que a zona onde foi incidido o estudo é um local com uma cultura muito assente no fabrico do pão. A permanência na instituição varia entre um ano e três meses e os cinco anos. Verifica-se ainda que todas as participantes são devotas católicas praticantes.

De seguida, foram concretizadas as entrevistas (apêndice 2). Por fim, dada a associação de discursos depressivos (expressos nas entrevistas) relacionados com a institucionalização e pela carência de dados factuais acerca do estado de saúde mental das entrevistadas (pela ausência de avaliações prévias da sintomatologia depressiva) recorreu-se à aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavega – versão curta, três semanas após as entrevistas¹⁰, como forma de despiste. Com o recurso a estes dois métodos, pretendeu-se enriquecer os resultados através da análise e confrontação dos mesmos para uma investigação complexa do estado afetivo da pessoa.

5.1. Análise de dados

A análise dos dados é uma das fases mais importantes da investigação qualitativa, pois é a partir dela que serão apresentados os resultados (Marconi & Lakatos, 1996).

¹⁰ Kennedy (2015) refere que para o diagnóstico da depressão ligeira basta estarem presentes dois dos sintomas referenciados pelo DSM-V numa duração nunca inferior a duas semanas.

Apesar de existirem diversas técnicas de análise de dados, a utilizada para o presente estudo foi a análise de conteúdo, por ser considerada a forma mais adequada para transformar os dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas num *corpus* de informação relevante e passível de interpretações fundamentadas (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo é conceitualizada como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens*” (Bardin, 2004, p. 42).

As entrevistas do presente estudo foram gravadas por áudio e tiveram uma duração média de 50 minutos. De seguida as entrevistas foram transcritas integralmente pelo investigador principal. Transcrito o *corpus* a ser analisado procedeu-se às leituras flutuantes de todo o material individualmente pelos investigadores do estudo, com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspetos importantes para as próximas fases da análise. Para Brasília (2004) nesta fase conhece-se o contexto e deixa-se fluir impressões e orientações. É a partir desta leitura que emergem as unidades de análise a serem estudadas. Neste caso em particular as unidades de análise foram consideradas de natureza temática.

A partir deste trabalho de leituras exaustivas e apropriação do *corpus* em unidades de análise, procedeu-se à sistematização do conteúdo por temas. Desse modo, foi possível destacar indicadores para o processo de categorização e subcategorização assim como para as unidades de registo. As categorias expressam significados e elaborações importantes visto que são o elo de ligação entre os objetivos da investigação e os resultados (Brasília, 2004). Deste processo emergiram vários domínios, categorias e subcategorias contempladas na matriz de análise de conteúdo (tabela 8 e 9). A partir deste processo foi possível desenvolver um texto narrativo (capítulo III) com recurso aos excertos das entrevistas por forma a melhor elucidar os resultados emergentes à análise dos dados.

III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dar continuidade psicológica a tudo aquilo que se foi, é fundamental para se continuar a ser.

(Vieira, 2000, p.42)

Num primeiro momento serão apresentados os resultados tendo em conta as categorias e subcategorias (tabela 8 e 9) emergentes da análise de conteúdo, para seguidamente se revelarem os resultados obtidos da aplicação da escala geriátrica GDS-15, por forma a verificar o estado afetivo (nomeadamente no que diz respeito ao estado depressivo) das pessoas idosas entrevistadas, de modo a enraizar melhor o conhecimento obtido pela análise qualitativa.

Resultados

Tendo em conta o objetivo geral do estudo, os resultados emergentes sugerem a existência de dois grandes domínios: A) Processo de institucionalização, que contempla quatro categorias, nomeadamente: (1) Motivos inerentes à institucionalização; (2) Decisão de institucionalização; (3) Adaptação à vida institucional; (4) (Des)agrado com rotinas institucionais, e o B) Impacto da institucionalização na vida da pessoa, que por sua vez deu origem a seis categorias: (1) Fomento das relações interpessoais; (2) Principais rotinas institucionais adotadas; (3) Perceção de institucionalização; (4) Dificuldades inerentes à vida institucional; (5) Investimento pessoal e (6) Objetivos de vida para o futuro. Das categorias decorrentes surgiram vinte e três subcategorias.

A) Processo de institucionalização

1. Motivos inerentes à institucionalização

Os resultados emergentes revelam duas principais razões que conduziram as participantes à institucionalização:

- i) Situações de doença e fragilidade (conjugada com a insegurança associada à falta de retaguarda familiar para realização das AVD [*“Vim porque sou uma pessoa doente do coração e da perna (...) eu morava perto da minha irmã, mas ela tem a vida dela e eu ficava sozinha”* P2]) e a sentimentos de solidão decorrentes do estado de viuvez e morte de familiares próximos [*“O meu irmão ia a minha casa todos os dias, mas morreu e eu fiquei sozinha. Vim por estar sozinha”* P1]); nas situações de doença prevalecem os episódios de quedas que despoletaram fragilidade e são muito recorrentes nos

discursos das participantes (*“Eu vim para aqui porque eu caí lá em minha casa.”* P4);

- ii) Não querer constituir uma sobrecarga familiar: as participantes, cientes da necessidade de algum auxílio para a realização de algumas atividades diárias (e.g.: cozinhar) e condicionadas pelo medo constante de quedas, mostraram-se preocupadas com a situação de fragilidade e com receio de se tornarem dependentes, temem tornar-se um *peso* para os familiares (*“Os meus filhos não vão deixar o trabalhinho deles para me virem aturar”* P5; *“A minha filha estava a trabalhar e eu andava sempre a cair, então um dia disse à minha filha: «isto não tem jeito nenhum, põe-me num lar”* P3).

2. Decisão de institucionalização

A tomada de decisão das pessoas entrevistadas ocorre de duas formas: i) de forma passiva, ou seja, tomada por outrem; as participantes acabam por aceitar sem contestar:

“As minhas irmãs quando vinham a Portugal viam que eu não andava muito bem, porque eu tinha medo de cair. Elas disseram que mais valia eu ir para um lar. (...) uma vez caí e elas meteram-me no lar” P1

“(...) o meu irmão disse que eu estaria melhor num lar” P2

“Depois de cair fui para casa de uma filha, mas como a minha filha não tinha tempo para cuidar de mim, o meu genro ligou para aqui, e eu aceitei” P4

“(...) o médico sugeriu que eu não ficasse sozinha e os meus filhos disseram que eu ia para o lar e eu aceitei, mas julguei que eles não iam fazê-lo.” P5

ii) de forma preferencial, que apenas é descrito por uma participante dado o reconhecimento de necessidade de ajuda face à situação de fragilidade (*“Eu é que quis vir para aqui. Disse à minha filha para tratar de me arranjar um lar”* P3), assumindo a institucionalização como a solução mais sensata.

3. Adaptação à vida institucional

Explorando os discursos, verificamos que existe uma dificuldade na adaptação à vida institucional na maior parte das pessoas entrevistadas (P1, P2, P4, P5). Conjugada à inadaptação, existe um conformismo e uma ideia de inevitabilidade implícita nos discursos:

“Custou-me! De início, nunca me queixei a ninguém, mas a minha cabeça... depois disse assim, cá para Deus e comigo: «eu sou doida, vou deixar o coração ao largo e não vou pensar» não tenho filhos, tenho irmãos e eles tem a vida deles e eu tenho a minha. Uma pessoa quando não tem alternativa, tem que fazer por se integrar que foi o meu caso.” P1

“Sei que tenho de estar, tenho de ter paciência. Mas não lhe posso dizer que esta é a minha casa” P2

“Eu antes queria viver como vivia na minha casinha. Antes queria viver na minha casa, mas meu amigo, a gente não podendo que havemos de fazer?” P4

“(...) que remédio eu tive se não vir para aqui. Mas vou dizer à menina que estou contra a vontade porque antes queria estar em minha casa” P5

Entretanto, verifica-se que apenas uma participante transformou o espaço instituição em espaço familiar, atribuindo-lhe o significado de *casa*, mostrando-se, desse modo, adaptada (*“Aqui é a minha casa. Quando morrer é que me levam daqui para fora.” P3.*)

4. (Des)agrado com rotinas institucionais

As participantes revelam descontentamento com a vida institucional (P1; P2; P4; P5), quer por motivos relacionados com: i) a inflexibilidade de horários e de normas que comprometem a liberdade de escolha e de ação (*“(...) em minha casa acordava quando queria. Aqui uma pessoa tem de acordar muito cedo, às 7h temos de estar sempre prontas” P4*); ii) as dinâmicas institucionais que contrariam a individualidade e vontade das participantes (*“(...) às vezes, quando durmo mal penso: «ora eu aqui estou muito bem, mas se estivesse na minha casa, tinha as flores, ia ao cemitério todos os oito dias e agora estou para aqui sem fazer nada» P1*; *“(...) em minha casa eu sempre arrumava a casa. Fazia a cama, limpava o pó e fazia por lá qualquer coisita. Aqui não posso” P2*); iii) a restrição aos espaços físicos internos da instituição que compromete o livre arbítrio: *“Em minha casa se me apetecia estar lá fora estava lá fora, se me apetecia estar lá dentro, estava lá dentro. Quando era preciso deitar, deitava-me. Aqui já não é assim. Já é outra coisa. (...) Aqui estou muito fechada e não gosto” P5.*

Em contrapartida, na instituição as participantes sentem uma garantia de apoio e segurança que até então careciam nas próprias casas. Desse modo, as participantes sentem-se apazidas por sentirem que existe uma retaguarda de apoio permanente na instituição, quer através dos cuidados sistemáticos das colaboradoras como da presença das demais pessoas idosas da instituição, que reforça a sensação de amparo em situações de fragilidade, e as apoiam na realização das AVD's (e.g.: na alimentação, na higiene pessoal, no autocuidado e na mobilidade) e AVDI's (e.g.: cozinhar, limpeza, arrumação, compras) da vida diária: *“(...) pelo menos elas olham por mim, não é? (...) aqui tenho quem me faça tudo. Temos de comer, de beber e onde dormir (...) não posso estar melhor. P1.*

B) Impacto da institucionalização na vida da pessoa idosa

5. Fomento das relações interpessoais

As relações interpessoais são fomentadas com familiares e colaboradores da instituição. Porém, existem especificidades, pelo que nem todas as participantes revelam uma relação ótima com a família e com as colaboradoras.

Relativamente à relação que mantêm com os familiares foi possível verificar que a grande maioria das pessoas continua a sentir-se próxima destes (P1; P2; P4; P5), recorrendo, por vezes, a estratégias (e.g.: utilização de meios de comunicação: *“Todos os dias me telefonam”* P1) para superar a ausência física, e, assim, fortalecer o sentimento de identidade familiar. Excecionalmente, a participante P5 demonstrou ter uma relação problemática com uma filha e que este facto lhe causa muito desconforto, descontentamento e sofrimento (*“Já para aí há quatro anos que não tenho relação com ela. Não estou a encarar bem esta situação. Sofro muito com isso.”* P5).

Entretanto, apesar de uma maneira geral as participantes se sentirem próximas dos seus familiares, as visitas na instituição são escassas, pautadas por contactos i) raros dada a indisponibilidade da família de se descolar à instituição devido a fatores relacionados com os empregos (*“Às vezes vêm cá as minhas irmãs (...) coitadinhas, vem cá quando podem, mas é poucas vezes, são duas e estão sozinhas e vão fechar as portas para virem para aqui?!”* P4) e sazonais, que ocorrem somente quando os familiares emigrados regressam a Portugal (*“(…) eles são viajantes, andam por fora o tempo todo e não podem vir visitar-me. Mas quando vem é todos os dias”* P1); e ii) inexistentes, não havendo qualquer contacto familiar na instituição (*“Não, ninguém me vem visitar”* P3).

Outras vezes, o fomento das relações sociais e familiares acontece quando a pessoa vai à própria casa, de outra forma as pessoas sentem-se olvidadas na instituição (*“Aqui não recebo visitas. Recebo quando vou a casa. Aqui fico um bocadinho escondida.”* P5).

Por outro lado, a relação estabelecida entre as participantes e colaboradores é maioritariamente satisfatória, sendo que, em grande parte dos casos revelam-se a rede social de proximidade dentro da instituição (*“(…) com quem convivo mais é com as doutoras e com as funcionárias”* P1; *(…) não sou de muitos amigos, mas tenho a senhora doutora C e D que são muito minhas amigas”* P5). A participante P4 refere que as colaboradoras são responsáveis por grande parte do trabalho da instituição, sendo-lhes destinada a estas uma grande responsabilidade: *“Coitadinhas, as empregadas é que fazem tudo. É que tem de ter tudo na cabeça, fazem o serviço de enfermeiras, fazem o serviço todo. Dão a medicação às pessoas e tudo mais”* P4.

Por outro lado, a participante P3 sente-se desrespeitada pelas colaboradoras, uma vez que estas se *intrometem* nas conversas dos residentes: “*Algumas metem-se na conversa. Digo eu assim «o que ela está a falar é consigo? Você não tem nada a ver com isso quando for com você, você responde».* *Gostam de blá-blá-blá, isto por serem mais novas não podem gozar*” P3.

6. Principais rotinas institucionais adotadas

Os resultados sugerem que as atividades desenvolvidas pelas participantes antes da institucionalização eram diversificadas (pautadas acima de tudo por trabalhos domésticos diversos [e.g.: cozinhar/jardinar/cuidar da casa/cuidar dos animais]) que muito representava para elas:

“(...) quando estava em casa, quando me apetecia fazia uns bolinhos. Em casa quando me apetecia fazia aquilo que me apetecia e tenho saudades. Quem não tem? Saudades de muitas vezes andar pelo meu jardimzinho (...) quando era verão punha-me a pé e ia para a terra, adorava!” P1

“(...) em casa eu arrumava a minha casa. Fazia a cama, limpava o pó e fazia qualquer coisa devagar, mas fazia” P2

“Em minha casa arrumava a casa, limpava as portas, limpava o pó, varria tudo. Agora não posso fazer nada disso porque estou aqui.” P4

“Eu em minha casa tinha as galinhas e cuidava delas” P5

Posteriormente, quando questionadas acerca das atividades que desenvolvem na instituição, estas revelam que se restringem ao i) *vaguear pela instituição* (“*Venho cá para fora, às vezes, quando posso. Trazem-me e eu agarro-me às grades e eu vou dando aquelas voltinhas*” P2) e ao ii) *sedentarismo*, uma vez que passam grande parte do dia sentadas no mesmo lugar (“*(...) estou sempre no mesmo sitio*” P1) limitando-se à realização das atividades básicas de sobrevivência (“*Agora é comer e beber e ir para a cama. Passo o dia aqui sentada*” P3), e negando vontade de realizar as atividades propostas pela instituição (“*Eu aqui não faço nada porque não quero. Não quero, pronto, não quero*” P1).

O facto de o dia-a-dia ser limitado à satisfação das necessidades básicas, incita nas participantes desânimo e tristeza que se evidenciam nos discursos: “*O meu dia aqui é chorar e tristeza. Ocupo o meu tempo sentada lá onde estou. De lá vou comer e de comer vou para a caminha um bocadinho, vou para aí meia hora ou mais, e depois venho para baixo, lancho e passo assim a minha vida*” P5.

7. Percepção de institucionalização

A percepção acerca da institucionalização é negativa (“*(...) aqui é muito ruim. Custa-me estar aqui*” P4) e é pautada por sentimentos semelhantes àqueles expressos aquando da explicação do dia-a-dia na instituição, ou seja, demarcado num discurso assente no (i)

desânimo e nervosismo (*“Não estou a encarar a vida de estar aqui, porque eu antes queria estar em casa. E tudo isto me põe muito nervosa. (...) Eu sofro muito, sofro muito! Aqui é diferente de minha casa e muito.”* P5); (ii) tristeza e aborrecimento (*“(...) às vezes dá-me assim uma tristeza ao me lembrar que estou aqui (...) às vezes fico assim aborrecida”* P2); (iii) saudosismo (*“Não era a ideia que tinha em casa (...) Eu tenho saudades de casa e do que fazia lá (...)”* P1); (iiii) conformismo (*“Mas que remédio eu tenho se não estar aqui (...)”* P5; *“Tenho saudades de casa, mas não vale a pena. Pronto, quando não pode ser, não pode ser.”* P1).

As participantes evitam falar acerca da mudança da casa para a instituição, uma vez que instiga à dor e sentem que agrava o estado de saúde caso pensem demasiado no assunto (*“Que hei de pensar? Só agrava a minha doença. Se eu me puser a pensar e a cismar, agrava a minha doença. Doente já eu sou, não vale a pena pensar muito. Saudades tenho, mas que me adianta?”* P1).

8. Dificuldades inerentes à vida institucional

Centrando sobre as dificuldades inerentes à vida institucional que as participantes relataram, verifica-se que estas se unificam sobretudo pelo i) desconforto do ambiente ruidoso; ii) confronto permanente com a debilidade de outros residentes; iii) conflitos entre residentes e iv) partilha dos espaços.

Ora, o ambiente ruidoso, que afeta o sossego dos residentes, parece ser uma das principais dificuldades da vida institucional por comprometer o bem-estar (*“(...) aqui é muito barulho. Quando vou para a cama parecer que vai um martelo a martelar na cabeça. É um barulho!”* P4). Esta característica não se restringe apenas aos espaços coletivos, é comum em vários espaços, concretamente aos quartos com quem partilham o espaço (*“Somos três e tem uma que ressona muito e nós não dormimos nada”* P3). O mesmo acontece com o desconforto do ruído provocado pelos residentes em maior situação de fragilidade: *“Ai, meu Deus, tanto podiam estar caldinhos. Nós é que temos de os aturar o dia todo e dão cabo da nossa cabeça”* P3.

O confronto diário com a elanguescência também influencia a forma como vivenciam a institucionalização. Este confronto permanente provoca sentimentos de desconforto (*“Não me sinto muito confortável”* P2; *“Toda a gente sabe que é desconfortável. Nós estamos sempre a ouvir aquele barulho e a queixarem-se”* P4), compaixão e tristeza (*“Tenho muita pena, hoje são eles, amanhã somos nós”* P1; *“Sinto-me muito triste”* P5) que comprometem a satisfação com a vida da pessoa idosa institucionalizada.

Os conflitos e a desidentificação com os restantes residentes da ERPI também é relatado como um dos motivos pela qual a vida na instituição se torna muitas vezes

penosa. Esta desidentificação tanto pode surgir pelas pessoas institucionalizadas de um modo geral (“*Os companheiros não são assim muito de confiar*” P2) como com os companheiros com quem se partilha o quarto (“*Tenho lá a G e ela às vezes irrita-me e eu ralho com ela*” P2; “*Peguei-me com a outra colega e as técnicas mudavam-me de quarto se eu quisesse, mas fui eu que não quis porque achava escandaloso sair do quarto por causa de uma colega. Mas a minha vontade era sair. Agora já está, já falamos e tal, mas vou-lhe dizer, ainda hoje não gosto dela*” P5). Além disso, sente-se que a desconfiança geral entre residentes compromete o estabelecimento de novas redes sociais (“*Amigos com quê? Com doentes e acamados?*” P4).

Do mesmo modo, as participantes mostraram-se descontentes com a partilha do quarto, que, por ser um local íntimo, pode levar à não identificação com a parceira (“*(...) não gosto muito dela*” P5) o que faz com que haja um menor desejo de continuar a coabitar no mesmo espaço (“*Não gosto, mas compreendo é companhia*” P3; “*Somos lá três. Não tiro nada de positivo (...) Se estivesse sozinha estava melhor*” P4).

9. Investimento pessoal

As pessoas idosas entrevistadas não se mostram interessadas com a sua aparência e explicam que vestem “*qualquer coisa porque não é preciso muito*” P3/P5. Além disso, a participante P4 demonstrou um total desinteresse pela sua aparência e brio pessoal quando alude: “*(...) eu ando a semana toda com a mesma roupa. Depois ao fim de uma semana tiro-a e vai para lavar e visto outra.*” P4, sugerindo uma representação do *self* degradado.

10. Objetivos de vida para o futuro

Através da análise das entrevistas, consegue-se perceber que os planos de vida destas pessoas são escassos. Os objetivos de vida revelados pelas participantes excluem, por completo, a vida institucional, revelando-se centrados em desejos irrealistas; isto é: a maioria dos objetivos de vida são focados na melhoria do estado de saúde com o intuito de poderem regressar às suas casas:

“Para o futuro o que eu gostava era de melhorar para poder sair daqui” P2

“O meu futuro era poder ir para minha casa. Estar lá na minha casinha, com as minhas coisinhas e arranjar alguém que me fosse ajudar” P4

“Os meus objetivos para o futuro era ir para minha casa” P5

Por outro lado, as participantes P1 e P3, manifestam nos seus discursos um desapego total com o futuro, sendo que estão relacionados com a finitude (“*O futuro? É*”

daqui para o cemitério” P1) ou então entregues à religiosidade (“Os meus objetivos para o futuro, Deus é que sabe” P3).

Avaliação do estado afetivo das participantes

A entrevista constituiu em si um momento libertador na medida em que permitiu às participantes exporem as experiências subjetivas da institucionalização, dando expressão aos seus sentimentos. Considerou-se que seria oportuno mensurar a dimensão do estado afetivo, uma vez que os discursos são sugestivos da presença da sintomatologia depressiva relacionada com a institucionalização. Dada a ausência avaliação prévia na instituição a esta dimensão da saúde, procedeu-se à aplicação da Escala da Depressão Geriátrica (DGS-15) em forma de despiste

Os *scores* obtidos na avaliação do estado afetivo (tabela 7) indicam que quatro (P1, P2, P4, P5) das cinco participantes apresentam evidências de sintomatologia depressiva. Somente a avaliação da participante P3 sugere ausência de depressão.

<i>Participante</i>	<i>Pontuação</i> <i>(0-15)</i>
<i>P1</i>	7
<i>P2</i>	14
<i>P3</i>	3
<i>P4</i>	8
<i>P5</i>	10

Tabela 7. Resultados da escala de avaliação da sintomatologia depressiva (DGS-15)

Estes dados indicam que as entrevistadas (P1; P4; P5) revelam sinais de depressão *minor* e que a participante P2 evidencia sinais de depressão *major* com uma pontuação de 14 em 15 na escala de avaliação do estado afetivo.

Durante a avaliação do estado afetivo, foi possível ouvir, nas entrelinhas do discurso das participantes, aspetos relevantes à compreensão da associação do estado depressivo à institucionalização. Expressões como “*aqui parece o inferno*” ou “*medo de ser morta à bengalada*” (P4) remetem para sentimentos de medo e insegurança. Outras expressões muito presentes nos discursos estão associadas ao desejo de morte: “*ainda agora estava a dizer à colega que se eu pudesse morrer ...*” (P5), “*aqui sinto que morro*” (P2) e “*se eu pudesse morrer*”. Estas repostas insinuam sofrimento, desistência, perda de vontade e de prazer pela própria vida.

	Categoria/subcategoria	Participantes (n=5)	
<i>Processo de institucionalização</i>	1. Motivos inerentes à institucionalização		
	1.1. Doença	P1; P2; P3; P5	
	1.1.1. Episódios de quedas	P4	
	1.2. Não querer constituir sobrecarga familiar	P1; P2; P3; P4; P5	
	2. Decisão de institucionalização		
	2.1. Preferencial	P3	
	2.2. Passivo	P1; P2; P4; P5	
	3. Adaptação à vida institucional		
	3.1. Ocorre adaptação	P3	
	3.2. Não ocorre adaptação	P1; P2; P4; P5	
<i>Impacto da institucionalização na vida da pessoa</i>	4. (Des)agrado com rotinas institucionais		
	4.1. Agrado	P1; P3	
	4.2. Desagrado	P1; P2; P4; P5	
	5. Fomento das relações interpessoais		
	5.1. Contacto familiar	Frequente	P1; P2; P4; P5
		Pouco frequente	P3
	5.2. Relação com colaboradores	Boa	P1; P2; P4; P5
		Moderada	P3
	6. Principais rotinas institucionais adotadas		
	6.1. Vaguear pela instituição	P2	
	6.2. Sentada	P1; P3; P4; P5	
	7. Perceção de institucionalização		
	7.1. Negativa (desanimo aprendido; tristeza)	P1; P2; P4; P5	
	8. Dificuldades inerentes à vida institucional		
	8.1. Ambiente ruidoso	P2; P4; P5	
	8.2. Confronto com a debilidade	P2; P4; P5	
	8.3. Conflitos entre residentes	P1; P2; P3; P5	
8.4. Partilha de espaços	P1; P2; P4; P5		
9. Investimento pessoal			
9.1. (des)cuidado	P3; P4; P5		
10. Desejos de vida futuros			
10.1. Centrados no regresso a casa	P2; P4; P5		
10.2. Centradas na finitude	P1		
10.3. Sem planos	P3		

Tabela 8. Categorias emergentes da análise de conteúdo

Processo de Institucionalização	Categorias e Subcategorias	Definição e exemplos
	1. Motivos inerentes à institucionalização	Razões que motivaram a pessoa a procurar a resposta social ERPI
	1.1. Doença	As participantes revelam que procuraram a instituição por forma a garantir retaguarda formal face à situação de saúde (fragilizada) e aos sentimentos de insegurança associados (<i>“Vim para não ficar sozinha. Porque eu estive no Hospital de São João e o senhor doutor disse que eu não podia estar sozinha porque tive dois enfartes (...).”</i> P5) À doença associa-se ainda a falta de retaguarda informal (familiar) que garanta a satisfação de algumas necessidades básicas instrumentais (e.g. preparar as refeições). <i>“A minha família está toda a trabalhar e eu não posso ficar sozinha”</i> P2
	1.1.1. Episódios de quedas	A participante revela ter procurado a instituição devido aos episódios de quedas <i>“(…) vim para aqui porque cai lá em casa”</i> P4
	1.2. Não querer constituir sobrecarga familiar	As participantes reportaram preocupação em se tornarem uma sobrecarga para a família (filhos/filhas; genros/noras; netos/netas), dada a indisponibilidade destes pela azáfama da vida moderna que compromete a disponibilidade para o garante de cuidados familiares com qualidade. <i>“Os meus filhos não vão deixar o trabalhinho deles para me aturar”</i> P5) Paradoxalmente, existe um desejo iminente de interesse para que sejam estes a assumir o cuidado <i>“Agora espero que venha uma filha ou um filho e que tome conta de mim, se tomar, vou logo!”</i> P5).
	2. Decisão de institucionalização	A decisão de institucionalização ocorre por decisão do próprio ou é sugerida por terceiros.
	2.1. Preferencial	As participantes optam pela institucionalização por ser a solução mais adequada para o seu caso. <i>“Eu aqui é que quis vir para aqui. Disse à minha filha para tratar de me arranjar um lar”</i> P3
	2.2. Passivo	As participantes referem que a decisão ocorreu por sugestão de terceiros (familiares), e face ao proposto aceitam sem contestar ou questionar, apesar de não constituir a real vontade da pessoa (uma vez que não pretendem constituir um encargo para a família). <i>“Uma vez, no inverno, cai e ela [irmã] conseguiu uma vaga no lar e eu que remédio tinha se não ficar”</i> P1; <i>“Depois de cair fui para casa de uma filha, mas como a minha filha não tinha vagar para olhar por mim, o meu genro ligou para aqui e eu aceitei”</i> P4. Apesar de existir um acordo entre as participantes e a família que sugere a institucionalização, ocorre o sentimento de esperança de que a família não tome a decisão: <i>“(…) o médico sugeriu que eu não ficasse sozinha e os meus filhos disseram que eu ia para o lar e eu aceitei, mas julguei que eles não iam fazê-lo.</i> P5
	3. Adaptação à vida institucional	A adaptação e conseqüente aceitação da vida institucional parece ocorrer quando as participantes sentem a mesma como própria casa, ou seja, quando acontece a transformação do espaço em lugar.
	3.1. Ocorre adaptação	As participantes revelam estar adaptadas à realidade institucional quando referem a instituição como a própria casa, não evidenciando qualquer desejo de regresso às origens. <i>“Aqui é a minha casa. Quando morrer é que me levam daqui para fora”</i> P3

	3.2. Não ocorre adaptação		As participantes descrevem alineação com a vida institucional e evocam constantemente o desejo de regressar à casa onde sentem que pertencem. <i>“Que remédio eu tive se não vir para aqui. Mas vou dizer à menina que estou contra a vontade porque antes queria estar em minha casa”</i> P5; À falta de identidade associa-se a revolta por não estar onde desejam estar (em sua casa): <i>“Eu antes queria viver como vivia na minha casinha. Antes queria viver na minha casa, mas meu amigo, a gente não podendo que havemos de fazer?”</i> P4
	4. (Des)agrado com rotinas institucionais		Agrado (ou não) pelas rotinas e normas institucionais.
	4.1. Agrado		As participantes sentem-se agradadas com: i) a sensação de proteção e amparo uma vez que existem permanentemente profissionais que as apoiam caso necessitem (<i>“(…) pelo menos elas olham por mim, não é?”</i> P1); e ii) as necessidades de vida básicas supridas (<i>“(…) aqui tenho quem me faça tudo. Temos de comer, de beber e onde dormir (…) não posso estar melhor.</i> P1).
	4.2. Desagrado		As participantes mostram-se desconfortáveis com (i) os horários predefinidos para as tarefas básicas do dia-a-dia que comprometem a liberdade de escolha e ação (e.g. acordar; almoçar) <i>“(…) em minha casa punha-me a pé quando queria. Aqui uma pessoa tem de se por a pé logo de manhã cedo, às 7h temos de estar sempre prontas”</i> P4; <i>“Se me apetecia estar lá fora estava lá fora, se me apetecia estar lá dentro, estava lá dentro. Quando fosse preciso deitar, deitava-me. Aqui já não é assim. Já é outra coisa”</i> P5; (ii) as atividades propostas pela instituição por estas se sobreporem à vontade própria <i>“(…) às vezes, quando durmo mal ponho-me a pensar «ora eu aqui estou muito bem, mas se estivesse na minha casa, tinha as flores, ia ao cemitério todos os oito dias e agora estou para aqui sem fazer nada»”</i> P1; (iii) a limitação do espaço físico <i>“(…) não gosto é de estar muito fechada”</i> P5.
Impacto da institucionalização na vida da pessoa	5. Fomento das relações interpessoais		O fomento das relações interpessoais ocorre quando existe contacto permanente e de qualidade com a rede social (familiares; amigos; vizinhos; cuidadores).
	5.1. Relações familiares	Frequentes	Apesar de estarem institucionalizadas sentem a família por perto, uma vez que a contactam com frequência (<i>“Todos os dias me telefonam”</i> P1), no entanto, dado a localização geográfica da instituição (<i>“Aqui fico um bocadinho escondida.”</i> P5) e a indisponibilidade dos familiares, as visitas na instituição são mais escassas. <i>“(…) é poucas vezes, são duas e estão sozinhas a trabalhar no restaurante, e vão fechar as portas para virem para aqui?!”</i> P4.
		Pouco frequentes	Existe pouco contacto familiar desde o momento da institucionalização. <i>“Não, ninguém me vem visitar desde que vim para o lar”.</i> P3
	5.2. Relação com colaboradores	Boa	As participantes veem as colaboradoras (técnicos superiores e cuidadores formais) como parte integrante da sua rede social (<i>“com quem mais convivo é com as doutoras e com as funcionárias”</i> P1). Revelam que as colaboradoras têm uma responsabilidade acrescida e louvam o trabalho destas <i>“(…) as empregadas é que fazem tudo. É que tem de ter tudo na cabeça, fazem o serviço de enfermeiras, fazem o serviço todo. Dão a medicação às pessoas e tudo mais”</i> P4

	Deficitária	Existem, por vezes, comportamentos invasivos que tendem a depreciar a pessoa idosa institucionalizada. <i>“Algumas metem-se na conversa. Digo eu assim: «o que ela está a falar é consigo? Você não tem nada a ver com isso quando for com você, você responde”. Gostam de blá-blá-blá, isto por serem mais novas não podem gozar”</i> P3.
6. Principais rotinas institucionais adotadas		Dinâmicas/atividades desenvolvidas pelas participantes na instituição
6.1. Vaguear pela instituição		As participantes descrevem o dia-a-dia pautado pela <i>deambulação</i> pela instituição para exercitar o corpo <i>“e passar o tempo”</i> P1. <i>“Venho cá para fora, às vezes, quando posso. Trazem-me e eu agarro-me às grades e eu vou dando aquelas voltinhas.”</i> P2
6.2. Sedentarismo		O dia-a-dia das participantes é pautado pelo sedentarismo: passam o tempo sentadas e nos mesmo lugares (<i>“(…) estou sempre no mesmo sitio”</i> P1). O dia-a-dia é ocupado em função das refeições e das sextas. <i>“Agora é comer e beber e ir para a cama. Passo o dia aqui sentada e não vou passear”</i> P3; <i>“Ocupo o meu tempo sentada lá onde estou. De lá vou comer, e depois de comer vou para a caminha um bocadinho, vou para aí meia hora ou mais, e depois venho para baixo, lancho e passo assim a minha vida”</i> P5
7. Percepção de institucionalização		Forma como as participantes sentem a vida institucional.
7.1. Negativa		Os sentimentos das participantes são pautados pelo saudosismo (<i>“Tenho saudades de andar pelo meu jardimzinho, mas pronto, não pode ser, não pode ser. Eu tenho saudades, mas penso assim «não vale a pena pensar nelas». Mas pronto, quando não pode ser, não pode ser. Que hei de pensar? Só agrava a minha doença. Se eu me puser a pensar e a cismar, agrava a minha doença. Doente já eu sou, não vale a pena pensar muito. Saudades tenho, mas que me adianta?”</i> P1), pela tristeza (<i>“(…) às vezes dá-me assim uma tristeza e penso assim «eu estou aqui» (...) às vezes fico assim aborrecida”</i> P2) e pela alienação (não pertença) e apatia em relação à vida institucional (<i>“Não estou a encarar a vida de estar aqui, porque eu antes queria estar em casa”</i> P5). Comprometendo o bem-estar psicológico das participantes (<i>Tudo isto me põe muito nervosa.”</i> P5).
8. Dificuldades inerentes à vida institucional		Dificuldades percecionadas pelas participantes relativamente à vida institucional.
8.1. Ambiente ruidoso		As participantes revelam grande desconforto com o ruído provocado pelas outras pessoas. Sentem-se cansadas e chegam mesmo a referir que é doloroso e perturbador. <i>“Aqui fazem muito barulho. E quando me levam para cima para a cama parece que vai um martelo na cabeça a martelar. É um barulho!”</i> P4
8.2. Confronto com a debilidade		As participantes mostram sentimentos de compaixão pelas pessoas mais debilitadas, mas confessam que se sentem desconfortáveis com o convívio por ser ruidoso (<i>“Nós é que temos que os aturar, dão cabo da nossa cabeça”</i> P3) <i>“Toda a gente sabe que é desconfortável, não é? Nós aqui sempre a ouvir aquele barulho e a queixarem-se, mas temos que deixar isso para lá porque temos de os ouvir.”</i> P4

8.3. Conflitos entre residentes	As relações sociais dentro da instituição nem sempre são possíveis dado o estado de saúde fragilizado de outros residentes (<i>Amigos com o quê? Com doentes e acamados?</i> P4). Referem ainda que nem sempre é fácil sentir confiança nos companheiros (<i>“Os companheiros às vezes não são assim muito de confiar”</i> P2) havendo mesmo momentos de conflito <i>“Peguei-me com a outra colega”</i> P5.
8.4. Partilha de espaços	A partilha dos espaços, nomeadamente dos quartos, não é bem aceite pelas participantes (<i>Não gosto de partilhar o quarto (...)</i> P3), evidenciando o desejo de permanecerem sozinhas (<i>Se estivesse sozinha estava melhor</i> P4) uma vez que ocorre a desidentificação com a colega do quarto (<i>“não gosto muito dela”</i> P5). Por outro lado, quando existe uma boa relação entre colegas de quartos; as participantes revelam grande intimidade afirmando mesmo que se estabelece uma ligação quase familiar (<i>“Fomos sempre as duas neste quarto e eu tenho-lhe amor. (...) é como se fosse minha mãe.”</i> P1).
9. (Des)investimento pessoal	Forma como as participantes se cuidam para a vida na instituição.
9.1. (des)cuidado	As participantes revelam uma autoestima diminuída desde que ingressaram em lar e que se manifesta na forma como são despreocupadas com a sua aparência (<i>“(…) não vale a pena escolher muito a roupa que vou usar”</i> P5). <i>“(…) eu ando a semana toda com a mesma roupa. Depois ao fim de uma semana tiro-a e vai para lavar e visto outra.”</i> P4
10. Objetivos de vida para o futuro	Modo como as participantes planeiam o futuro.
10.1. Centrados no regresso a casa	Os desejos de vida são centrados na melhoria geral do estado de saúde. <i>“(…) o que eu gostava era de melhorar para poder sair daqui”</i> P2
10.2. Centradas na finitude	Os planos de vida são centrados na finitude. <i>“É ir daqui para o cemitério”</i> P1
10.3. Sem planos	Não existem objetivos para o futuro, tendo em conta que as participantes não sentem o controlo da própria vida e deixam o futuro à responsabilidade do divino. <i>“Os meus objetivos para o futuro... só Deus é que sabe.”</i> P3

Tabela 9. Análise de conteúdo

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Grandes realizações são possíveis quando se dá importância aos pequenos começos!”

(Lao-tsé, séc. VI a.C.)

Os resultados emergentes dos discursos das participantes evidenciam aspectos relevantes que respondem aos objetivos inicialmente propostos.

A institucionalização é representativa de uma mudança que provoca díspares modificações na vida familiar e social da pessoa idosa, e que afeta a forma como esta se vê e sente o mundo. Todas as pessoas entrevistadas evidenciaram um comprometimento identitário resultante da institucionalização (relacionado, sobretudo, com os seus efeitos na vida da pessoa), refletido num discurso tendencialmente depressivo.

a) Motivos que conduziram à institucionalização

Os resultados sublinham que os problemas de saúde estão na génese da institucionalização – relacionados com a diminuição das capacidades das participantes – e canalizam-se para as quedas frequentes em contexto habitacional que comprometem o seu quotidiano, nomeadamente, no que diz respeito à independência nas AVD's (e.g. autocuidado) e nas AIVD's (e.g. cozinhar). O discurso das participantes pautado pelo medo de cair reforça a necessidade de supervisão e retaguarda permanente, o que faz prever a institucionalização. Estes aspectos sugerem a presença da síndrome do medo de cair, do inglês *fear of falling* (Legters, 2002) – caracterizada por uma preocupação exagerada sobre o medo de cair e a perda de autoconfiança para realizar certas atividades, que conduzem a mudanças de comportamentos que limitam as habilidades funcionais da pessoa e condicionam o seu quotidiano (Center for Gerontology at Virginia Tech, 2013; Jung, 2008). Esta síndrome arroga-se altamente incapacitante. Dingová & Králové (2017) estudaram os efeitos desta síndrome e revelaram que a redução de atividade, a dependência e a necessidade de apoio de terceiros são estratégias adotadas para evitar episódios de quedas. Com o medo a comprometer as suas ações, potencia-se a procura de uma resposta social por forma a sentirem-se mais seguras. Deste modo, a institucionalização da pessoa idosa surge como resposta ao medo das quedas. Contudo, nem sempre a institucionalização acaba por ser a melhor solução ao não apresentar uma resposta capaz de levar a pessoa idosa a superar esse medo, dado que não parecem haver estímulos capazes de ajudar, mas antes um agudizar do estado de imobilidade, comodismo e conformismo. A inatividade das participantes na instituição sugere a

continuidade da síndrome, isto porque, possivelmente, a institucionalização por si só não consegue ser a solução para o alívio do sentimento de medo de queda.

Este aspeto surge ainda associado à preocupação das participantes de constituírem uma sobrecarga para os familiares. De facto, ao estarem cientes da indisponibilidade dos familiares em assumir o papel de cuidador, não pretendem constituir uma sobrecarga e limitá-los na gestão do seu quotidiano (Carvalho & Dias, 2011), o que as leva a procurar uma resposta social tipo ERPI (Araújo et al., 2016). Também a fragilidade física parece comprometer a autonomia das participantes, na medida em que a tomada de decisões passa a ser assegurada pelos familiares (Joaquim, 2011; Marques, 2012). Assente nestes aspetos, a tomada de decisão para a institucionalização é marcadamente passiva (influenciada maioritariamente por familiares), apesar de emergirem discursos pautados pela preferência da institucionalização. Conforme Reeds et al., (2003) existem quatro tipos de decisão: (i) preferencial (caracterizado pelo exercer próprio do direito de decisão), (ii) estratégico (quando a institucionalização é planeada ao longo da vida), (iii) relutante (quando a pessoa idosa resiste e discorda ativamente com a entrada) e a (iv) passiva (caracterizada pela decisão de outros sobre o nível de cuidados requeridos e a pessoa obedece sem questionar). Sabe-se que o processo de adaptação à institucionalização é facilitado se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico, uma vez que a vontade parte da própria pessoa (Faria & Carmo, 2015). Por outro lado, se este processo ocorrer por resignação, é potenciadora de efeitos negativos prejudiciais para a saúde mental e facilitadores de estados depressivos (Lourenço, 2014; Sousa et al., 2006). Estes dados corroboram com o presente estudo, na medida em que as participantes que evidenciaram ter sido uma decisão preferencial mostraram-se maioritariamente adaptadas à vida institucional, isto porque talvez por essa decisão ter partido da própria, houve mais tempo e predisposição para antecipar e preparar a mudança.

b) Efeitos da institucionalização na vida das pessoas idosas

Os dados revelam que o processo de institucionalização acarreta efeitos predominantemente negativos e manifestam-se no impedimento de as pessoas organizarem as atividades mais triviais (e.g.: liberdade de horário para acordar e para as refeições) de acordo com a própria vontade, limitando-as em termos de liberdade de escolha e ação. A institucionalização compromete também a continuação de atividades de alto simbolismo para a pessoa (e.g. cozinhar o que lhe apetece de acordo com os seus hábitos; rotinas de simbolismo religioso como ir à missa ou o culto aos familiares

falecidos no cemitério) e que apresentavam momentos altamente prazerosos. O abandono destes hábitos peculiares prazerosos compromete a identidade da pessoa idosa (Lourenço, 2014) e predispõe significativamente para o aumento de problemáticas relacionadas com a saúde mental, nomeadamente para o desenvolvimento do humor deprimido (Marques & Ramalheira, 2006; Rocha, 2011).

Consequentemente, a pessoa sente-se na obrigação de aceitar e de se adaptar às normas e regulamentos da instituição, mesmo que isso condicione o seu modo de vida (Faria & Carmo, 2015; Oliveira et al., 2006), e prejudique a autonomia (no poder de decisão) e a própria liberdade de execução de tarefas (Ferreira, 2011; Pimentel, 2001). Com a institucionalização, a pessoa vê-se na iminência de ficar desprovida da sua liberdade e autonomia pois passa a estar subordinada às regras e aos costumes que lhe são impostos, vendo-se obrigada a adequar-se a uma rotina de horários institucionais e a uma partilha forçosa do ambiente e do dia-a-dia, que prejudica a sua individualidade (Amaro, 2013; Cordeiro, 2016) o que reforça o *tratamento comum* (Guedes, 2012), indo, assim, ao encontro dos resultados.

A estes efeitos, Goffman (1961/2010) chamou de “*mortificação do eu*” uma vez que é a instituição quem acaba por assumir o controlo de muitos aspetos da vida da pessoa idosa (Nóbrega et al., 2015; Santos, 2002). Os resultados do presente estudo confirmam estes dados uma vez que as participantes revelaram uma visão das próprias diminuída. Observa-se que a vida das participantes ficou, claramente, diferente após a institucionalização, pelo que é evidente a existência de “*um antes*” e “*um depois*” da entrada na ERPI (Faria & Carmo, 2015), pelo que está patente nos discursos uma vida pré-institucional – caracterizada pela liberdade de ação, pelo controlo sobre a vida pessoal, pela capacidade de decisão e pelo sentimento de identidade – e um o período pós-institucionalização – caracterizado pelo corte com o passado e pelas perdas significativas.

c) *Influência das dinâmicas, do espaço, da relação com os colaboradores e demais idosos na adaptação à vida institucional*

Os resultados emergentes indicam a inadaptação da grande maioria das participantes à vida institucional, sobretudo devido às seguintes condições externas: (i) dinâmicas institucionais, (ii) espaço envolvente e (iii) relações interpessoais estabelecidas na instituição.

Os dados parecem indicar que a adaptação é uma condição subjetiva, mas que depende fortemente de um bom e adequado ambiente institucional (Bradshaw, Playford & Riazi, 2012; Nascimento & Paulin, 2014). No entender de Altintas, Benedetto e Gallouj (2017) e Pimentel (2001), a forma como a pessoa idosa se adapta à vida na instituição está diretamente relacionada com a forma como concebe o seu dia-a-dia. Ora, se as dinâmicas institucionais revelaram ser desajustadas, na medida em que não abarcam as potencialidades das residentes (Fleurí et al., 2013), as entrevistadas não se sentem estimuladas a participar nelas e evidenciam-no recusando-as, quer por *falta de vontade*, quer por *dores intolerantes e incapacitantes*. Estes dados alertam-nos para a questão da somatização¹¹ de dores físicas. As queixas relativas ao estado de saúde são persistentes no diálogo das pessoas entrevistadas. Acredita-se que, de facto, existem limitações que restringem a pessoa idosa no seu dia-a-dia. No entanto, também se sabe que as pessoas com humor depressivo têm mais tendência para a somatização, veiculando sintomas de perturbações somáticas como dores de cabeça, dores físicas, cansaço generalizado e perturbações de apetite e de sono (Neto & Corte-Real, 2013).

Desta forma, as pessoas como não são integradas em dinâmicas significativas, isto é, atividades que lhes sejam familiares e que vão ao encontro das suas preferências e expectativas, as atividades que as participantes experienciam diariamente na instituição são bastante redutoras pelo que se limitam ao “*vaguear pela instituição*” e ao sedentarismo. O facto de as pessoas entrevistadas terem tido uma vida cheia de afazeres e responsabilidades (relacionadas com o fabrico do pão, o que está muito catalogado com a ligação à cozinha e o prazer de confeccionar as próprias refeições) e se sentirem agora privadas desses momentos significativos, compromete o modo como estas vivenciam a institucionalização. A forma (pouco ajustada ou integrada às suas preferências e potencialidades) como ocupam o tempo, dá espaço a pensamentos negativos e à vivência do passado, que as faz revogar a vontade de viver (Hartmann, et al., 2016).

Estes factos dilucidam para o risco da pessoa idosa institucionalizada se tornar num ser isolado, ocioso e acomodado que vai perdendo, por inércia, as suas capacidades físicas, sociais e mentais e o interesse pelo mundo externo (Balseiro, 2011; Hartmann, et al., 2012).

¹¹ A perturbação de somatização é caracterizada por vários sintomas somáticos que não podem ser explicados de maneira adequada com base em exames físicos e em dados laboratoriais. Esta associa-se ao sofrimento psicológico e ao comprometimento do desempenho social e ocupacional (Firmino, Nogueira, Neves e Lagarto, 2015)

Por outro lado, o sedentarismo manifestado nos discursos pode conduzir mais rapidamente ao declínio da aptidão física e psicológica (Gonçalves et al., 2010). Na ausência de estímulo das faculdades físicas e mentais das participantes, as mesmas afirmam sentirem-se mais fragilizadas desde que institucionalizaram.

A percepção acerca da própria institucionalização fica, assim, comprometida pelo excesso de “tempo morto” na ausência de ocupações estimuladoras. Esta percepção negativa do dia interfere igualmente no (não) sentimento de pertença (Hoof, et al. 2016).

Os resultados obtidos destacam a relevância dos aspetos ambientais (espaço envolvente) para o (in)sucesso da institucionalização. Anton (2014) e Lappegard (2008) revelam que as identidades são formadas de acordo com o ambiente, isto é, existe uma simbiose entre a noção de identidade com o lugar (*place-identity*) e que diz respeito à forma como o lugar proporciona sentimentos de pertença (*place attachment*) e com significado e apego para a pessoa. Verificou-se que as pessoas entrevistadas não evidenciaram esta identificação com o lugar, talvez pelo facto de o ambiente não ser propício ao bem-estar da pessoa e por este ainda ser atribuído ao seu lar. Espaços coletivos, na ausência de “*territórios do Eu*” (Guedes, 2012) – que permitam à pessoa momentos de reflexão, de silêncio, de refúgio – e convivência coletiva ruidosa e com residentes desconhecidos, interferem no modo como a pessoa idosa se adapta à vida na instituição.

Entretanto, também as relações interpessoais entre residentes parecem ser deficitárias, existindo dificuldades em estabelecer novos contactos significativos pela falta de identificação e/ou pelo facto de alguns residentes revelarem psicopatologias que dificultam o processo de se relacionarem. Alguns autores corroboram com estes resultados afirmando o risco de se isolarem devido à falta de socialização (Barbosa & Lobo, 2013; Carrara & Santo, 2016; Duarte, 2014; Leitão, 2015; Martins, 2013). Assim, a tendência aponta para uma vida diária marcada grandemente pelo isolamento, pelo que a coabitação não é garantia de companhia (não isolamento) (Lopes, 2009).

De facto, o confronto diário com a debilidade, expressa nos discursos das participantes, compromete o processo de socialização e faz emergir sentimentos de compaixão, medo e aceitação daquela realidade como uma inevitabilidade (Bruinsma et al., 2017), e que são altamente conducentes à inadaptação e ao desajuste à vida institucional, pelo desconforto.

Também o tipo de relacionamento estabelecido entre as colaboradoras e as pessoas residentes interfere na adaptação da pessoa idosa. Os dados sugerem

comportamentos das colaboradoras que diminuem a pessoa institucionalizada (e.g.: tratamento por diminutivos; tratamento impessoal; abordagens agressivas face aos lamentos). A esta situação, Vergueiro & Lima (2010) designa *ageism implícito*, ou seja, as crenças e os comportamentos para com a pessoa idosa, que tendem a diminuí-la sem que se tenha consciência ou controlo disso, pois é assumida como sendo a melhor forma de interagir com estas pessoas. A impessoalidade dos procedimentos, a rotina e o facto de se descurar da singularidade e identidade da pessoa idosa, são entraves à promoção da qualidade de vida e facilitam situações de desrespeito que comprometem o direito da pessoa idosa à sua identidade (Pires, 2009), fazendo-a sentir-se vulnerável, incompreendida e frustrada por não se sentir respeitada e compreendida (Bradshaw et al., 2012). A literatura (Fernandes, 2011; Garbin, Sumida, Moimaz, Prado, & Silva, 2010 e Pimentel, 2001) dilucida para a necessidade da formação dos colaboradores, uma vez que é, também, através desse meio que se conseguem modificar comportamentos.

d) Interpretação da pessoa idosa face à mudança da casa para a instituição

Os dados revelam que a referência à *casa* é muito recorrente nos discursos das participantes, talvez por este ser o lugar onde ainda sentem que pertencem, e onde deixaram as suas raízes identitárias (Lecovich, 2014).

Os dados sugerem alienação relativamente à mudança da casa em prol da institucionalização, patenteada num discurso saudosista, entristecido e conformista. Considera-se que a pessoa está perfeitamente adaptada ao novo estilo de vida quando assume a instituição como sendo a sua própria casa (Duarte, 2014; Guedes, 2012; Sousa et al., 2006), o que não ocorre neste estudo. Subsiste a preferência geral de envelhecer em casa e um desejo eminente de regresso que nega totalmente a vida institucional. Donnelly et al. (2016), Lappegard (2008) e Lecovich (2014) explicam que existe uma eleição por parte das pessoas idosas em envelhecer no lugar onde residem. Mas dada esta impossibilidade, quer por motivos (i) financeiros (o facto de estas pessoas terem assumido profissões pouco qualificadas e mal remuneradas fez com que, na reforma, os rendimentos fossem igualmente baixos); quer por (ii) falta de recursos humanos que possam suprir essa necessidade, a pessoa vê-se obrigada a aceitar a institucionalização como o “mal necessário”.

Além disso, quando a pessoa idosa se vê na incumbência de deixar a própria casa para passar a habitar numa residência para pessoas idosas, esta mudança sugere trauma (Fernandes, 2002) e perdas (Barreto, 2006; Lousa, 2012; Alaphilippe & Bailly, 2014). As

perdas ocorridas aquando da mudança da casa para a instituição são sentidas como verdadeiras ameaças à identidade da pessoa (Faria & Carmo, 2015; Lousa, 2012; Pimentel, 2001). O abandono do local de pertença, dos objetos que constituem histórias, dos objetos preferidos¹² e mesmo da própria cama¹³, instiga à perda da identidade (Carvalho, 2013; Faria & Carmo, 2015; Lopes, 2009).

O desenraizamento, a par das mudanças e obrigações institucionais, reflete-se negativamente na vivência da pessoa na instituição. Reflexo do desenraizamento são as perspetivas de vida restritas (Hartmann & Gomes, 2016) que as pessoas elucidaram e que revogam totalmente a vida institucional; centram-se essencialmente na melhoria do estado de saúde para poderem regressar a casa. Como não existe uma identidade com o lugar (Lappegard, 2008), a pessoa não consegue perspetivar um futuro congruente com a instituição.

Para superar as consequências da institucionalização, as pessoas entrevistadas tendem a associar os acontecimentos a fatores de causalidade externos como a “*vontade de Deus*” (*locus* de controlo externo) e recorrem ao *coping* religioso (Martins, 2013; Rozendo & Justo, 2012). Vitorino e Vianna (2012) explicam que a religiosidade e a espiritualidade são estratégias frequentes no quotidiano das pessoas idosas para lidar com situações stressantes de que institucionalização é exemplo.

e) Influência da institucionalização na saúde mental da pessoa idosa

Verificou-se que os fatores que comprometem a continuação da identidade são os mesmos que contribuem para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva (e.g.: tratamento massificado e comum; perda do lugar significativo; perda dos hábitos e rotinas pessoais; espaço impessoal; falta de momentos de reflexão e de individualidade).

Ao longo das entrevistas, as pessoas foram evidenciando alguns sinais explícitos de sintomatologia depressiva¹⁴ relacionados diretamente com a institucionalização e que confirmam o citado por Hartmann Júnior & Gomes (2014) quando reconhecem que o quotidiano numa instituição pode representar um fator de risco para o desenvolvimento de estados depressivos.

¹² “(...) eu até da minha tigelinha da sopa tenho saudades.” P5

¹³ “Até da minha cama tenho pena de ter deixado” P5

¹⁴ (e.g.: “lido muito mal com o facto de estar aqui” P5; “Aqui sinto-me muito nervosa. Às vezes estou sentada na sala e as colegas falam para mim e eu nem estou a ouvir o que me estão a dizer. Estou a pensar na vida” P5; “Choro muito sozinha à noite porque tenho pena da minha casa” P5; “Aqui sofro muito (...) é muito ruim estar aqui, é muita dor” P4; “Às vezes dá-me uma tristeza tão grande por me lembrar que estou aqui” P2; “(...) se eu pudesse morrer” P5; “Aqui parece que morro” P4)

A perda de controlo sobre as próprias decisões retira da pessoa idosa a sua condição de autonomia – prevalente nos discursos. Esta perda de controlo sobre a própria vida parece estar diretamente relacionada com o abandono das suas casas, acontecimento altamente contemplado e significativo para as participantes. A casa sentida como perda para as participantes pode ser tão relevante e dolorosa que se constitui potenciadora de estados depressivos, de ansiedade, de reações psicossomáticas, e que se refletem na revogação da vida institucional. (e.g. Fernandes, 2002; Lourenço, 2014; Lousa, 2012; Vieira da Silva, 2011).

Por outro lado, também as relações familiares problemáticas (pautadas pelo afastamento) parecem ter muita influência no estado afetivo das participantes. De facto, muitas situações de sofrimento e depressão nas pessoas idosas estão relacionadas com o rompimento dos vínculos afetivos com familiares próximos (Nunes & Menezes, 2014). Ora, o sofrimento causado pelo afastamento familiar vinculado à alienação face à institucionalização que compromete a adaptação, parece ser um caldo de cultura para o sofrimento psíquico.

A sintomatologia depressiva insinuada pelas narrativas foi confirmada posteriormente (três semanas após as entrevistas) com a aplicação da escala de depressão geriátrica (DGS-15). Os resultados revelaram a existência de três pessoas com evidências de sintomatologia depressiva sugestiva de depressão *minor* e uma sugestiva de depressão *major*. A única participante que não revelou sintomatologia depressiva optou livremente pela própria institucionalização. Estes dados confirmam mais uma vez, a teoria proposta por Reeds et. al. (2003); Sousa et al. (2004) e Faria e Carmo (2015) relativamente à tomada de decisão.

Os resultados encontrados confirmam os estudos de Vaz & Gaspar (2011); Martins (2013); Nóbrega et al. (2015) e Hartmann & Gomes (2016), por considerarem que acontece uma alteração identitária aquando da institucionalização e que a mesma condiciona o estado afetivo da pessoa.

Em síntese, perante os resultados parece legítimo afirmar que o contexto institucional parece favorecer a sintomatologia depressiva relacionada com aspetos que comprometem a identidade da pessoa.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A identidade é um processo, não um facto ou uma estrutura. É um processo inacabado que se alonga prospectivamente no projeto. (...) falar de identidade implica necessariamente pensar em projeto. Não apenas no ser de hoje, no eu ou no nós, como se eu o eu e o nós fossem só uma memória – o passado – e a volatilidade do presente. Não, o eu e o nós projetam-se no futuro – no ideal e na utopia (não a do sonho irrealizável, mas a do desejável simplesmente ainda não concretizado). Quem sou eu? Quem quero ser? Falar de identidade pessoal implica pensar num projeto que se constrói para o futuro, mas se concebe no presente. Contudo, um presente ancorado no passado. Passado, Presente e Futuro são assim uma tríade que junta a memória, o ontem, a rotina do hoje e a utopia do desejável para o amanhã.”
(Vieira, 2011, p.39)

As questões relacionadas com a dignidade da pessoa idosa apresentam-se como um tema fundamental de reflexão, sobretudo no âmbito dos cuidados formais, tendo em conta os desafios que são colocados aquando da institucionalização pelo risco iminente de despersonalização.

A institucionalização é uma vivência única e a melhor forma de a compreender verdadeiramente é através do relato descrito dos autores que por ela passam. Ao procurar descrever as experiências sob o ponto de vista das pessoas idosas, optou-se por uma metodologia qualitativa, pois importou analisar a experiência tal como ela é vivenciada.

Este estudo evidencia discursos maioritariamente melancólicos, envoltos em tristeza e mágoa pelo abandono do estilo de vida anterior (à institucionalização). Das cinco entrevistas realizadas, quatro apresentavam um discurso maioritariamente depressivo. Concluiu-se que o modo como a decisão de institucionalização é tomada reflete-se positivamente na forma como a própria institucionalização é vivida. O impacto da institucionalização e a aceitação à nova condição é favorável caso tenha sido uma escolha preferencial, pois as participantes que evidenciaram ter sido uma escolha maioritariamente da família, revelaram maior sentimento de alineação face à institucionalização e um contínuo desejo de regresso para as suas casas. A casa é entendida como o lugar privilegiado da pessoa.

Deixar o lar, espaço significativo, de vivências, de conforto emocional e de identidade é uma perda com repercussões dantescas. A casa parece ser a maior referência identitária da pessoa, pelo que a sua privação significa uma relativa perda dessa mesma identidade. O sentimento de perda causa um sofrimento tão explícito nas pessoas que as

mesmas vão desistindo da própria vida quando negam a condição atual, abdicando de qualquer atividade. A inatividade, portanto, poderá ser a causa e a consequência da somatização de dores físicas.

As participantes revelaram sentir-se privadas do controlo da própria vida, nomeadamente no que diz respeito à liberdade de escolha e de autonomia em realizar as AIVD's (e.g. arrumar/organizar os espaços; preparar refeições; e na continuação de atividades de alto simbolismo como ir à igreja e ao cemitério), comprometendo o sentimento de pertença e a satisfação com a vida institucional. Existe, assim, um desajustamento entre o que são as rotinas e as dinâmicas institucionais e as vontades e desejos individuais.

Foi possível perceber que as relações estabelecidas na instituição têm uma importância relativa no sentimento de pertença e no bem-estar da pessoa idosa. Para as pessoas entrevistadas nem sempre é possível manter a confiança e a criação de laços afetivos com as demais pessoas idosas da instituição. A desconfiança é uma constante nos discursos das participantes quando se questionou a relação com os companheiros de um modo geral. Este dado revelou uma certa tendência das pessoas idosas entrevistadas se isolarem dada a fraca socialização. Desta forma, a coabitação parece não ser sinónimo de não isolamento, pelo que as pessoas mostram propensão a isolarem-se pela desidentificação com as restantes pessoas idosas residentes.

Por outro lado, constatou-se que, apesar de a partilha do quarto nem sempre ser desejável e sinónimo de conforto, as relações aí estabelecidas podem ser muito benéficas: a companhia de quarto tida como parte da família. Este facto é revelante uma vez que a rede social de suporte se estreita com a entrada da pessoa na instituição, são necessárias novas redes, e quando isto acontece, contribui para o sentimento de pertença e bem-estar.

Em contrapartida, a partilha dos espaços com pessoas com quem não se identifica, leva a desentendimentos que prejudicam o bem-estar e potencia a alienação face à institucionalização por não se identificarem com o convívio. A coabitação com várias pessoas, com diferentes personalidades e o confronto com residentes com quadros de senilidade, dificulta a vivência na instituição. Devido a estes fatores, existem episódios desagradáveis de confronto, de desconforto face à doença e à incapacidade do outro e de intolerância que se manifesta no cansaço extremo no final do dia. Sabe-se que muitas vezes a pessoa idosa procura esta resposta social para poder descansar de uma vida inteira de trabalho e poder usufruir dos últimos anos com tranquilidade, paz e satisfação. Estes dados contrariam essa ideia, evidenciando uma vida stressante, em constante confronto

com o próprio (memórias) e com o próximo. Esta ideia em nada é conducente a um envelhecimento saudável.

Este estudo permitiu um conhecimento da realidade institucional, ainda que não seja possível generalizá-lo, dado a curta extensão da amostra, possibilitou a percepção e a confirmação de fatores indutores ao mal-estar que estavam latentes na literatura, e que são indutivos da sintomatologia depressiva. Permitiu uma reflexão acerca da institucionalização que será tomada em consideração aquando da prática profissional. Uma vez que, segundo a literatura, os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento raramente são causados pelas perdas biológicas normativas do envelhecimento, mas sobretudo causadas pelas perdas de papéis, pelas crises identitárias provocadas pelas várias situações de *stress* e do sentimento de desenraizamento; é fundamental que se esteja atento a este aspeto da saúde da pessoa idosa, que tantas vezes passa despercebida e sofre a consequência de nunca ser detetada – pela ideia preconcebida de que o mal-estar, o sofrimento e a tristeza fazem parte do processo de envelhecimento, evidenciando-se na ausência de intervenção.

As perdas com as quais as pessoas idosas se veem na obrigação de sofrer aquando da entrada na ERPI suscitam o humor depressivo, a ansiedade e reações psicossomáticas que se traduzem no seu afastamento e interferem na sua integridade, comprometendo, assim, o último estágio de desenvolvimento proposto por Erickson (integridade do Eu *vs.* desespero) (Erickson, 1972).

Deste modo, a institucionalização é controversa, pois, se por um lado é uma necessidade e uma resposta social aos novos tempos, por outro lado poderá representar um processo doloroso para quem o vivencia.

Neste sentido, é essencial que as instituições para pessoas idosas invistam numa abordagem centrada na pessoa, que analisa as preferências pessoais de cada um, de forma a permitir a continuação da autonomia, da autoidentidade e da independência. Ao se conceber um ambiente familiar, onde os técnicos e colaboradores cuidam dos residentes com respeito, tendo em consideração a sua individualidade e identidade, é esperado que o impacto da institucionalização seja menos pejorativo.

Limitações da investigação

Como qualquer estudo de investigação, também este apresenta naturais limitações que deverão ser tidas em conta em estudos posteriores. A principal limitação prende-se com o tamanho da amostra (n=5). Ainda que se trate de um estudo de metodologia

qualitativa, seria importante contemplar outras experiências e perspectivas de entrevistados, o que não foi possível dada a ausência de elementos da instituição que cumprissem os critérios de inclusão. Também o facto de a amostra reunir apenas elementos do género feminino constitui uma limitação. De facto, a feminização do envelhecimento (e concretamente institucional) é uma realidade que emerge em vários estudos e este não foi exceção. Estudos futuros deverão contemplar pessoas idosas do género masculino sob o interesse de auscultar as vivências limitadas pelas diferenças sociais e de género que deve ser também ampliada a outras instituições por forma a perceber a tendência em contextos sociais diferentes.

Considerações de ordem prática

Acredita-se que, só a partir do conhecimento das vivências e do dia-a-dia da pessoa institucionalizada, se consegue definir uma intervenção humanizada e digna à continuidade da vida da pessoa idosa.

As questões da saúde mental, nomeadamente no que diz respeito às perturbações afetivas, como a ansiedade e a depressão, são muitas vezes negligenciadas pelas instituições para pessoas idosas. A ideia de que um estado de tristeza é normativo ao processo de envelhecimento, a par das queixas permanentes (muitas vezes somatizadas), condicionam o rastreio e colocam em causa o bem-estar da pessoa que ali reside. Neste sentido, alerta-se para a necessidade da sensibilidade a este campo da saúde, sendo necessário avaliações periódicas ao estado afetivo da pessoa idosa institucionalizada.

Assim, e por forma a colmatar esta barreira, seria interessante (re)pensar a instituição para pessoas idosas não só numa ótica de garante das necessidades básicas do ser humano, mas também como *casa*. Para tal seria necessário incluir a pessoa no planeamento das próprias regras e normas, tornando-as o menos restritivas possíveis e que permitissem à pessoa a sensação de liberdade, de continuação da própria vida, ao invés de o anular.

Outras medidas se destacam para a preservação da individualidade como:

- a) Preconizar um trabalho de preparação para a institucionalização, entre os técnicos da instituição e o futuro cliente, através de visitas regulares com o objetivo de clarificar a pessoa idosa acerca do ambiente institucional para que possa avaliar se este é adequado ou não à continuidade da sua vida de forma dignificante;

- b) Delinear juntamente com a pessoa idosa recém-chegada um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI)¹⁵ por forma a conhecer as especificidades da pessoa (necessidades e potencialidades), respeitando a sua vivência e individualidade. Este instrumento estimula o desenvolvimento de objetivos de vida e define planos para o futuro¹⁶;
- c) Dinamizar atividades que incluam a família, com o intuito de aproximar a relação familiar e possibilitar à pessoa institucionalizada a continuidade da sua identidade familiar, desenvolvendo atividades regulares mais inclusivas da família (e.g. festejos e datas comemorativas, encontros intergeracionais). Na impossibilidade da família se deslocar à instituição recorrer a meios que possibilitem o contacto, como por exemplo os tão em voga meios tecnológicos (e.g. videochamadas; *Facebook*);
- d) Apropriar e flexibilizar os horários das visitas por forma a tornarem-se compatíveis com os horários disponíveis das famílias;
- e) Convidar as pessoas idosas institucionalizadas a integrarem e a participarem no planeamento e realização das atividades institucionais, com o objetivo de o tornar interventivo, dando palavra às suas preferências e opiniões;
- f) Desenvolver atividades de interesse e com sentido para a faixa etária e para os diferentes níveis cognitivos;
- g) Determinar pelo menos duas atividades diárias, que permitam à pessoa a possibilidade de escolha tendo em conta o seu estado de espírito e/ou o seu interesse pela mesma, na medida em que permite à pessoa o poder de escolha que se arroga tão importante na manutenção da sua identidade;
- h) Dinamizar atividades no exterior e na comunidade por forma a contrariar o protagonizado por Goffman (2001) na sua teoria sobre instituições totais. Fomentando a saída do espaço físico fechado através da criação de atividades, por exemplo, ligadas à natureza (e.g.: atividades de relaxamento no exterior; criação e manutenção de quintas pedagógicas, responsabilizando as pessoas idosas para o cuidado dos animais – muito importante particularmente quando a

¹⁵ O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) deve estar contemplado no Plano Individual (PI) e diz respeito às necessidades ocupacionais e atividades tendo em conta as preferências/gostos e hábitos da pessoa. É fundamental existir um PDI atualizado com permanência e atento às mudanças que vão acontecendo, por forma a ser um plano atualizado e, acima de tudo, realista.

¹⁶ Ao se recriarem novos modos de vida e ao voltar a atribuir-lhes sentidos que proporcionam ganhos, a atividade psíquica fica fortalecida (Altman, 2011; Farber, 2012; Ferreira, 2016).

pessoa tem um passado ligado à ruralidade; espaços com jardins elevados para que a pessoa possa cultivar e cuidar de plantas num espaço adequado às suas limitações, não permitindo que existam barreiras arquitetónicas) que proporcionem à pessoa experiências estimuladoras e desafiantes;

- i) Fomentar o cuidado restaurativo, refletindo o paradigma de “cuidar com”, em detrimento de “cuidar por” impedindo que a pessoa se sinta diminuída ao ser substituída na manutenção do autocuidado;
- j) Permitir à pessoa a continuação de certas AIVD’s (e.g. ir às compras, o exercício do direito de voto) que permitam o seu sentimento de pertença na comunidade e na gestão da própria vida;
- k) Flexibilizar os horários institucionais estabelecidos (e.g. para acordar; para refeições) de modo a permitir à pessoa o direito ao livre arbítrio e ao conforto de uma vida mais fluída e menos rotineira, criando, por exemplo, um intervalo de tempo para a concretização das mesmas;
- l) Formar o corpo de colaboradores¹⁷. Deverá ser feito um correto e contínuo apoio pessoal e profissional aos colaboradores da instituição, (e.g. através de ações de formação) atentando para a complexidade do envelhecimento, alertando para a subjetividade e para os riscos de um tratamento massificador, infantilizado e reprovador da individualidade da pessoa. Sensibilizar ainda para questões respeitantes à sexualidade e o direito à mesma, de modo a evitar comportamentos que reprovem manifestações de amor e de carinho entre residentes.

Estas propostas interventivas institucionais visam a promoção e a manutenção da individualidade da pessoa idosa e, conseqüentemente, a manutenção da sua saúde e bem-estar psicológica. Desta forma, enfim, é importante ter em atenção estes fatores para se conseguir proporcionar condições institucionais favoráveis a um envelhecimento ativo e condigno.

¹⁷ A formação dos vários profissionais que trabalham com pessoas idosas é uma das condições básicas, (proposta por Fernandes, 2011; Garbin, Sumida, Moimaz, Prado, & Silva, 2010 e Pimentel, 2001), para promover a humanização dos serviços.

BIBLIOGRAFIA

- Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2014). *Psicologia do Adulto Idoso*. Lisboa: Edições Piaget.
- Almeida, L. & Quintão, S. (2012). Depressão e Ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25(6), 350-358.
- Altintas, E.; Benedetto, G. & Gallouj, K. (2017). Adaptation to nursing home: The role of leisure activities in light of motivation and relatedness. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70(4), 8-13.
- Altman, M. (2011). O envelhecimento à luz da psicanálise. *Jornal de psicanálise*, 44(80),193-206.
- Amaro, M. (2013). *A Transformação da Identidade em Idosos Institucionalizados – Um Estudo de Casos Múltiplos*. Tese de mestrado apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança.
- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. Porto Alegre: Artmed.
- Anton, C. & Lawrence, C. (2014). Home is where the heart is: the effect of place residence on place attachment and community participation. *Journal of Environmental Psychology* 40(2014), 451-461.
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos de Avaliação em Geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, A.; Neto, T.; Bós, A. (2016). Diferenças no perfil de pessoas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 105-118.
- Araújo, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Balseiro, J. (2011). *Vivências do Idoso Institucionalizado*. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Fernando Pessoa.
- Baptista, C. e Sousa, M. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Tese e Relatórios*. Lisboa: Pactor.
- Barbosa, T. & Lobo, F. (2013). *Suporte social e stress em idosos residentes no meio rural*. Aletheia-Associação Científica e Cultural. Faculdade de Filosofia. Centro Regional de Braga.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.

- Barreto, J. (2006). O tratamento atual da depressão no idoso. In Firmino, H. (Eds.), *Psicogeriatría* (pp. 233-245). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Barroso, V. & Tapadinhas, A. (2006). *Órfãos Geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento - estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Retirado a 20 de novembro de 2016 de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Batista, C. e Sousa, M. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios* (4ª edição). Lisboa: Pactor.
- Baumann, Z. (2005). *Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Bernardino, A. (2013). *Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados. Valorizar o envelhecimento*. Tese de mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior.
- Bradshaw, S. A., Playford, E. D. & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Aging*, 41(4), 429-40.
- Bruinsma, J.; Beuter, M.; Leite, M.; Hildebrandt, L.; Venturini, L. & Nishijama, R. (2017). Conflitos entre idosas institucionalizadas: dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 21 (1). Retirado a 4 de julho, 2017, de <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170020>.
- Cabete, D. G. (2002). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5):611-4
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carrara, B. & Santo, P. (2016). Velhice institucionalizada em tempos pós-modernos: a identidade em universo paralelo?. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10(5),1672-1684.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161 - 184.
- Center for Gerontology at Virginia Tech (2013). *Fear of Falling and Older Adults: Finding Balance*. Retirado a 4 de julho, 2017, de http://www.gerontology.vt.edu/docs/Fear_of_FallingOlder_Adults.pdf
- Chapman, D. & Perry, G. (2008). Depression as a major component of public Health for older adults. Preventing Chronic Disease. *Centers for Disease Control and Prevention*, 5 (1): 1-9. Retirado a 30 de novembro, 2016, de https://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/pdf/07_0150.pdf.

- Choia, N., Ransomb, S. & Wylliec, J. (2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging & Mental Health*, 12(5), 536-547.
- Cordeiro, A. (2016). *Intervenção das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Doentes de Alzheimer*. Tese de mestrado apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.
- Costa, D. (2011). A recolha de dados: técnicas utilizadas. In Silvestre, H. e Araújo, J. (eds.), *Metodologia para a investigação social* (pp. 180-183). Lisboa: Escolar Editora.
- Costa, R. (2012). O outono de Eros: Sexualidade e envelhecimento. In Pereira, F. (Eds.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (pp. 101-116). Viseu: Psicosoma.
- Custódio, C. (2008). *Representações e Vivências da Sexualidade no Idoso Institucionalizado*. Tese de mestrado apresentado à Universidade Aberta de Lisboa.
- Daniel, F.; Caetano, E.; Monteiro, R. & Amaral, I. (2016). Representações sociais do envelhecimento ativo num olhar genderizado. *Análise Psicológica*, 4(34), 353-364.
- Dionigi, R. (2015). Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Older Adults. *Journal of Geriatrics*, (2015), 1-9. Retirado a 15 de junho, 2017, de <http://dx.doi.org/10.1155/2015/954027>.
- Donnelly, S., O'Brien, M., Begley, E. & Brennan, J. (2016). "I'd prefer to stay at home but I don't have a choice" Meeting Older People's Preference for Care: Policy, but what about practice? Dublin: University College Dublin.
- Duarte, L. (2014). O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar?. *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, 19(1): 201-217.
- Duarte, M. & Paúl, C. (2007). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar Gerontologia*, 1 (1), 17-29.
- Dubar, C. (2006). *A crise das identidades – A interpretação de uma mutação*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento
- Falcão, A., Pereira, F., Pimentel, H., Teixeira, C. & Rodrigues, V. (2017). The academic background of gerontologists and client satisfaction in long-term residential care for older persons. *Educational Gerontology*, 43 (2), 62-72.
- Farber, S. (2012). Envelhecimento e elaboração das perdas. A terceira idade. *Estudos sobre Envelhecimento*, 23(53), 7-17.
- Faria, C. & Carmo, M. (2015). Transition and (In)Adaptation to Nursing Home: A Qualitative Study. *Psicologia: Teoria. e Pesquisa*, 31 (4). Retirado a 15 de maio, 2017, de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015042472435442>
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso: estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Fernandes, R. (2011). *Representações Sociais dos Idosos acerca dos maus-tratos*. Tese de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- Ferreira, A. (2015). *Vencer a Dor, Prolongar a Vida – Qualidade de vida e Espiritualidade em Pessoas a Residir em Lar*. São Paulo: Chiado Editora.
- Ferreira, F. (2011). *Perceção do Estado de Saúde da pessoa idosa institucionalizada*. Tese de mestrado apresentada à faculdade de ciências medicas da universidade de Lisboa.
- Fleurí, A.; Almeida, A.; Diniz, A.; Ferreira, L.; Horta, N.; Prata, M & Mour, R. (2013) Atividades lúdicas com idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem*, 16 (1), 50-57.
- Firmino, H.; Nogueira, V.; Neves, S. e Lagarto, L. (2016). Psicopatologia das pessoas mais velhas In Veríssimo, M. (Eds.), *Geriatrica fundamental* (143-157). Lisboa: Lidel.
- Fontanella, B.; Ricas, J. & Turato, E. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1),17-27.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização*. Loures: Luso-Ciência.
- Gama, M.; Almeida, A. & Silva, A. (2016). *Os sonhos não têm rugas. Histórias vividas e histórias contadas*. Alfragide: Oficina do Livro.
- Gamito, L. (2017). *Pseudodemências: há casos de depressão mal diagnosticados, tratados como demências*. 6º congresso da Associação de Psiquiatria Alentejana (APA), Portalegre, Portugal, 8-10 de junho
- Garbin, C.; Sumida, D.; Moimaz, S.; Prado, R. & Silva, M. (2010). O envelhecimento na perspetiva do cuidador de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (6), 2041- 2048.
- Goffman, E. (2001). *Manicómios, Prisões e Conventos* (7ª edição) São Paulo: Editora Perspectiva.
- Guedes, J. (2012). *Viver num lar de idosos – Identidade em risco ou Identidade Riscada?*. Lisboa: Coisas de ler.
- Gum, A.; McDougal S.; McIlvane, J. & Mingo, C. (2010). Older Adults Are Less Likely to Identify Depression Without Sadness. *Journal of applied Gerontology*, 29 (5): 603-621.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.
- Harmand, M.; Meillon, C.; Rullier, L.; Funes, J.; Bergua, V.; Dartigues, J. & Amieva, H. (2014). Cognitive Decline After Entering a Nursing Home: A 22-Year Follow-Up Study of Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly People. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15 (7), 504-508.

- Hartmann, J. & Gomes, G. (2014). Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 17 (2), 83-105.
- Hartmann, J. & Gomes, G. (2016). Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. *Ciências & Cognição*, 21(1), 137-154.
- Hartmann, J., Gomes, G., Januário, A., Queiroz, R., & Sougey, E., (2012). Quality of life and depression in institutionalized elderly. *Neurobiologia*, 75(3-4).
- Hoof, L.; Verbeek, H.; Janssen, B.; Eijkelenboom, A.; Molony, S.; Felix, E.; Nieboer, K.; Zwerts-Verhelst, E.; Sijstermans, J. & Wouters, E. (2016). A three perspective study of the sense of home of nursing home residents: the views of residents, care professionals and relatives. *Biomedical Center Geriatrics*, 16(169), 1-15.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasou.
- Jesus, S.; Sena, S.; Meira, C.; Gonçalves, T. & Alvarez, M. (2010). Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituições de longa Permanência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 285-92.
- Jung, D. (2008). Fear of Falling in Older Adults: Comprehensive Review. *Asian Nursing Research*, 2(4), 214-222.
- Joaquim, A. (2011). *O Processo de tomada de decisão familiar de institucionalizar um parente idoso com demência e as equipas de cuidados primários de saúde*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Nova de Lisboa.
- Kennedy, G. (2015). *Geriatric depression: A clinical guide*. New York: The Guilford Press
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In Paúl, C. e Fonseca, A. (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.203-229). Lisboa: Climepsi.
- Lappegard, H. (2008). Identity and Place: a critical comparison of three identity theories. *Architectural Science Review*, 50(1), 44–52.
- Lecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Antropological Notebooks*, 20(1), 21-33.
- Legters; K. (2002). Fear of falling. *Phys Ther*, 82 (3), 264-272.
- Leitão, C. (2015). *A experiência de solidão num lar de idosos: estudo de caso*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Leleu, M. (1998). *Misère at insolence de La vieillesse*. Bruxelas: Editions Labor.
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Lopes, D. (2012). *Solidão e Bem-estar subjetivo na Terceira Idade: Estudo comparativo de idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra.
- Lopes, M.; Afonso, R.; Cerqueira, M.; & Pereira H. (2012). Images of Aging in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People. *Psychology, Community & Health*, 1(2), 189-200.
- Lopes, P. (2009). *O Envelhecimento Activo em Contexto Institucional: um estudo de caso*. Tese de mestrado apresentada à Universidade do Porto.
- Lourenço, P. (2014). *Institucionalização do idoso e Identidade*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Portalegre.
- Lourenço, A. & Veras, P. (2006). Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4), 712-719.
- Lousa, I. (2012). *A perda de identidade em idosos institucionalizados*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Luna, B. (1998). Sequência Básica na Elaboração de Protocolos de Pesquisa. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 71 (6), 735-740.
- Malhotra, N. (2001). *Pesquisa de marketing* (3ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Manual de boas praticas da Segurança Social: um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas* (2005). Barcelos: Edição Instituto da Segurança Social.
- Marconi, A. & Lakatos, M. (1996). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados* (3ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Marconi, A., & Lakatos, M. (2004). *Metodologia científica* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Marques, L. & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In Firmino, H.(Eds.), *Psicogeriatria* (233-245). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Marques, S. (2012). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Martins, M. (2004). Fatores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental. *Millenium*, 29, 255-268. Retirado a 20 de novembro, 2016, de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/575>
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais: o idoso na sociedade contemporânea. *Revista Millenium*, 32, 126-140. Retirado a 15 de outubro, 2016, de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>
- Martins, R. (2013). *Agora esta é a minha casa. Estudo sobre o processo de transição para um lar de idosos*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.

- Medeiros, L. (2010). *Depressão no idoso*. Tese de mestrado integrado em medicina da Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexos sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11 (3). Retirado a 15 de novembro, 2016, de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3734/2616>
- Moreira, V. & Nogueira, F. (2008). Do desejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Instituto de Psicologia*, 19(1), 59-79.
- Moura, C. (2006). *Século XXI: Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Namorado, A. (2013). *Estados Afetivo-Emocionais em Pessoas Idosas Institucionalizadas e em Centro de Dia do Concelho de Condeixa-a-Nova*. Tese de mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Nascimento, J. & Paulin, G. (2014). Relação entre o contexto ambiental e a capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Família, ciclos de vida e saúde no contexto social*, 2(2), 161-169.
- Neves, C. (2014). *O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida*. Tese de mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Neves, H. (2012). *Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos - Estudo tipo série de casos*. Tese de mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior.
- Nóbrega, I.; Leal, M.; Marques, A.; Vieira, J. (2015). Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde Debate*, 39(105), 536-550.
- Nunes, L. & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Leya.
- Oliveira, C. (2014). *A identidade do idoso no processo de institucionalização: estudo exploratório*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Oliveira, C.; Souza, C. & Freitas, T. (2006). Idoso e Família: Asilo ou casa. *O portal dos psicólogos*. Retirado a 10 de janeiro, 2017 de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.
- Oliveira, L., Santos, A., Cruvinel, M., & Néri, L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Pereira, F. (2011). *Processos adaptativos à institucionalização*. Tese de mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Pereira, F. (2012). A institucionalização do idoso. In Pereira (F), (Eds.), *Teoria e Prática da Gerontologia* (pp.149-156). Viseu: Psicosoma.
- Pereira, F. (2013). Envolvimento e o distanciamento na construção da paz próxima. *Construir a paz, visões interdisciplinares e internacionais sobre conhecimentos e práticas*, 1(149), 143-147.
- Pavão, S. (2013). *A Identidade com o lugar de pessoas idosas institucionalizadas: um estudo exploratório realizado em dois lares da ilha Terceira (Açores)*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade dos Açores
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinho, M.; Custódio, O. & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 123-140.
- Pinto, A. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Revista Geriatric*, 2, 74-86. Retirado a 5 de janeiro, 2017 [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20268/1/Reflex%C3%A3o%20sobre%20o%20envelhecimento%20em%20Portugal\(Geriatrics%20EdPort%202006\).pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20268/1/Reflex%C3%A3o%20sobre%20o%20envelhecimento%20em%20Portugal(Geriatrics%20EdPort%202006).pdf)
- Pinto, D. (2013). *Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência*. Tese de mestrado apresentado ao instituto de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.
- Pocinho, R.; Santos, E.; Ferreira, J.; Gaspar, J.; Ramalho, A.; Soeiro, D.; Silva, S. (2012). *Envelhecer em tempos de crise: Respostas Sociais*. Porto: Livpsic.
- Prodanov, C. & Freitas, E. (2013). *Metodologia do trabalho científico* (2ª. ed.). Novo Hamburgo: Feevale.
- PORDATA (2017). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. Retirado a 30 de maio, 2017, de [http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)
- Rebelo, A (2015). *Envelhecer Ativamente num Lar de Idosos*. Tese de mestrado apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Reed, J., Cook, G., Sullivan, A., & Burr ridge, C. (2003). Making a move: care home residents experiences of relocation. *Ageing and Society*, 23, 225-241. Retirado a 5 de janeiro, 2017, de <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X02001101>.
- Rocha, A. (2011). *Avaliação de necessidades em idosas institucionalizadas com doença mental prolongada*. Tese de mestrado apresentada à Universidade de Lisboa.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Rozendo, A. & Justo, J. (2012). Institucionalização da velhice e regressão: um olhar psicanalítico sobre os asilos de velhos. *Revista Kairós Gerontologia*,15(8),25-51.
- Santos, L. (2002). *Prevenção da Violência Institucional*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Santos, L.; Garcia, F.; Monteiro, F.; Lima, J.; Silva, N.; Ferreira da Silva, J.; Piedade, J.; Pais dos Santos, R. & Afonso, C. (2016). *Orientações metodológicas para a elaboração de trabalhos de investigação*. Porto: Fronteira do Caos Editores.
- Santos, P. (2002). Autonomia, dependência e independência no idoso, In: Santos, A. *Depressão no Idoso* (pp.44-51) Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel
- Serra, A. (2003). *Depressão*. Lisboa: Atral-Cipan
- Silva, E. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspetiva abrangente. In Paúl, C. & Fonseca A., *Envelhecer em Portugal* (137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sousa D.; White H.; Soares L.; Nicolosi G.; D'Elboux M. (2014). Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2),321-328.
- Sousa, A. (2008). *Depressão e actividades de vida diária no idoso*. Dissertação de Mestrado apresentada à SACS da Universidade de Aveiro.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice* (2ª ed). Porto: Ambar.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família*. Porto: Ambar.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação- piloto de um programa de intervenção*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Vandenplas-Holper (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice (maturidade e sabedoria)*. Porto: ASA Edições
- Vaz, S. & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4),49-58.
- Vergueiro, M., Lima, M. (2010). *O Ageism e os Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa*. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Portugal, 494-509.
- Vieira da Silva, J. (2011) *A Qualidade de Vida do Idoso e o seu Bem-Estar Social*. Tese de mestrado apresentado à Universidade do Algarve.

- Vieira, R. (2000). *Ser igual, ser diferente. Encruzilhadas da identidade*. (2ª ed.) Porto: Profedições.
- Vieira, R. (2011). *Ser igual, ser diferente. Encruzilhadas da identidade*. (3ª ed.) Porto: Profedições.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wiles, J.; Leibing, A.; Gubarman, N.; Reeve, J. & Allen, R. (2012). The meaning of "Aging in Place" to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366.
- Zikmund, W., (2000). *Business research methods* (5ª ed.) Fort Worth: Dryden.
- Zimmerman, G.I. (2005). *Velhice – aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed Editora S.A.

APÊNDICES

1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	79
2. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	80
3. DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO	82
4. CONSENTIMENTO INFORMADO – PARTICIPANTES	83
5. CONSENTIMENTO INFORMADO – INSTITUIÇÃO	84

1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Sexo:

Feminino

Masculino

Idade:

Estado civil:

Habilitações:

Sem escolaridade

1º ciclo (4ºano)

2º ciclo (6ºano)

3º ciclo (9ºano)

Ensino Secundário

Curso Técnico-Profissional

Bacharelato

Licenciatura ou superior

Profissão anteriormente exercida: _____

Há quanto tempo está institucionalizado? _____

É uma pessoa religiosa? _____

2. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Situação familiar e relacional	<ol style="list-style-type: none">1. Antes de vir para o lar, vivia onde e com quem?<ol style="list-style-type: none">1.1. Continua a ter contacto com a família? Sente-se próximo deles independentemente da frequência com que está com eles?1.2. Como era a sua relação com a família antes de vir para aqui?1.3. Habitualmente recebe visitas? Se sim, de quem (família, amigos, etc...)? E com que frequência?
Motivos da institucionalização	<ol style="list-style-type: none">2. Porque motivo veio para a instituição?<ol style="list-style-type: none">2.1. Essa decisão foi tomada por si ou por outra pessoa?2.2. Como lida com esses aspetos (positivos e negativos), tendo em conta o seu modo de estar na vida?
Adaptação/ Alterações do dia-a-dia (pré e pós instituição)	<ol style="list-style-type: none">3. Desde que está na instituição, houve alterações na sua vida? Se sim, quais? (Como era antes e como é agora)<ol style="list-style-type: none">3.1. Como tem lidado com essas alterações? Como lida com esses aspetos (positivos e negativos), tendo em conta o seu modo de estar na vida?3.2. Sente que a instituição é agora a sua casa?3.3. Qual a principal diferença que sente em relação à instituição e a sua casa? O que considera o melhor e o pior da vida na instituição?3.4. Com quem se sente mais próximo e mais afastado?3.5. Considera que o facto de viver aqui a impede de preservar os seus costumes, tradições e valores que realizou ao longo da vida?
Processo de Institucionalização	<ol style="list-style-type: none">4. Como foi o dia em que veio para esta instituição? Como se sentiu?5. Trouxe consigo objetos pessoais? Quais? Porquê? O que significam para si?
Intimidade, privacidade e autonomia	<ol style="list-style-type: none">6. Sente que tem um lugar significativo aqui? (<i>Sente que tem direito à sua privacidade aqui? Sente que respeitam a sua autonomia?</i>)7. A sua vontade é respeitada na tomada de decisões? (por exemplo no que veste ou no que pretende fazer?)8. (no caso de ter uma relação). No que diz respeito ao seu relacionamento, sente que o vive de forma livre e autónoma?9. Tem vontade de passear/contactar com o exterior? Se sim, continua a fazê-lo?<ol style="list-style-type: none">9.1. Quando passeia para que o faz? (visitar amigos, etc., ...)10. O que sente que não pode fazer na instituição e que antes fazia?11. Como é a experiência de partilhar o seu quarto? Que aspetos positivos e negativos tem?<ol style="list-style-type: none">11.1. Sente que tem uma boa relação com a pessoa com quem partilha o seu quarto?
Partilha de espaços	<ol style="list-style-type: none">12. E em relação à convivência com pessoas que estão mais debilitadas (do ponto de vista físico /ou mental)? Como se sente? Como se sente ao partilhar os espaços comuns com utentes que se encontram debilitados e doentes? [sente-se confortável?]

<hr/> <p>Satisfação com a instituição</p> <hr/>	<p>13. Com quem se sente mais próximo ou ligado emocionalmente aqui na instituição?</p> <p>14. Há pessoas que não vivem cá com quem gostaria de estar mais vezes e não está?</p> <p>15. Sente confiança nos companheiros e nas funcionárias?</p> <p>16. Fale-me do seu dia a dia aqui na instituição? O que a ocupa habitualmente?</p> <p style="padding-left: 20px;">16.1. Gosta do que faz? Sugeriria alguma mudança?</p> <p>17. Sente que tem uma voz ativa no que toca à escolha de atividades?</p>
<p>Preferências e Futuro</p>	<p>18. Mudaria alguma coisa na instituição? O quê?</p> <p>19. Quais são os seus objetivos para o futuro na sua vida pessoal e familiar?</p>

Adaptado de Almeida, (2011); Amaro, (2013); Lourenço, (2014) e Ribeiro, (2009).

Procedimentos pré-entrevista:

- Agradecer disponibilidade;
- Explicar objetivos da entrevista;
- Garantir confidencialidade e anonimato;
- Solicitar o registo áudio;
- Elucidar que não existem certos nem errados;
- Esclarecer dúvidas;
- Motivar a responder de forma livre e sincera.

3. DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO (exemplo 1º dia)

Dia 23 de março (9h30-13h / 14h-17h = 6h 30m)	
Objetivo: conhecer a dinâmica da instituição; conhecer os idosos e estabelecer contacto com os mesmos; conhecer as atividades desenvolvidas ao longo do dia; conhecer o relacionamento da equipa de colaboradores com os clientes (funcionárias e técnicos).	
Meio envolvente:	
•Recursos:	Enfermeiros: 2 (sistema de rotatividade); Educadoras Sociais: 3 (1 afeta à ERPI – DT) Assistente Social: 1 (para todas as valências) Fisioterapeuta: 1 Nutricionista: 1 (meio tempo) Colaboradoras c/ curso geriatria: 0 Colaboradoras s/ curso geriatria: todas
•Equipamentos:	Sala de convívio: 1 Salão de cabeleireiro Sala de fisioterapia Capela (em construção) Quartos triplos: Quartos duplos:
•Serviços:	Fisioterapia Cabeleireiro/barbeiro Podologia Enfermagem Nutrição (maioria dos serviços pagos à parte)
•Limpeza do espaço:	Ambiente limpo e sem odores nos espaços comuns
•Paisagem	Paisagem rural sobre montes, mas a paisagem principal é o parque de estacionamento
Organização socia:	
•População:	Grande parte dos idosos são inativos, sem estimo e incentivo a participar nas atividades. No entanto, são muito conversadores e acolhedores. Muitos idosos dependentes.
•Atividades:	(Manhã) Musicoterapia e atividades plásticas alusivos à pascoa; (Tarde) Sessão de Sensibilização sobre incontinência urinária.
Observações	

4. CONSENTIMENTO INFORMADO – PARTICIPANTES



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado/a de que a entrevista que aceitei realizar faz parte da investigação inerente à tese de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural de Liliana Manuela Teixeira Pereira e que a mesma se intitula “**Institucionalização e Identidade:**

Fui, igualmente informado/a, que tudo aquilo que revelarei em entrevista será para uso meramente académico e que a minha identificação não será revelada, assim como, por a minha participação ser voluntária, posso interrompê-la a qualquer momento, caso me sinta desconfortável.

Deste modo, e dada a minha importância para a concretização deste trabalho, aceito de livre e espontânea vontade participar.

(Assinatura)

5. CONSENTIMENTO INFORMADO INSTITUIÇÃO




FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Liliana Manuela Teixeira Pereira, Gerontóloga Social e estudante do Mestrado de Psiquiatria Social e Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, encontro-me a realizar o meu trabalho final para a obtenção do grau de Mestre. O estudo intitula-se de **"Institucionalização e Identidade: C da pessoa idosa institucionalizada"**. Neste sentido, venho pelo presente meio, solicitar a V. Ex.ª a permissão para a recolha de dados ser realizada na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas , tendo em conta as considerações éticas e deontológicas de confidencialidade e de exclusividade para o trabalho académico.

Grata pela sua disponibilidade e atenção.

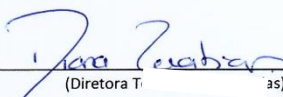
Com os melhores cumprimentos,



(Liliana Manuela Teixeira Pereira)



(Presidente A)



(Diretora T)

DB IPSS
A Direcção

, março de 2017

ANEXOS

1. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	86
2. MINI MENTAL STATE EXAMINATION	87
3. ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO DE YESAVAGE	89

1. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA - FMUC



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref.º **113-CE-2016**

Data **21/9/2016**

C/conhecimento ao aluno

Exmo Senhor

Prof. Doutor Armando Carvalho

Coordenador do Gabinete de Estudos
Avançados da FMUC

Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural (ref.º CE-108/2016)

Candidato(a): Liliana Manuela Teixeira Pereira

Título do Projecto: "Institucionalização e Identidade:

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projecto".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoretica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

2. MINIMENTAL STATE EXAMINATION

Idade: ____

Data: ____/____/____

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos?...../.....

Em que mês estamos?...../.....

Em que dia do mês estamos?...../.....

Em que dia da semana estamos?..../.....

Em que estação do ano estamos?.../.....

Em que país estamos?...../.....

Em que distrito vive?...../.....

Em que terra vive?...../.....

Em que casa estamos?/.....

Em que andar estamos?/.....

Nota: _____

2. **Retenção** (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)

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

Pera

Gato

Bola

Nota: _____

3. **Atenção e cálculo** (um ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar”

30__27__24__21__18__15__

Nota: _____

4. **Evocação** (um ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pera

Gato

Bola

Nota: _____

5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto” Mostrar os objetos:

Relógio

Lápis

Nota: _____

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

Nota: _____

c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: _____

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

Fechou os olhos

Nota: _____

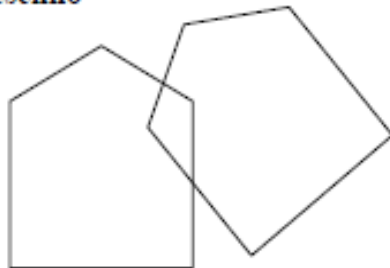
e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: _____

6. Habilidade construtiva (um ponto pela copia correta)

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

Desenho



Cópia

Total: _____

3. ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO DE YESAVAGE – Versão curta

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0