



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

A Percepção da Morte pelo Idoso em Contexto Institucional de Lar Residencial

Mestrado em Gerontologia Social

Ana Margarida Rodrigues Gomes

Orientador
Professor Doutor Ernesto Candeias Martins

Novembro 2013



A Percepção da Morte pelo Idoso em Contexto Institucional de Lar Residencial

Candidato

Ana Margarida Rodrigues Gomes

Orientador

Professor Doutor Ernesto Candeias Martins

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Ernesto Candeias Martins, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Novembro 2013

Dedicatória

Ao meu filho pelo companheirismo, afecto e por, nas horas difíceis e em dias de angústia, saber apoiar e compreender-me com todo o seu amor.

À minha família, aos meus pais e irmãos, à minha querida avó Elisa dedico esta Dissertação.

Agradecimentos

Quero começar por agradecer ao meu orientador Professor Doutor Ernesto Candeias Martins, pela sua constante disponibilidade, pelos seus sábios conselhos e indicações de ordem técnica e pela colaboração na realização deste trabalho.

À Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Castelo Branco e ao Director Técnico do Lar São Roque, Sr. Vitor Santos, pela generosidade, disponibilidade e cordialidade com que receberam esta iniciativa.

Aos Responsáveis, Técnicos e funcionários dos lares que acederam em colaborar neste projecto e pela amabilidade e disponibilidade ao promoverem o primeiro contacto com os idosos.

Aos idosos das instituições pela generosidade, amabilidade e entusiasmo com que participaram neste projecto, sem os quais não teria sido possível realizar este trabalho.

A todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos os que trabalham pela dignidade da morte do idoso institucionalizado.

Ao meu filho pelo constante incentivo e apoio que sempre me deu, pela compreensão e ajuda nos momentos de ausência.

Em especial à minha querida avó Elisa, que tanto me inspirou e que ainda me inspira mesmo não estando no meio de nós, mas sempre presente em nossos corações.

A todos o meu Bem-Haja.

Resumo

Num contexto institucional a morte está presente quase que diariamente, o que torna difícil a ocultação e a manutenção da vida a ser vivida. Esta proximidade levanta questões quanto à vida que resta e à percepção que se tem desta. Porém ambos os aspectos ‘finalidade da vida’ e ‘percepção da morte’, neste ambiente são particularmente delicados. Estes aspectos levaram-nos ao cerne do estudo: ‘Qual a percepção que têm os idosos institucionalizados (n=35), em dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco, quanto à ‘morte’ e à ‘morte do outro’ e, simultaneamente, as implicações dessa percepção na sua vida quotidiana institucionalizada?’.

Este estudo teve como objectivo analisar a percepção entre a morte e a morte do *outro* num ambiente institucional. Neste âmbito, optámos por um estudo de caso (descritivo, exploratório), de metodologia qualitativa, numa amostra de idosos institucionalizados (n1=35) e de técnicos/responsáveis desses lares residenciais (n2=4). Foi recolhida uma amostra de 35 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (57,1%), viúvos (80%), idades entre 81 e 90 anos (68,6%), religião católica (97,1%), baixas habilitações literárias (88,5%) e tempo médio de institucionalização de 3,7 anos.

Os resultados revelaram que a ‘morte’ para estes idosos é vista como o abandono de quem ama e como o desconhecido, além de ser um momento de sofrimento, agonia e isolamento. As mulheres apresentam maior demonstração de sofrimento e os homens indiferença e afastamento. A idade avançada evidencia que acreditam que exista vida para além da morte, embora a religião não apresente grande representatividade na minimização do sofrimento. Constatámos que a percepção da ‘morte’ é vista como um último teste à vida, de tal forma que a ‘morte do *outro*’ influi na sua percepção de morte e finitude, o que desencadeia sentimentos negativos, estados de ansiedade e sinais depressivos.

Os resultados obtidos não nos permitem generalizar, mas permitiram verificar em que medida as perspectivas da ‘morte’ e da ‘morte do *outro*’ estão relacionadas com o sentido de vida do idoso, o ambiente institucional e as suas percepções. Sabemos que existem muitas mais realidades vivenciais, mas a evidência do medo, da dor, do sofrimento e isolamento, que estão presentes nestes idosos após a perda do *outro*, prioriza o cuidado, que deve ser um processo contínuo, porque espelhamo-nos na morte do *outro*.

Palavras-chave: Idoso institucionalizado, lar residencial, morte, morte do Outro, depressão

Abstract

An institutional context death is present almost daily, which makes it difficult to blind and maintenance of life to be lived. This proximity raises questions about life remaining and the perception people have of this. But both aspects 'purpose of life' and 'perception of death', in this environment are particularly delicate.

These aspects led us to the core of the study: 'What have the perception that the elderly subjects (n=35) in two residential homes in the town of Castelo Branco, regarding the 'death' and 'death of the *other*' and simultaneously the implications of this insight in its institutionalized everyday life?'

This study aimed to analyze the perception between death and the death of the other in an institutional environment. In this context, we have chosen a case study (descriptive, exploratory) qualitative methodology in a sample of elderly subjects (n1=35) and technicians/operators of such residential homes (n2=4). A sample of 35 subjects was collected, mostly female (57.1%), widowed (80%), aged between 81 and 90 years (68.6 %), Catholic (97.1%), low qualifications (88.5%) and mean time of 3.7 years of institutionalization.

The results revealed that the 'death' for these seniors is viewed as abandonment of those who love him and the unknown, as well as being a time of suffering, agony and isolation. Women have a higher token of grief and men indifference and remoteness. Old age shows that believe there is life beyond death, though religion does not present great representativeness in minimizing suffering. We found that the perception of "death" is seen as a last test of life, so that the 'death of the *other*' influences their perception of death and finitude, which triggers negative feelings, anxiety states and depressive signs.

The results do not allow us to generalize, but allowed to verify to what extent the prospects of 'death' and 'death of the *other*' are related to the sense of life of the elderly, the institutional environment and their perceptions. We know there are many more experiential realities, but the evidence of fear, pain, suffering and isolation, which are present in these elderly after the loss of the *other*, prioritizes care, which should be an ongoing process because we are inspired by the death *another*.

Keywords: Elderly institutionalized, residential home, death, death of *Another*, depression

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- ADI** – Apoio Domiciliário Integrado
AFI – Acolhimento Familiar de Idosos
APA – American Psychiatry Association
ATEI – Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos
CC – Centro de Convívio
CD – Centro de Dia
CN – Centro de Noite
CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
EASY – Elderly Assessment System
EEVI – Escala de Estilos de Vida para Idosos
ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social
EQ-5D – EuroQol-5 Dimensions
DGS – Direcção Geral da Saúde
GDS – Geriatric Depression Scale
ILP – Instituições de Longa Permanência
IQV – Índice Qualidade de Vida de Ferrans e Powers
INE – Instituto Nacional de Estatística
IP – Instituto de Segurança Social
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
MOS-SF-36 – Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
NEO-FFI 20 – Inventário de Personalidade
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
p. – página
pp. – páginas
PARES – Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais
PSN – Perfil de Saúde de Nottingham
QWBS – Quality of Well-Being Scale
RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
SCMCB – Santa Casa de Misericórdia de Castelo Branco
s.d. – sem data
SF-36 – Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
WHO – World Health Organization
WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

Índice Geral

Dedicatória	III
Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract	IX
Índice Geral	XIII
Lista de Quadros	XVII
Introdução	1
CAPÍTULO I - Enquadramento Teórico - Conceptual.....	7
1. O envelhecimento e a velhice	7
1.1. Teorias sobre o envelhecimento	9
1.2. As consequências do envelhecimento	11
1.3. Concepções sobre o envelhecimento e a velhice	14
1.4. Qualidade de vida e envelhecimento activo	15
2. As políticas sociais relativas às pessoas idosas.....	18
3. A institucionalização dos idosos	22
3.1. As implicações da institucionalização de longa permanência	22
3.2. A relação idoso-família e institucionalização de longa permanência	24
4. A morte e os seus aspectos antropológicos.....	26
4.1. Abordagens e concepções sobre a morte	28
4.2. A morte no desenvolvimento humano	30
4.3. O processo de morrer	32
4.4. A morte do <i>outro</i>	34
5. Factores que influenciam a percepção da morte a nível institucional	37
5.1. Aspectos relacionados com a própria pessoa.....	38
5.2. Institucionalização e relação com a família.....	38
5.3. Experiências vividas e os vínculos estabelecidos	40
5.4. Intervenção dos profissionais.....	41
CAPÍTULO II - A Metodologia Empírica	45
1. Os objectivos e as questões de investigação.....	45
2. O contexto institucional e os sujeitos de estudo.....	48
2.1. Caracterização das instituições	49

2.2.	Caracterização dos sujeitos.....	51
3.	Instrumentos de recolha de dados.....	52
3.1.	Documentos institucionais/observação documental.....	53
3.2.	Entrevistas semiestruturadas.....	53
3.3.	As escalas por questionário.....	55
3.3.1.	Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte - ' <i>Death Perspective Scales</i> ' ⁵⁵	
3.3.2.	Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30) de Yesavage.....	56
3.4.	Observação: directa e participativa.....	57
3.5.	Notas de campo.....	58
4.	Análise de conteúdo.....	58
5.	Técnica de triangulação de dados.....	59
6.	Procedimentos formais e éticos.....	60
CAPÍTULO III – Análise e Interpretação dos Dados.....		61
1.	Análise dos dados: caracterização dos sujeitos.....	61
1.1.	Variáveis de identificação dos idosos.....	61
1.2.	Variáveis de identificação dos técnicos /responsáveis.....	69
2.	Análise ao conteúdo das entrevistas.....	70
2.1.	Entrevistas aos Idosos.....	70
2.2.	Entrevistas aos técnicos/responsáveis.....	85
2.3.	Análise à associação livre de palavras.....	90
2.3.1.	<i>'Quando vivencio a perda de algum companheiro de instituição eu me sinto ...'</i> 90	
2.3.2.	<i>'A morte para mim é ...'</i>	94
2.4.	Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30).....	98
2.5.	Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte.....	102
3.	Discussão dos resultados e verificação das questões de investigação.....	106
CONCLUSÃO.....		115
WEBGRAFIA.....		131
ANEXOS.....		135
ANEXO 1.....		137
	Quadro nº 51 - Número de Repostas Sociais, adaptado da Carta Social (2012).....	139
ANEXO 2.....		143
	Guião nº 1 – Entrevistas dos idosos.....	145

Guião nº 2 – Entrevistas dos técnicos/responsáveis dos Lares	147
ANEXO 3.....	149
Escala Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte	151
ANEXO 4.....	155
Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30)	157
ANEXO 5.....	159
Notas de Campo das Entrevistas	161
Notas de Campo na Recolha de Dados da Escala da Morte.....	175
ANEXO 6.....	181
Carta à SCMCB de solicitação de aprovação para recolha de dados.....	183
Carta ao Lar de São Roque de solicitação de aprovação para recolha de dados.....	185
Carta da SCMCB de anuência do local para a recolha de dados.....	187
Carta do Lar de São Roque de anuência do local para a recolha de dados	189
ANEXO 7.....	191
Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para os idosos	193
Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para os técnicos/responsáveis dos Lares	195

Lista de Quadros

Quadro nº 1 - Distribuição dos participantes em função do género	62
Quadro nº 2 - Distribuição dos participantes em função da idade.....	62
Quadro nº 3 - Medidas de tendência central e de dispersão para a idade	62
Quadro nº 4 - Distribuição dos participantes em função da religião	62
Quadro nº 5 - Distribuição dos participantes em função do estado civil.....	63
Quadro nº 6 - Distribuição dos participantes em função das habilitações literárias	63
Quadro nº 7 -Distribuição dos participantes em função da naturalidade.....	64
Quadro nº 8 - Distribuição dos participantes em função da profissão e género.....	65
Quadro nº 9 - Distribuição dos participantes em função da profissão e habilitações literárias	66
Quadro nº 10 - Distribuição dos participantes em função do tempo de institucionalização ..	66
Quadro nº 11 - Medidas de tendência central e de dispersão para o tempo de institucionalização	67
Quadro nº 12 - Distribuição dos participantes em função do motivo da institucionalização.	67
Quadro nº 13 - Distribuição dos participantes em função da classificação da sua estadia na instituição	68
Quadro nº 14 - Distribuição dos participantes em função da classificação da sua relação com os outros idosos.....	68
Quadro nº 15 - Distribuição dos técnicos/responsáveis dos lares de acordo com as variáveis sociodemográficas.....	69
Quadro nº 16 - Categorias e Subcategorias evidenciadas nas entrevistas aos idosos.....	71
Quadro nº 17 - Categoria I - “Luto ao longo da vida”	73
Quadro nº 18 - Categoria II - “Emoções face às perdas na instituição”	75
Quadro nº 19 - Categoria III - “Concepção da morte”	77
Quadro nº 20 - Categoria IV - “Concepção da morte do <i>outro</i> ”	79
Quadro nº 21 - Categoria V - “Mecanismos de minimização da perda”	81
Quadro nº 22 - Categoria VI - “Concepção do apoio após a perda”	83
Quadro nº 23 - Categoria VII - “Necessidade de apoio após a perda”	84
Quadro nº 24 - Distribuição das palavras atribuídas pelos idosos institucionalizados na resposta - ‘Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...’	90
Quadro nº 25 - Lista de termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - ‘Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...’	91

Quadro nº 26 - Distribuição dos participantes por género, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'	91
Quadro nº 27 - Distribuição dos participantes por idade, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'	92
Quadro nº 28 - Distribuição dos participantes por religião, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'	92
Quadro nº 29 - Distribuição dos participantes por estado civil, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'	93
Quadro nº 30 - Correlação entre variáveis sociodemográficas em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'	93
Quadro nº 31 - Lista de termos (negativos, neutros, positivos) atribuído pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'	94
Quadro nº 32 - <i>Distribuição das palavras</i> atribuídas pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'	95
Quadro nº 33 - Distribuição dos participantes por género, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'	95
Quadro nº 34 - Distribuição dos participantes por idade, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'	96
Quadro nº 35 - Distribuição dos participantes por religião, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'	97
Quadro nº 36 - Distribuição dos participantes por estado civil, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'	97
Quadro nº 37 - Correlação entre variáveis sociodemográficas em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'	98
Quadro nº 38 - Valores de validade dos itens da GDS-30	99
Quadro nº 39 - Valores do Coeficiente alfa de Cronbach (α) dos itens da GDS-30	99
Quadro nº 40 - Distribuição dos participantes em função do nível de depressão medida através da GDS-30	99
Quadro nº 41 - Distribuição dos participantes por género e em função do nível de depressão medida através da GDS-30	100

Quadro nº 42 - Medidas de tendência central e de dispersão em função do nível de depressão medida através da GDS-30 relacionada com o género, idade, religião e estado civil	100
Quadro nº 43 - Distribuição dos participantes por idade e em função do nível de depressão medida através da GDS-30	101
Quadro nº 44 - Distribuição dos participantes por religião e em função do nível de depressão medida através da GDS-30	101
Quadro nº 45 - Distribuição dos participantes por estado civil e em função do nível de depressão medida através da GDS-30	102
Quadro nº 46 - Valores de validade e de medidas de tendência central e dispersão para a idade das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte.....	102
Quadro nº 47 - Alpha de Cronbach das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte	103
Quadro nº 48 - Alpha de Cronbach dos itens estandardizados das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte	103
Quadro nº 49 - Correlações entre as oito subescalas das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e variáveis sociodemográficas.....	104
Quadro nº 50 - Correlações entre as oito subescalas das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e a GDS-30	105
Quadro nº 51 - Número de Repostas Sociais, adaptado da Carta Social 2012	139
Quadro nº 52 - Síntese das técnicas e metodologias utilizadas na recolha de dados	141

Introdução

Este trabalho de Projecto insere-se na área de investigação em Gerontologia Social, no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, na Escola de Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

A evolução nas áreas destinadas ao processo de envelhecimento avançou de modo significativo no início do séc. XX, devido ao surgimento de asilos destinados exclusivamente a pessoas idosas. Estas, antes cuidadas por seus familiares ou internadas em instituições juntamente com loucos e mendigos, passaram a usufruir de uma assistência diferenciada, o que favoreceu à expansão do conhecimento sobre o envelhecimento (Groisman, 1999).

Recorrendo à multidisciplinaridade das questões do processo de envelhecimento, pretendemos abordar neste estudo *“A Percepção da Morte pelo Idoso em Contexto Institucional”*, idosos em Instituições de Longa Permanência urbanas (ILP) /Lar Residencial (LR). Envelhecimento e velhice são termos que merecem reflexão científica por parte das ciências biológicas, psicológicas, sociológicas e, até pedagógicas.

Sabemos que grande parte desses idosos institucionalizados tem a sua percepção sobre a ‘morte’ influenciada por padrões sociais, culturais, religiosos e suas vivências. A percepção é uma representação do ser humano na sua adaptação ao meio ambiente e à influência deste. Trata-se de um conjunto de mecanismos e processos pelos quais o organismo toma conhecimento do mundo e do meio envolvente, com base em informações elaboradas pelos sentidos (Jimenez, 1997).

Torna-se pertinente compreender as questões da perda, isto porque a morte é uma realidade complexa e um problema real, pois como nos diz Oliveira (2011, p. 24), “(...)qualquer tentativa de bloquear ou negar os sentimentos, tal como a incompreensão dos mesmos, acaba por reflectir-se na saúde física e mental, gerando vários problemas (...)”.

Tudo isto leva-nos a questionar que tipo de ‘cuidado’, acompanhamento, de conforto e afectividade estão a fornecer ao idoso institucionalizado. A institucionalização não é meramente uma ferramenta social de apoio, mas uma condição existencial que promove um conjunto de alterações individualizadas, reorganizações e perdas internas e externas. Procura-se, como escreve Mitterrand (2005, p. 7) “‘Tornar presente’ o que escapa insistentemente à consciência: o além das coisas e do tempo, o âmago das angústias e das esperanças, o sofrimento do outro, o diálogo eterno entre a vida e a morte”.

■ O estudo inserido na gerontologia... ciência da velhice

A palavra Gerontologia é etimologicamente composta por *gero* (velho) e *logia* (estudo ou conhecimento) (Papaléo-Netto, 2006), uma ciência social que “(...) estuda as várias vertentes do envelhecimento e se propõe a actuar perante a pessoa idosa de uma forma integral” (Vara, 2012, p. 65). Promove a luta por um envelhecimento bem-sucedido, cujo projecto mais ambicioso é disciplinar a vida humana em toda a sua extensão. A prevenção parece ser a saída para escapar ao binómio saúde/doença, em que todos os sujeitos são passíveis de intervenção, independentemente de seu estado de saúde ou de inserção (Groisman, 2002).

A gerontologia está ligada aos fenómenos demográficos do envelhecimento, preocupando-se com a crescente exigência da satisfação com a vida e a qualidade dos cuidados prestados ao idoso. Associada às limitações e incapacidades crescente de respostas adequadas no apoio ao idoso (serviços, apoios, ajudas, ...), esta questão ganha relevância social pelo facto de procurar colmatar a necessidade de formar e qualificar os recursos especializados (Pereira & Pimentel, 2012). De acordo com Papaléo-Netto (2006), é um campo científico multi e interdisciplinar, que tem como finalidade o estudo das pessoas idosas, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e os seus determinantes biopsicossociais. Daí as várias divisões da Gerontologia: gerontologia social, que aborda aspectos não-orgânicos do envelhecimento, como as questões antropológicas, psicológicas, legais, políticas, sociais, económicas, ambientais e éticas; psicogerontologia; gerontologia educacional e/ou educativa; gerontologia biomédica, que visa as questões do envelhecimento sob o ponto de vista molecular e celular; etc. Mantém uma relação com a geriatria, que está voltada para as questões médicas do envelhecimento, a assistência à saúde a nível curativo e preventivo.

■ **Localização da investigação...envelhecer institucionalizado e a morte**

*- **Envelhecemos pensando no final... ciclo de vida**

Quanto ao envelhecimento, sabe-se que no mundo, como também em Portugal, estamos a vivenciar o envelhecimento da população, face à melhoria da qualidade de vida e também aos avanços de determinadas ciências biológicas e médicas. Observa-se o crescente número de pessoas com 65 ou mais anos de idade, impulsionado pela queda das taxas de fertilidade e aumentos notáveis na expectativa de vida. De facto, o envelhecimento populacional está a desenvolver-se paralelamente às alterações sociais que afectam a vida dos idosos, como a globalização das economias; a maior propensão a viver-se em cidades; a evolução tecnológica rápida; as alterações demográficas e nas famílias, o que significa que haverá menos familiares a cuidarem dos seus idosos; a propensão a ter-se menos filhos, a não ser casado e a não propensão a viver com a geração mais velha, etc. (World Health Organisation [WHO], 2011).

O envelhecimento e as alterações sociais descritas levantam questões quanto à necessidade de ajuste das sociedades a fim de melhorar os meios de apoio às pessoas idosas, garantindo o seu bem-estar. Sendo essencial encontrar estratégias a fim de promovermos um envelhecimento autónomo e saudável, favorecendo a qualidade de vida dos idosos mediante as alterações sociais. Além de promovermos o apoio necessário quando a família já não tem capacidade de assegurar a sua segurança e assistência, quando o seu idoso necessita de cuidados frequentes.

Quanto ao processo de envelhecimento, este é visto de diversas formas dependendo das diferentes culturas e constata-se na diversidade de formas de envelhecer, que o envelhecimento e a velhice deixaram de ser encarados como naturais, mas como fenómenos profundamente influenciados pela cultura. Nesse contexto, torna-se necessário conhecer e compreender a percepção do idoso quanto ao seu próprio processo de envelhecimento e que significados atribuem a este período de sua vida ou como integram as suas experiências (Lima & Murai, 2005). Este interesse pela percepção do idoso tende a quantificar de maneira íntegra e real as mudanças percebidas no ambiente social e no próprio corpo (físico e mental) (Guerra & Caldas, 2010).

Nada mais que o próprio idoso que vivencia o fenómeno para fornecer subsídios para a compreensão do que é ser idoso, o que é envelhecer, respeitando assim a sua individualidade, a sua autonomia e a sua singularidade como ser. Também poderá fornecer subsídios para a compreensão do processo em si, redimensionando intervenções nas práticas de saúde, na implementação de acções sociais mais efectivas, compreendendo assim as maneiras mais eficazes de lidar com o envelhecimento, a velhice e com as principais fontes de angústia que o ser humano idoso experiencia (Lima & Murai, 2005).

***-A institucionalização dos idosos... processo complexo**

Quando o idoso não encontra respostas às suas necessidades no seu meio social, a institucionalização torna-se uma opção para a manutenção da sua qualidade de vida. Actualmente observam-se em Portugal equipamentos de caris social que perante esta realidade, nomeadamente as ILPs, buscam colmatar as necessidades dessa população e colocam-se no papel de cuidar daqueles que envelhecem. Entretanto a institucionalização também levanta questões. Esta será a melhor alternativa para a manutenção da qualidade de vida dos idosos? O papel da família e do Estado, ao promover o bem-estar do idoso, são adequados? Quais as repercussões da institucionalização no idoso? A sua história de vida é tida em conta? Que tipos de acompanhamento as instituições oferecem para a manutenção da sua qualidade de vida? Quanto às questões Ramos (2008), refere que as instituições e o processo de institucionalização vêm passando por uma redefinição, o que pressupõe que possa favorecer à manutenção de relações interpessoais saudáveis e à resinificação das suas trajetórias, na busca da dignidade no envelhecimento.

A institucionalização representa uma grande mudança na vida do idoso, desencadeando ou acentuando a vivência de várias perdas como a sua vida social, a sua independência, a sua individualidade, a sua privacidade, entre outras. Podendo representar a sua exclusão social, na medida em que o afasta do seu ciclo social, das suas relações sociais. Este é um espaço partilhado com pessoas desconhecidas, com quem poderá ou não desenvolver laços sociais ou afectivos, que levam a que o idoso confronte "(...) a realidade da sua finitude, é agora, no espaço e no tempo institucional, que se voltará para os fantasmas de morte, sentidos como cada vez mais próximos"(Cardão, 2009, p. 13;Ramos, 2008).

***- A questão da morte – humana...percepção presente no idoso**

No que se refere à morte, é um tabu social, um tema muitas vezes negado, devido às actuais características sociais da sua não-aceitação, da mistificação da juventude eterna, não havendo espaço para o morrer. Mas o facto é que se morre e a morte aflige qualquer ser humano, não só o idoso e para Abiven (1997), é um acontecimento que atinge não apenas quem morre, mas toda estrutura familiar e social de quem morre, o que se reporta a nós.

Quais as questões que se colocam com a proximidade da morte, neste período do ciclo da vida? A velhice. Decerto interrogações fundamentais, focadas no sentido da vida, da morte, da doença, do sofrimento, da vida que resta para ser vivida antes da morte, nos valores enquanto pessoa. São estas questões, estas angústias, exprimidas ou não pelos indivíduos, que se vão inscrevendo no quadro de evolução da vida quotidiana de um Lar Residencial, um processo cuja jornada promoverá a aceitação ou não da finitude no idoso.

Esse tempo em que a falta de preparação por parte do próprio idoso e dos profissionais gerontólogos que o acompanham, peca em proporcionar-lhe o autêntico cuidar, visto que para Puigdemgolas (2003), o idoso apresenta necessidades de índole transcendente, questões

que pretende abordar e que com o aproximar da morte, as doenças, a dependência, o sofrimento, a solidão, dentre outras, remetem-no a questões para além das necessidades meramente biológicas.

■ **Motivações pessoais e profissionais para o estudo**

A motivação para a realização deste estudo foi suscitada, em primeiro lugar pelas experiências pessoais, por ter familiares institucionalizados, em segundo lugar pelas experiências profissionais como enfermeira, que conduziram a esta inquietação. Isto porque actualmente a atitude habitual perante a morte é a negação, pelo seu carácter incómodo e mítico, entretanto a nível institucional, torna-se praticamente ou simplesmente impossível ‘esconder’ este facto. A morte está presente a cada instante na vida quotidiana na instituição.

Foi a percepção adquirida ao longo de vários anos a trabalhar numa ILP e contacto diário com os seus idosos, no seu meio, denominado de ‘seu lar’. O Lar deve ser uma ‘casa’, esta é a perspectiva em Portugal do acolhimento a idosos expressa no Manual de Boas Práticas da Segurança Social, ao referir que “(...) quem vive em acolhimento residencial deve sentir-se em sua casa” (Instituto de Segurança Social [ISS], 2005, p. 12). Este lar é o seu último refúgio, havendo quem o sinta assim e quem não o sinta.

Quando ocorre o falecimento de algum cônjuge/amigo/companheiro/vizinho observa-se um diálogo inicial após a notícia espalhar-se, de como o viam e como era o seu comportamento e da falta que fará à sua família e a todos ali. Mas pouco de seus sentimentos pessoais e individuais se falava. Via-se aquela pessoa ir. Apercebíamos da presença de um ligeiro sentimento de alívio. Tal como Tolstoi (2009, p. 9) descreve em a ‘Morte de Ivan Ilitch’, a “(...) morte de um conhecido próximo provocava, como sempre, um sentimento de alegria: quem morreu foi ele, e não eu”, embora tristes, mas ainda não foi a sua vez.

Muitas questões nos foram colocadas, ao longo do tempo: Como se lida com isso? Que sentimentos se afloram quando se deparam com a condição humana de que não somos eternos? O idoso aliado às perdas inerentes da vida, com a morte de um cônjuge ou filho, de amigos que o poderiam confortar, à institucionalização que o bane do seu meio social, factores aliados às perdas de companheiros de instituição poderão levá-lo a uma sobrecarga do luto, com repercussões na sua saúde e na qualidade da vida que ainda lhe resta.

■ **A temática...problema e objectivos do estudo**

Apesar do tema escolhido, poder eventualmente mostrar-se pouco atractivo e de relativo interesse, a sua pertinência prende-se com o estudo de Djire, Levin, Schinke e Porter (2012), cujo objectivo foi o de compreender as qualidades experienciais do idoso residente que tem de conviver com a morte num Lar Residencial. Descrevem que ao se viver em estreita proximidade com o *outro*, num lar, desenvolvem-se laços significativos com a partilha de actividades diárias e as mortes subsequentes desses pares podem resultar numa perda profunda, semelhante à perda de um membro da família. Tal dor pode levar a um sentimento de solidão, rejeição e insignificância, em que os indivíduos sentem que as suas próprias vidas e, previsivelmente, as mortes são insignificantes. Consequentemente, estes sentimentos e o apoio inadequado podem contribuir para o aumento de doenças e das taxas de mortalidade.

Analogamente, o estudo de Silva, Carvalho e Menezes (2007), através da história oral de 15 idosos residentes num Lar Residencial, objectivaram revelar e compreender a sua vida após a morte do amigo de asilo. Verificaram profundas alterações impostas pelo processo de luto não complicado, caracterizadas por sentimentos, sensações físicas, cognitivas e

comportamentais. Aferiu-se a necessidade de atenção e acompanhamento pelos seus cuidadores, a fim de superar a perda e continuar a sua vida institucional.

Verifica-se um hiato no cuidado ao idoso institucionalizado, não há pertinência nas suas questões internas, existenciais? Este estudo pretende, assim, fornecer mais subsídios para o melhor acompanhamento e compreensão de um dos aspectos vivenciais do idoso institucionalizado e suas necessidades num ambiente que lhe é desde o início hostil em termos de adaptação, isto porque, “Não há nada como a morte de alguém mais próximo para nos deixar extremamente conscientes de nossa própria mortalidade” (Kóvacs, 2010, p. 19).

Neste estudo considera-se o *outro*, ‘este alguém’ mais próximo ao idoso na instituição, a pessoa que coabita com o idoso, sendo familiar ou não, que fazia ou que passou a fazer parte da sua vida em seu contexto institucional. Este *outro* que se encontra no seu meio social e partilha da sua experiência vivencial na instituição.

Conscientes destas lacunas, decidimos inicialmente através deste estudo, fornecer alguns subsídios acerca dessa realidade vivenciada pelos idosos em lares residenciais urbanos na cidade de Castelo Branco, abordando o idoso capaz de se expressar verbalmente e cognitivamente apto de submeter-se à entrevista, tanto independentes, como dependentes. Um trabalho inicial, com base num problema identificado, que suscitará outros estudos para um maior aprofundamento das questões vivenciais da morte em contexto de Lar Residencial.

Por conseguinte, o problema num estudo norteia os quadros teórico-conceitual que desenvolveremos (Santos M. , 1998). Após a identificação do problema estabelecemos os objectivos do estudo indicando assim o que pretendemos, estes enunciam “(...) de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter as respostas às suas questões de investigação”. Assim, o problema decorre de um aprofundamento do tema e é individualizado e específico (Deslandes, 1999). Pelo que o enfoque central deste problema nos leva a formulá-lo da seguinte forma:

Qual a percepção que têm os idosos (n=35), em contexto institucional de dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco, quanto à ‘morte’ e à ‘morte do outro’ e, simultaneamente, as implicações dela na sua vida quotidiana institucionalizada?

Os objectivos que pretendemos atingir com este estudo são:

- Compreender se as perdas (falecimentos) mais significativas para o idoso antes da sua institucionalização influenciam a sua aceitação da perda do *outro* durante a institucionalização actual nos lares residenciais;
- Analisar as percepções – expressas através de ideias, pensamentos, emoções, sentimentos – no que concerne ao significado da ‘morte’ e da ‘morte do *outro*’ para o idoso institucionalizado em lares residenciais na cidade de Castelo Branco;
- Relacionar os aspectos inerentes à percepção dos idosos dos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco, quanto à morte medida através das Escalas Breves sobre as Diversas Perspectivas da Morte com a Escala Geriátrica de Depressão;
- Determinar qual o apoio institucional fornecido aos idosos dos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco após a perda do *outro* e implicações na sua vida quotidiana;
- Identificar se os idosos institucionalizados nos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco sentem necessidade de receber apoio após a perda do *outro*.

■ Metodologia da estrutura...do estudo.

Este trabalho está metodologicamente estruturado em três capítulos distribuídos por partes, para uma melhor compreensão do estudo.

O Capítulo I – Enquadramento Teórico, apresentam-se os aspectos do envelhecimento e da velhice, as políticas sociais relativas aos idosos, a institucionalização do idoso e as suas implicações. Abordamos o tema da morte e os seus vários aspectos gerais, descrevendo a morte do *outro*. Na última parte descreve-se alguns dos factores que influem na percepção da morte por parte do idoso institucionalizado.

O Capítulo II – Metodologia Empírica, descreve-se a parte metodológica do estudo, onde descrevemos a sua tipologia, as questões que nortearam o estudo, a caracterização das instituições e os sujeitos, bem como a descrição dos instrumentos de recolha de dados e os procedimentos éticos e legais.

O Capítulo III – Análise e Interpretação dos Dados, nesta parte são apresentados os resultados aferidos no estudo, no intuito de reflectir acerca da percepção dos idosos face à morte do *outro* em lar residencial e apresentar os resultados finais e as respostas às questões norteadoras do estudo.

Ao final do estudo apresentamos a Conclusão, nesta parte além de serem descritas as limitações inerentes ao estudo e suas implicações futuras, tiram-se as conclusões finais, são discutidos os resultados, bem como as conclusões obtidas e delineadas algumas sugestões promotoras de um melhor acompanhamento ao idoso institucionalizado.

Assim esta investigação nos remete ao aprofundamento do tema, pois conhecer melhor o fenómeno em questão proporcionará respostas que servirão de base para um melhor acompanhamento ao idoso institucionalizado e perceber que tipos de acções são possíveis nesse contexto. Além do facto de que devemos desmistificar este processo, este tabu, isto porque as “(...) pessoas que acreditam que morrer é somente mórbido, deplorável, triste ou trágico vêem apenas as imagens públicas” (Keleman, 1997, p. 30). O que levará ao crescimento pessoal e profissional, além de contribuir para minorar o sofrimento de quem não aceita a morte como uma etapa da vida e oferecer um melhor acompanhamento a quem já se encontra preparado.

A preparação para a aceitação desta realidade, advém das nossas experiências passadas, é o que se preconiza, embora não nos traga alento num momento de angústia, em que estamos a ver a nossa própria morte. Percebo, que nos facilita o lidar com a morte do *outro*, minimiza a perda, ao não voltarmos a ver a outra pessoa, as lembranças dos bons momentos, a continuidade do seu pensamento. Adquire-se uma maior consciência de que “O próprio viver é morrer, porque não temos um dia a mais na nossa vida que não tenhamos, nisso, um dia a menos nela” (Pessoa, 2009, p. 66).

CAPÍTULO I - Enquadramento Teórico - Conceptual

A situação dos idosos no seu processo de envelhecimento e o seu período de velhice obrigou-nos a encontrar teoria fundamentada que nos ajude a diagnosticar e analisar a percepção desses idosos institucionalizados sobre a 'MORTE'. A literatura evidencia a pertinência do acompanhamento ao idoso institucionalizado após a perda do *outro*, tendo em conta a idade, a sua condição de institucionalizado que o torna vulnerável e, por vezes, incapaz de se expressar quanto às suas necessidades reais.

Neste capítulo será feita uma reflexão sobre os conceitos, pesquisas, teorias e ideias relevantes para o enquadramento e fundamentação do estudo. Abordaremos os conceitos e as teorias relacionados com o envelhecimento e a velhice (consequências e concepções), a institucionalização (as políticas sociais, os serviços, as valências, equipamentos de institucionalização para os idosos), a morte (abordagens e concepções, a morte no desenvolvimento humano, o processo de morrer, a morte do *outro*) e, por fim, os factores que influenciam a percepção da morte dos idosos institucionalizados (relacionados com a própria pessoa, a institucionalização, a família, as experiências vividas, os vínculos estabelecidos e a intervenção dos profissionais).

Destacamos, nomeadamente o facto de a institucionalização ser uma necessidade para muitos idosos, mas, em simultâneo, um factor desencadeante de novos (re) ajustes internos, novas interações e a criação de laços com o *outro*, isto é, a pessoa que coabita com o idoso, sendo familiar ou não. Estas interações, de acordo com as afinidades desenvolvidas, propiciam o desenvolvimento de reacções e desajustes após a perda do *outro*.

1. O envelhecimento e a velhice

O envelhecimento é um fenómeno, um processo que faz parte do ciclo vital, que ocorre ao longo da vida do indivíduo e está dependente de factores intrínsecos e extrínsecos, pelo que nem todos envelhecem do mesmo modo e à mesma velocidade. Alguns estudos sobre o processo envelhecimento foram negligenciados e alguns dos seus mecanismos ainda são desconhecidos, mas deram origem a várias teorias (Netto & Ponte, 2002).

O envelhecimento é compreendido como um processo biológico dependente das alterações produzidas pelo passar da idade. Completando o pensamento Cobo Domingo (2000) considera como uma alteração no mundo simbólico e cultural do indivíduo, que envolvemos modelos sociais, as formas de relação e as expectativas.

Moragas (1997) aponta três concepções sobre a velhice: a velhice cronológica agrupa as pessoas por anos, isto é, pessoas nascidas no mesmo ano têm a mesma idade. É caracterizada pela idade dos 65 anos e quando se dá o afastamento do trabalho (aposentação); a velhice funcional, que corresponde ao uso do termo 'velho', sinónimo de incapaz ou limitado, devido

às reduções da capacidade funcional próprias do processo de envelhecimento; a etapa final, sendo a concepção mais equilibrada e moderna, baseia-se no reconhecimento de que há um processo de envelhecimento produzido nas pessoas, caracterizado por limitações que vão-se agravando nos últimos anos de vida.

A velhice é um processo pessoal, natural, indiscutível e inevitável para qualquer ser humano ao longo da sua vida. França (2006) descreve duas formas básicas promotoras de mudanças nesta fase da vida: a maneira consciente e tranquila, reconhecendo o que há de importante nessa etapa devida para desfrutá-la da melhor maneira, mesmo com limitações, surgem assim imagens mais positivas da velhice e do envelhecimento, ou com grande intensidade, quando está associada à doença e à incapacidade, surgem imagens negativas da velhice e envelhecimento. Ambas as maneiras de encarar dependem da relação que a pessoa estabelece com a sua própria velhice. Além do facto de ser um período de "(...)retraimento em face da doença e da pobreza, uma situação de dependência e passividade que legitima as políticas públicas, baseadas na visão do idoso como um ser doente, isolado, abandonado pela família e alimentado pelo Estado" (Debert, 2004, p. 73).

Na verdade, o envelhecimento pessoal define-se como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social do indivíduo, que tem início antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida (Portugal, 2004). Mesquita e Portella (2004) citado por Frumi e Celich (2006, p. 93) também são da mesma opinião e acrescentam que este vai "modificando sua relação com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história". Pelo que esse desenvolvimento dependerá da sua filosofia de vida, dos seus valores individuais e sociais, para alguns pode ser um período vazio ou um "tempo de liberdade, de desligamento de compromissos profissionais, de fazer aquilo que não se teve tempo de fazer, de aproveitar a vida" (Ferrari, 2002, p. 99).

Neste contexto, do processo de envelhecimento, o apoio social é um factor essencial para que o idoso mantenha a sua autonomia e tenha um envelhecimento satisfatório, com menos efeitos negativos ao longo do processo. Aspecto confirmado por Pinazo (2006) ao descrever que os idosos são detentores de melhor saúde física e mental quando participam de forma mais activa nas suas redes sociais e recebem apoio social informal, sendo a família a principal pilar de apoio, para além de técnicos, cuidadores formais e informais e voluntariado.

No mundo, como em Portugal, estamos a vivenciar o envelhecimento da população, face à melhoria da qualidade de vida, ou seja a satisfação sentida pelos idosos no seu quotidiano. Observamos um crescente número de pessoas pós-aposentadas e/ou idosas, com mais de 65 anos de idade, devido à queda das taxas de fertilidade e aos notáveis aumentos na expectativa de vida. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como a '*Era do Envelhecimento*' (Siqueira, Botelho, & Coelho, 2002). Assim, define-se envelhecimento demográfico pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total.

Este envelhecimento demográfico continuará crescer, segundo as estimativas de 524 milhões em 2010 para quase 1,5 bilhão em 2050, com a maior parte do aumento em países em desenvolvimento, ou seja um aumento de mais do que 250%, em comparação com um aumento de 71% em países desenvolvidos (WHO, 2011). Em Portugal o crescimento populacional tem abrandado, atingindo valores quase nulos ou mesmo negativos nos últimos anos. Entre 2001 e 2011, a população aumentou de 10 394 669 para 10 542 398 indivíduos, mas mantém-se a tendência de envelhecimento demográfico, cujo índice de envelhecimento aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens, no mesmo período. Devido à redução

dos efectivos populacionais jovens, como resultado da baixa da natalidade, em paralelo ao acréscimo do número de pessoas idosas, devido ao aumento da esperança de vida, registando-se um crescimento natural negativo entre 2001 e 2011 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011).

Paralelamente ao envelhecimento demográfico estão a desenvolver-se alterações sociais que afectam a vida dos idosos, como a globalização das economias; maior propensão a viver-se em cidades; rápida evolução tecnológica; alterações demográficas e nas famílias, significando que haverá menos familiares a cuidarem de seus idosos; a propensão a ter-se menos filhos, a não ser casado e a não propensão a viver com a geração mais velha (WHO, 2011).

É óbvio, que o idoso inserido na sociedade necessita de apoios e serviços, determinantes para um envelhecimento bem-sucedido, activo ou exitoso, o que é confirmado por Paúl (2005) que menciona três aspectos relevantes para o envelhecimento bem-sucedido: a integração social ou seja, a frequência de contactos com os outros; o apoio recebido, que corresponde à quantidade de ajuda efectiva fornecida por terceiros e o apoio percebido. O seu estudo evidenciou uma diminuição significativa do tamanho da rede social do idoso; o aumento de um número de pessoas significativas com nível de escolaridade; uma diferença de género, quanto ao número de familiares e pessoas significativas, sendo o feminino o mais representativo e um aumento expressivo do tamanho da rede, mas a nível rural. Todos estes aspectos dificultam o apoio ao idoso, o que repercute na sua qualidade de vida.

1.1. Teorias sobre o envelhecimento

Os estudos científicos sobre o envelhecimento são recentes havendo muitos dados que nos permitem observar o desenvolvimento de várias teorias interdisciplinares explicativas desse processo. A teoria é o termo usado de várias maneiras para descrever as interpretações de ideias ou observações. De facto, a teorização é um processo de desenvolvimento de ideias que permite compreender e explicar as observações empíricas (Bengston, Gans, Putney, & Walker, 2009).

Mesmo dentro de um determinado campo de conhecimento científico, como a gerontologia, as perspectivas sobre a teoria mudam ao longo do tempo, não se sabendo tanto quanto gostaríamos sobre o porquê ou como ocorrem os fenómenos do envelhecimento e suas conseqüências, ou como e por que há tanta variação nesse processo. Provavelmente a tendência mais marcante tem sido o desenvolvimento de teorias interdisciplinares. Apesar das dificuldades e dos desafios de trabalhar com diferentes paradigmas e tecnologias, houve significativos avanços na explicação dos fenómenos do envelhecimento, aproximando as várias perspectivas interdisciplinares (ibidem, 2009).

Um dos primeiros impactos foi o desenvolvimento do modelo de *coorte* do período da idade, que exigiu o desenvolvimento da teoria que distinguiu as mudanças da idade (medida longitudinalmente) e as diferenças de idade (medida transversalmente) (Schaie, 2001).

Descrevem-se de forma breve algumas das teorias sobre o envelhecimento:

■ Teorias Biológicas do Envelhecimento:

- *Teorias Biológicas da Senescência*. Estas teorias sustentam que a senescência é o resultado determinado geneticamente, dentre as mais populares incluem: a) a teoria de radicais livres, sustenta que a acumulação de vários metabólitos pode causar dano extenso ao organismo, b) a restrição calórica, que argumenta que tanto o tempo de vida e o potencial metabólico podem ser modificados, aumentando a sobre vida, c) a mutação somática, decorrente de danos genéticos provocados pela radiação, que variam segundo o agente, d) a teoria hormonal, propõe que a alteração dos níveis de hormônios produzidos pelo córtex adrenal, podem acelerar o envelhecimento, e) a teoria imunológica que atribui o envelhecimento ao declínio do sistema imune. A resposta imune desregulada tem sido associada à doença cardiovascular, à inflamação, à doença de Alzheimer e ao cancro. Outro aspecto a referir é que os mecanismos de protecção e de reparação de células são insuficientes para lidar com o dano cumulativo que ocorre ao longo do tempo, limitando a capacidade replicativa das células, favorecendo o envelhecimento (Bengston, Gans, Putney, & Walker, 2009; Netto & Borgonovi, 2002; Schaie, 2001);

- *Teorias do 'stress'*. Estas afirmam que o sistema neuro endócrino pode influenciar os padrões de envelhecimento, devido à possibilidade de relacionar-se ao aumento do risco de doenças e deficiência. Além de que alguns factores psicossociais, o padrão de comportamento e as diferenças de género possam influenciar os padrões deste sistema (Bengston, Gans, Putney, & Walker, 2009; Netto & Ponte, 2002; Schaie, 2001).

Destaca-se que esta prestação das teorias biológicas do envelhecimento auxilia no consenso acerca do papel que a evolução e a selecção natural têm sobre o desenvolvimento da senescência e da longevidade, além das diversas perspectivas alternativas sobre como esse processo possa ter ocorrido (Bengston, Gans, Putney, & Walker, 2009).

■ **Teorias Psicológicas do Envelhecimento:**

Neste contexto Schaie (2001), refere a teoria da selecção, optimização e compensação defendida por Baltes (1996), que sugere haver ganhos e perdas psicológicas em cada fase da vida, mas que na terceira idade as perdas excedem em muito aos ganhos. Pelo que o desenvolvimento evolutivo continua incompleto para o último estágio da vida, durante o qual o apoio da sociedade não será suficiente para compensar o declínio fisiológico e as perdas da funcionalidade comportamental.

-*Teorias da Cognição*. Estas apresentam distinções que, geralmente são feitas entre as capacidades cognitivas, em que se pensa serem geneticamente destinadas e que tendem a diminuir ao longo da vida adulta ou que se pensa serem capacidades aculturadas, isto é, capacidades que são assimiladas e específicas da cultura, que tendem a ser mantidas em idade avançada. As grandes variações destas teorias incluem as diferenças de estratégias como a assimilação com base na idade, as diferenças quantitativas na eficiência das etapas de processamento de informação, implicando *deficits* em estágios específicos ou a alteração de um ou mais dos processos básicos cognitivos (Schaie, 2001);

-*Teorias da competência no quotidiano*. Essas teorias procuram explicar como um indivíduo pode funcionar de forma eficaz nas tarefas e nas situações colocadas pela experiência quotidiana. Tais teorias incorporam processos subjacentes, como a mecânica (ou primitivas cognitivas) e pragmática do funcionamento cognitivo, bem como os contextos físicos e sociais que limitam a capacidade do indivíduo de funcionar eficazmente. Podemos observar três grandes abordagens: a) vê a competência no quotidiano como uma

manifestação de construtos latentes, que podem ser relacionados com os modelos de cognição básica; b) conceitua a competência no quotidiano envolvendo bases de domínio específico do conhecimento; c) tem como foco o ajuste ou congruência, entre competência cognitiva do indivíduo e as demandas ambientais enfrentadas pelo indivíduo (Schaie, 2001);

-Teorias Sociopsicológicas. Estas teorias enfocam sobretudo o comportamento do indivíduo em função de variáveis microssociais, procurando compreender os fenómenos sociais centrados na pessoa, isto é, na sua estrutura e funcionalidade individual. Podemos observar duas abordagens: a) a teoria da selectividade que tem por objectivo explicar a redução estabelecida nas interações sociais observadas na velhice; b) a teoria da actividade que considera a inactividade um problema socialmente induzido decorrente de normas sociais, associando-se ao envelhecimento bem-sucedido. Por outro lado verificam-se a teoria do desengajamento que sugere que o idoso torna-se menos envolvido na vida ao seu redor, com diminuição das interações e a teoria da modernização, em que o idoso é resistente à inovação e desconfiado quanto às tecnologias modernas. Argumenta-se que a dependência em pessoas de idade resulta de diferentes contingências sociais, que incluem o reforço de dependência e a negligência ou punição em resposta à busca dessa independência (Doll, Gomes, Hollerweger, Pecoits, & Almeida, 2007; Schaie, 2001).

Pode-se observar a teoria biopsicossocial do envelhecimento saudável de Ryff e Singer (2008), que referem ser os factores psicossociais positivos promotores de uma melhoria na regulação biológica. Promovendo assim o desenvolvimento do potencial positivo de cada um, abrangendo essencialmente as relações positivas com os outros, a autonomia, o domínio do ambiente, o crescimento pessoal, o propósito na vida e a auto-aceitação (Bengston, Gans, Putney, & Walker, 2009; Ryff & Singer, 2008).

1.2. As consequências do envelhecimento

Envelhecer para Pessini (2006) não é tornar o ser humano simples vítima da velhice, por não ser uma experiência puramente passiva. Pelo contrário, esta requer auto-posseção e integração como qualquer outro estágio da vida, tal como a adolescência, a juventude e a idade adulta. Pelo que ao se aceitar e perceber que é um “(...) processo natural do ciclo vital do homem e de qualquer outro ser vivo, o idoso adquire melhor consciência do que está vivenciando” (Frumi & Celich, 2006, p. 95).

Concomitantemente à naturalidade do envelhecimento, ao ritmo próprio de cada um, deve-se considerar que a longevidade promovida pelos avanços tecnológicos, em contrapartida é acompanhada de doenças crónicas e degenerativas considerados elementos limitantes na qualidade de vida. Estes elementos limitantes impõem alterações a um ritmo mais acelerado que o processo de crescimento activo, reduzindo a condição de sobrevivência e a capacidade de adaptação do indivíduo. O envelhecimento, neste contexto, define-se como a perda progressiva dessa capacidade de adaptação do organismo às condições variáveis do ambiente, mesmo que se trate das capacidades físicas ou mentais necessárias para efectuar as actividades de vida diárias (Latron & Étienble, 2000).

Quanto à cronologia do envelhecimento, o idoso é aquele que apresenta diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com sua sociedade. Quanto à idade, a Organização Mundial da Saúde classifica o processo de

envelhecimento em quatro estágios: Meia-idade: 45 a 59 anos; Idoso: 60 a 74 anos; Ancião: 75 a 90 anos; Velhice extrema: 90 anos em diante.

Associada à idade cronológica está a idade biológica, que interliga-se ao envelhecimento orgânico, onde verificam-se a redução da capacidade de funcionamento dos órgãos e uma menor eficácia da sua auto-regulação. Netto e Borgonovi (2002, p. 51), referem quanto ao envelhecimento físico que:

Embora todos os seres vivos apresentem em comum alterações no fenótipo, evidenciadas por mudança na coloração dos pêlos, declínio da função imunológica, diminuição da reserva cardíaca, aumento das ligações cruzadas de colagénio e do depósito de pigmento lipofuscínico, modificações da síntese e metabolismo proteicos, etc, o que mais os caracteriza é a grande variabilidade dessas modificações.

O envelhecimento promove esta variabilidade de modificações físicas, não se verificando de igual modo em pessoas diferentes, mas sim a ritmos diferentes (Moniz, 2003).

Psicologicamente o indivíduo desenvolve-se ao longo da sua vida acompanhado das suas características geneticamente herdadas, que expostas às forças sociais e ambientais determinam o modo de enfrentamento e crescimento nas diversas fases de evolução. Os conflitos durante a evolução do indivíduo denominam-se de 'crise', que delinea a sua personalidade. Ao enfrentarmos esses conflitos, proporcionar-se-á a que ocorra uma mudança de perspectiva.

Erikson, citado por Hall, Lindzey, & Campbell (1998) refere que o indivíduo enfrenta oito fases ao longo da sua vida, sendo estas representadas por momentos em que as mudanças físicas, cognitivas, instintivas e sexuais, combinadas desencadeiam uma crise interna. Estas fases decorrem desde o nascimento até à morte, cabendo as quatro primeiras ao período de bebé e de infância, e às três últimas à idade adulta e à velhice. Com a resolução das sucessivas crises o indivíduo desenvolve determinados sentimentos, vai amadurecendo. Mas as crises embora bem resolvidas podem vir a recorrer mais tarde e obrigar o indivíduo a um novo trabalho interior e reestruturação emocional. Na última fase, a maturidade para além dos 60 anos, o indivíduo sente o aproximar do fim de vida, vendo-se forçado a contemplar o seu percurso de vida. Esta contemplação pode levá-lo à satisfação ou insatisfação, conduzindo-o à amargura e à não-aceitação do confronto com a morte. O que salienta é que caso o conflito permaneça mal resolvido, o indivíduo terá menos probabilidade de adaptar-se aos problemas que surgirão posteriormente.

Este pensamento é completado por Zimerman (2000) ao referir que as mudanças psicológicas podem resultar em dificuldades de adaptação aos novos papéis impostos; à falta de motivação e à dificuldade em planear o futuro; à necessidade de trabalhar perdas orgânicas, afectivas e sociais; à dificuldade em adaptar-se às mudanças rápidas, com repercussões dramáticas; às alterações psíquicas que exigem tratamento; à depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídio e à baixa auto-imagem e auto-estima.

Socialmente o idoso encontra-se inserido num contexto com várias condicionantes. A reforma ou o período pós-aposentação desliga-o do ciclo de produtividade e se for de baixo valor, não satisfaz as suas necessidades básicas, o que pode levá-lo à dependência, principalmente das gerações mais novas. A inversão dos papéis sociais, ao passar de cuidador a dependente, dificulta-lhe a manutenção do estatuto de poder e a sua autonomia. A perda do

companheiro também propicia ao isolamento social, limitando a sua participação social (Fragoieiro, 2004).

As perdas sucedem-se ao longo do processo de envelhecimento, de acordo com Fischer, Araújo, Wiegand e D’Espíndula (2007, p. 17), definem-se por

fenómenos que ocorrem inúmeras vezes ao longo da vida de cada indivíduo, não necessariamente ligados à morte. Costumam despertar sensações de angústia, medo e solidão, análogas à morte, e contém em seu bojo sofrimento, dor e tristeza. Mesmo as perdas de pequeno porte costumam precisar de um tempo para serem elaboradas.

Neste contexto, ainda podemos citar Marchand (2001), que nos mostra mais dois aspectos do envelhecimento, como a dimensão cronológica, que se traduz pelo tempo que decorre entre o nascimento e a morte e a dimensão funcional, que pode ser traduzida pela capacidade de adaptação às solicitações sociais.

No enquadramento desta ideia, Novaes (1995), citado por Risman (2010, p. 12), verificou através de estudos que o idoso apresenta formas peculiares de enfrentamento do envelhecimento, classificando-as em 9 R, que são:

1. Resgate dos valores e modos de viver que não puderam ser até então assumidos;
2. Rupturas com situações e rotinas de vida que tiveram que ser suportadas, por força das circunstâncias e falta de alternativas;
3. Retomada de planos, programas de vida e actividades que precisam ser completadas e desdobradas;
4. Ressurgimento de dimensões pessoais como a mística, artística, elaborativa que ficaram abafadas por um quotidiano difícil e exigente;
5. Restauração de desejos e necessidades que não puderam ser satisfeitos, devido a frustrações e obstáculos, tanto externos como internos, lembrando aqui que ‘o homem tem a idade de seus desejos’;
6. Retorno de emoções e sentimentos, intensificando sensibilidade e afectividade, estabelecendo vínculos e relações interpessoais;
7. Recaída constante em estados de depressão e de vazio, ligados à sensação de inutilidade, insegurança e fracasso;
8. Recordação permanente de lembranças passadas, como a única maneira de manter-se vivo, sem tentar a ponte do significado entre o passado, presente e futuro;
9. Reconstrução da identidade pessoal e social com base em novos interesses e motivações, descobrindo criativamente outras facetas do viver e moralidades de prazer.

Entretanto ao alcançar esta etapa do ciclo vital, muitas vezes o idoso depara-se com realidades que provocam desequilíbrios, sendo indispensável promover uma boa qualidade de vida através da promoção da saúde a três níveis de prevenção física, psíquica e social (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

De acordo com estudo de Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho, Morais e Veríssimo (2008), pretendeu-se definir o perfil do envelhecimento da população portuguesa, de forma a determinar as prevalências de dependências de terceiros e caracterizar factores funcionais e laboratoriais no envelhecimento humano. Aqueles estudiosos concluíram, dentre muitos outros aspectos, que a população portuguesa envelhece apresentando, maioritariamente, independência funcional com hábitos de vida favoráveis. Procuraram contribuir para o melhor conhecimento do processo de envelhecimento da população portuguesa e caracterização do envelhecimento saudável, que pressupõe a manutenção da actividade

física, a socialização, a adaptação às alterações associadas ao envelhecimento e, sobretudo, a manter a satisfação de viver.

1.3. Concepções sobre o envelhecimento e a velhice

No quotidiano e no trabalho profissional, com pessoas de meia-idade e idosos, é comum a associação entre a velhice, o envelhecimento e a idade, juntamente com os seus estereótipos. Estes quando negativos, influenciam o processo de envelhecimento, marcando-a com sentimentos de inferioridade e desgosto por parte do idoso. Neste sentido, consideramos importante focar alguns aspectos acerca dos 'mitos' e dos estereótipos do envelhecimento, sobretudo no âmbito subjectivo a que idosos e prestadores de cuidados estão sujeitos mediante estes estereótipos e o que vivenciam.

A sociedade começou a associar a velhice a qualidades estereotipadas negativas, em que os mais velhos são considerados como torpes, enfermos e inúteis, não contribuintes e como um encargo para a sociedade (Magalhães, 2012). Pode-se observar diversas categorizações ao falar-se do idoso, como: não são sociáveis e não gostam de se reunir; divertem-se e gostam de rir; temem o futuro; gostam de jogar às cartas e outros jogos; gostam de conversar e contar as suas recordações; gostam do apoio dos filhos; são pessoas doentes que tomam muita medicação; fazem raciocínios senis; não se preocupam com a sua aparência; são muito religiosos e praticantes; são muito sensíveis e inseguros; não se interessam pela sexualidade; são frágeis para realizar exercícios físicos; são, na grande maioria, pobres. Estereótipos frequentemente ligados, não a características específicas do envelhecimento, mas sim a traços da personalidade e a factores socioeconómicos, que minimizam as diferenças individuais entre os membros de um determinado grupo (Martins & Rodrigues, 2004).

O estudo apresentado por Levy, Slade, Kunkel e Kasl (2002) demonstra que os estereótipos próprios do envelhecimento parecem desenvolver-se e operar-se através da sua interiorização. Esta interiorização, nos indivíduos mais velhos, contribui para a formação da auto percepção sobre o envelhecimento, que pode vir a desencadear um efeito fisiológico. O que é confirmado por Martins e Rodrigues (2004), ao verificar que a valorização destes estereótipos projecta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que o idoso tem de si mesmo, bem como das condições e circunstâncias que envolvam a velhice.

Quanto à auto-percepção sobre o envelhecimento, o estereótipo positivo é atributivo de características positivas a todos os objectos ou pessoas de uma categoria particular, enquanto o estereótipo negativo, atribui características negativas. Estes últimos tornam-se assim, elementos impeditivos na procura de soluções precisas e de medidas adequadas no apoio ao idoso. Mediante este facto, Martins e Rodrigues (2004) referem ser urgente o combate a estas representações sociais gerontofóbicas e de carácter discriminatório, para que as pessoas se consciencializem e adoptem medidas e comportamentos adequados face ao idoso.

Este facto é evidenciado no âmbito do cuidar por Kemper (1994), citado por Nelson (2005), ao observar que numa instituição, os cuidadores de enfermagem falavam com os idosos usando frases simples e curtas, ou seja, repetiam a suas sentenças e falavam mais lentamente. Foi observado que este padrão no procedimento não variou em função do estado cognitivo ou da saúde física do idoso. O que parecia desencadear este tipo de comunicação era simplesmente a idade do indivíduo, ou seja, todos foram tratados desta forma, sugerindo

a influência de um estereótipo negativo, que influenciou o comportamento desses cuidadores. A utilização deste tipo de discurso parece estar associada ao estereótipo de que todas as pessoas mais velhas apresentam *deficits* de habilidades cognitivas e, portanto, necessitam de um modo especial de comunicação, de forma mais lenta e mais simples (ibidem, 2005).

Esta temática também foi encontrada no estudo de Ferreira-Alves e Novo (2006), ao descreverem a percepção do idoso quanto à sua experiência com a discriminação devido à idade. Naquele estudo caracterizou-se as pessoas com mais de 60 anos, residentes em vários concelhos de Portugal, algumas delas institucionalizadas e outras vivendo nos seus domicílios, inseridas em condições normais na comunidade. Os resultados apontaram para uma percepção de discriminação por uma parte significativa da amostra, principalmente relativa à interacção com profissionais ou técnicos de saúde e em outros contextos interpessoais. Estes tendem a perceber o idoso como uma pessoa que já não ouve bem, que não compreende bem, o que influencia negativamente as possibilidades e a eficácia de tratamento. Aqueles autores sugerem que os cuidadores fossem submetidos a uma formação profissional mais alargada, isto é, que além do conhecimento das disfunções e patologias fosse fornecida informação específica sobre o desenvolvimento normal ao longo do ciclo de vida e as múltiplas potencialidades e recursos dos organismos humanos, potenciadores de uma boa qualidade de vida.

Em um estudo sobre a percepção do idoso a respeito das dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento, Guerra e Caldas (2010) observaram a necessidade da realização de mais trabalhos que priorizem a opinião do idoso e que quantifiquem dados sobre o benefício da participação social no processo de envelhecimento e na percepção da velhice. De modo a valorizar estes sujeitos e a incentivar sua participação social, favorecendo a manutenção de grupos de convivência e a melhoria das relações intergeracionais, uma vez que o idoso activo é tido como motivo de orgulho e exemplo para a comunidade.

Neste sentido procura-se resgatar a qualidade de vida do idoso num ambiente institucional, este idoso que muitas vezes procura por cuidado, por acompanhamento, por companhia. Deve-se dar ênfase às suas limitações, necessidades e por vezes estimular a sua participação nas actividades programadas e favorecer a sua adaptação tanto ambiental, bem como relacional. Quebra-se a barreira negativa e quando estão presentes estereótipos positivos favorecemos a manutenção da sua qualidade de vida.

1.4. Qualidade de vida e envelhecimento activo

Quanto à questão da 'qualidade de vida', esta vem associada ao conceito de envelhecimento activo. Qualidade de vida é um termo cuja definição subjectiva relaciona-se à auto-estima, ao bem-estar pessoal, abrange aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o auto cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, bem como a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e o ambiente em que se vive. Entretanto salienta-se que há diversas interpretações acerca da questão entre a pessoa, família e equipa de saúde, e discrepâncias na sua avaliação, pelo que quem deverá percebê-la será a própria pessoa (Velarde-Jurado & Avila-Figueiroa, 2002).

A qualidade de vida está condicionada aos factores acima descritos e à percepção do indivíduo sobre si próprio e à sua vida, sendo que para a população com 65 a 74 anos esta relaciona-se ao seu enquadramento familiar e social, enquanto para o indivíduo com mais de 75 anos esta relaciona-se com a doença e suas consequências a nível funcional (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012, pp. 26-27).

Tendo em vista esta subjectividade, torna-se pertinente conhecer a percepção do idoso quanto ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, por fim, à qualidade de vida específica a este segmento da população, com o propósito de orientar as políticas para um envelhecimento bem-sucedido, hoje denominado envelhecimento activo. Segundo a WHO (2002), o envelhecimento activo é definido como o processo de optimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, no intuito de melhorar a qualidade de vida durante o percurso do envelhecimento.

No âmbito governamental, o Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Ministério da Saúde [MS], 2004) pretende implementar o conceito e a prática do envelhecimento activo, levando a população idosa ao aumento da autonomia e independência para obter ganhos de vida com autonomia. Seguindo a premissa de **'dar mais vida aos anos e não apenas mais anos à vida'**. É pertinente a implementação de medidas que permitam, que paralelamente ao processo natural de envelhecimento, o idoso mantenha-se activo consoante as suas aptidões e viva de forma o mais saudável possível, além de melhorar inclusivamente a qualidade de vida de idosos dependentes e portadores de doenças.

Mediante estas premissas, Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques (2013) referem que o envelhecimento activo surge como um programa voltado para a mudança da condição do idoso, uma intervenção que visa responder aos aumentos dos problemas decorrentes da longevidade. Torna-se assim, importante pensar no envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e autonomia, em que a prática da actividade física moderada e regular, a alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social sejam aspectos indissociáveis (Ministério da Saúde [MS], 2004, p. 3), pelo que:

importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas do cidadão.

Neste contexto, a qualidade de vida que as pessoas terão quando se tornarem futuramente idosos, dependerá não só dos riscos e oportunidades que experimentem ao longo da sua vida, mas também da forma como as futuras gerações promovam a ajuda e o apoio aos seus idosos. Aspecto corroborado por Neri (2007), ao assinalar que uma boa qualidade de vida na velhice é o produto da interacção entre o indivíduo e o seu contexto/meio, resultante da qualidade da interacção entre as pessoas em mudança a viver numa sociedade em mudança. O autor referencia alguns indicadores, pertencentes a quatro áreas, para a avaliação da qualidade de vida na velhice, como: 1) a competência comportamental, que se refere ao funcionamento pessoal quanto à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo pelo idoso; 2) a qualidade de vida percebida, que está relacionada ao auto julgamento do idoso sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica, bem como sobre a sua competência

comportamental nessas áreas; 3) as condições contextuais, que incluem as situações relativas à experiência de velhice; 4) o bem-estar psicológico, que está relacionado ao domínio das percepções, das expectativas, dos sentimentos e dos valores.

Sousa, Galante e Figueiredo (2003), efectuaram um estudo cujo objectivo foi caracterizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos do ponto de vista dos próprios, um aspecto bastante importante, como já referenciado anteriormente. No estudo utilizou-se o instrumento na versão portuguesa do EASYcare (Elderly Assessment System/Sistema de Avaliação de Idosos), que avaliou a percepção em relação às suas capacidades (se se sentem capazes de...), avaliando as suas necessidades ao nível social e da saúde. Da amostra de 1 354 idosos, com 75 anos ou mais, residentes em 13 Distritos de Portugal, concluiu-se que para a maioria dos idosos a qualidade de vida é considerada bastante positiva, sendo que uma minoria apresentou problemas de diminuição cognitiva grave ou algum grau de dependência.

Igualmente Campôa (2009) fez um estudo que pretendeu analisar a qualidade de vida, competências cognitivas e funcionais dos idosos institucionalizados e em Centro de Dia. Além de verificar a influência de outros factores nestas variáveis, pretendeu compreender o papel moderador dos traços de personalidade e o papel mediador dos estilos de vida, estratégias de *coping* e suporte social percebido. Utilizou escalas como a Clifton – Procedimentos de avaliação de idosos; o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (MOS-SF-36); a Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI); a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS); o Brief COPE; o Inventário de Personalidade (NEO-FFI 20). Aquela autora concluiu, que a qualidade de vida relacionada com a saúde é baixa nos idosos em estudo, reflectindo a baixa percepção de saúde física e de saúde mental. Verificou que a saúde física é fortemente influenciada pelos estilos de vida, *coping* e traços de personalidade, enquanto a saúde mental é mais influenciada pelos estilos de vida activos e traços de personalidade. Tornou-se bastante importante o incentivo à prática de estilos de vida activos aos vários níveis, especialmente ao nível da actividade, socialização e *coping* funcional.

Na verdade, a utilização de instrumentos de avaliação torna-se necessária para o estudo de uma população tão específica. Por exemplo, Alves (2011, p. 21) apresentou um estudo cujo objectivo foi conjecturar sobre os aspectos importantes que permeiam a utilização dos instrumentos de medida e apresentar de forma sistematizada os indicadores e instrumentos de medida de Qualidade de Vida, utilizados e validados no Brasil. Avaliou instrumentos de medida como o WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), o Índice Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQV), a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, o Hexágono de Kertesz, o Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36), o *EuroQol-5 Dimensions* (EQ-5D), o *Quality of Well-Being Scale* (QWBS) e o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN). Entretanto o autor adverte que

A escolha dos instrumentos deve estar pautada no significado dos termos, na existência de sua versão na língua/cultura em que o estudo será realizado, assim como também na avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e confiabilidade), a fim de se alcançar uma medida precisa de acordo com cada realidade.

Qualquer investigador mediante estas premissas poderá desenvolver a sua investigação de modo a gerar conhecimento, pois ao se ter em conta as características da população a quem se vai aplicar uma escala, tornam os seus resultados fidedignos e úteis socialmente.

Porque caso a escala não esteja adaptada à população em estudo, poderá não mostrar estatisticamente aferições adequadas ao contexto do país.

Por conseguinte, a qualidade de vida para a população idosa associa-se ao seu bem-estar e envelhecimento com qualidade, para tal deve-se fomentar a sua participação social. Devemos aproveitar da melhor forma possível o seu potencial, minimizando as alterações no seu dinamismo social, permitindo assim a promoção e a re/construção de uma rede de social e de interacção com outros indivíduos. Dá-se ênfase à interacção entre indivíduos de diversas idades, o que minimizará o seu declínio gradual, próprio do processo de envelhecimento.

2. As políticas sociais relativas às pessoas idosas

Actualmente vive-se em Portugal no 'Estado-Providência', condição em que, por meio de legislação social, a comunidade assume as responsabilidades na promoção do bem-estar económico, material, físico, psicológico do cidadão individual. Assim, o Estado-Providência é considerado como um prestador de serviços sociais (segurança social, saúde, educação, habitação) (Silva & Castela, 1999). As actuais características do Estado-Providência são o resultado da influência de vários factores que actuaram em três etapas, as quais marcaram o seu desenvolvimento, pela evolução gradual da cobertura dos riscos sociais do cidadão: 1) origem da cobertura de riscos sociais – substituição de rendimento em caso de velhice, de invalidez e de sobrevivência; o foco no trabalhador; o seguro social e de solidariedade intra-profissional-corporativa; 2) os direitos sociais universais; o reforço da solidariedade social; os direitos sociais não concretizados; 3) a europeização do Estado-Providência; a política social passa a ter como base a intervenção e a orientação política (Pereirinha & Carolo, 2009).

Efectivamente, as políticas sociais activas são praticadas no contexto de uma importante alteração estrutural da Segurança Social, caracterizadas pela transformação progressiva do modelo tradicional para um novo modelo, em que o princípio do assistencialismo, antes baseado na caridade exercida junto das famílias em situação socioeconómica vulnerável, dá lugar ao princípio da universalidade de direitos a todos os cidadãos. O “reconhecimento dos direitos sociais está ligado à existência de uma participação activa na vida social, pois é através do accionamento destes direitos que se pode promover a efectiva inserção social” (Rodrigues E. , 2010, p. 193).

Entretanto parece estar em causa a manutenção das políticas sociais, devido a factores que contribuem para a insustentabilidade dos Estado-Providências no século XXI, descritos por Esping-Andersen (1998) citado por Pereira (2011, p. 11), que são:

- a) o impacto da internacionalização económica que inclui a globalização financeira, a mobilidade do capital e o comércio global;
- b) as mudanças demográficas com a diminuição da natalidade, o aumento da esperança de vida, a consequente diminuição das contribuições sociais e o aumento das despesas;
- c) e o papel económico das mulheres que as “desvia” do lar para o mercado de trabalho tornando as tarefas de ter filhos e de cuidar dos idosos muito mais difícil ou até impossível.

As mudanças políticas em Portugal levaram à implementação da Acção Social, que agrupa um conjunto de acções desenvolvidas através de serviços e de equipamentos sociais de apoio individual e familiar, além da intervenção comunitária. Estas acções têm como objectivo

estruturar, explícita ou implicitamente, as relações entre a velhice e a sociedade, o que levou a que os encargos com idosos, anteriormente da responsabilidade da família ou de particulares, fossem delegados a instâncias despersonalizadas e burocratizadas. Mudança que associadas ao aumento da procura por parte de uma população cada vez mais envelhecida, repercutiram no alargamento da rede de instituições de alojamento para idosos (Martins, 2006).

A Acção Social é exercida maioritariamente por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e outras organizações privadas apoiadas pelo Estado, mas revelam-se insuficientes para a actual demanda. O Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro (1983, p. 644), veio alargar o conceito de IPSS, com revisão do estatuto anterior aplicado em 1979. Este passa a defini-las como entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, com os seguintes objectivos, mediante a concessão de bens e prestação de serviços:

- a) Apoio a crianças e jovens;
- b) Apoio à família;
- c) Apoio à integração social e comunitária;
- d) Protecção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de incapacidade para o trabalho;
- e) Promoção e protecção da saúde, nomeadamente através de prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- f) Educação e formação profissional dos cidadãos;
- g) Resolução dos problemas habitacionais das populações.

No Decreto-Lei nº 64/2007, de 14 de Março (2007, p. 1607) descrevem-se as repostas sociais para os serviços acima discriminados, sendo aquelas:

- a) No âmbito do apoio a crianças e jovens: creche, centro de actividades de tempos livres, lar de infância e juventude e apartamento de autonomização, casa de acolhimento temporário;
- b) No âmbito do apoio a pessoas idosas: centro de convívio, centro de dia, centro de noite, lar de idosos, residência;
- c) No âmbito do apoio a pessoas com deficiência: centro de actividades ocupacionais, lar residencial, residência autónoma, centro de atendimento, acompanhamento e animação de pessoas com deficiência;
- d) No âmbito do apoio a pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico: fórum sócio-ocupacional, unidades de vida protegida, autónoma e apoiada;
- e) No âmbito do apoio a outros grupos vulneráveis: apartamento de reinserção social, residência para pessoas com VIH/sida, centro de alojamento temporário e comunidade de inserção;
- f) No âmbito do apoio à família e comunidade: centro comunitário, casa de abrigo e serviço de apoio domiciliário.

As IPSSs têm por finalidade a prevenção e o apoio nas diversas situações de fragilidade, exclusão ou carência humana, promovendo a inclusão e a integração social, desenvolvendo assim, as diversas actividades já descritas de apoio a crianças e jovens, à família, juventude, terceira idade, invalidez e, em geral, a toda a população necessitada (Pereira, 2011).

Oficialmente as respostas sociais reconhecidas pela Segurança Social, para os idosos em Portugal são dez (MSSS, 2011; Perista& Perista, 2012; Segurança Social, 2013).

do Trabalho e da Segurança Social [MTSS], 2012). As respostas sociais dirigidas às pessoas idosas e às crianças e jovens são as que dispõem de maior peso no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), correspondendo em 2011 a mais de 7 000 e 4 500 respostas, respectivamente. Em 2011, o conjunto de respostas direccionadas à população idosa compreendia mais de metade (53%) do total de respostas existentes, reflectindo o peso e as necessidades deste grupo-alvo no seio da população portuguesa. A Residência e Lar de Idosos têm continuado a apresentar os maiores níveis de ocupação, retractando o nível elevado de procura desta resposta. Em 2011, a sua taxa de utilização localizou-se em 94,9%, seguindo-se o SAD com 82,1% e o CD com 68,2% (ibidem, 2011).

Tendo em conta o envelhecimento progressivo da população, foi criado dentre outros programas, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004 – 2010, cujo objectivo geral é permitir aos cidadãos obter ganhos em anos de vida com independência, tendo como base três pilares fundamentais: promoção de um envelhecimento activo e saudável, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes facilitadores da autonomia e independência das pessoas idosas (Ministério da Saúde [MS], 2004).

O estudo de Metelo, Mateus, Gonçalves, Nogueira, Guterres e Nicola (2010) apresenta-nos alguns programas de apoio público destinado às instituições de solidariedade/apoio social:

- **Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES)** – concebido em 2006, tem o objectivo de desenvolver serviços e equipamentos sociais, elevar o nível de vida dos idosos, melhorar as condições de vida e de acompanhamento de pessoas com deficiência e promover o apoio a crianças e jovens, à família e à comunidade em geral.

- **Medida de Apoio à Segurança dos Equipamentos Sociais (MASES)** – concebida em 2008, destina-se à realização de obras em estabelecimentos de apoio social, que apresentem necessidade de adaptação de instalações e substituição de materiais e equipamento, principalmente dos que pudessem colocar em causa a segurança, o bem-estar e a qualidade dos serviços prestados.

- **Apoio ao Investimento em Respostas Integradas de Apoio Social (Medida 6.12 – POPH)** – visa apoiar o desenvolvimento das respostas sociais destinadas particularmente a idosos e pessoas com deficiência.

- **Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais (PAIES)** – concebido em 2006, objectiva apoiar o desenvolvimento da RSES através da concessão de incentivos ao investimento privado mediante a comparticipação da componente de juros do empréstimo bancário, apostando nomeadamente na criação de novos lugares.

Uma análise adequada sobre as políticas sociais que favoreçam a qualidade de vida do idoso demonstra uma gradativa preocupação com esta população em crescimento. Entretanto deve-se ter em conta que estes meios de protecção, ao serem adoptados à população idosa, necessitam ser direccionados às suas necessidades e características individuais, procurando priorizar a sua permanência no seu lar, pelo maior tempo possível.

Lembramos que em 2012 – ‘Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade Intergeracional’, foi uma oportunidade para reflectir sobre os apoios e medidas na Europa. Vivemos mais e com mais saúde do que nunca e devemos aproveitar as oportunidades que isso representa para os idosos. Este Ano Europeu teve por objectivo aumentar a consciencialização sobre os vários problemas e as maneiras de solucioná-los. Encorajou-se, pessoas e entidades em causa, a definir metas, bem como programas e acções para alcançá-

las. Assim essas comemorações não podem cingir-se à reflexão e ao debate: devem ir mais longe e principiar um caminho que produza resultados tangíveis. Para isso, a Comissão Europeia convidou governos nacionais, regionais e locais, parceiros sociais e outros atores para se comprometerem com o implemento de medidas específicas.

3. A institucionalização dos idosos

Mediante o exposto anteriormente, o crescente envelhecimento populacional e a incapacidade de resposta por parte do sistema de cuidados informais no atendimento às necessidades dos idosos, favoreceu a criação e o desenvolvimento de estruturas de apoio e acolhimento (Pereira & Pimentel, 2012).

O idoso em circunstâncias em que não encontre respostas às suas necessidades no seu meio social, vê a institucionalização tornar-se uma opção a fim de manter a sua qualidade de vida. A institucionalização é um termo definido como o “(...) ato ou efeito de institucionalizar” (Houaiss, Villar, & Franco, 2011, p. 1355). Podemos entendê-la como um processo duplo, em que este é um recurso a serviços que promovam assistência ao idoso, através do internamento em lares, casas de repouso, entre outras, além de que é em simultâneo “(...) uma vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional” (Cardão, 2009, p. 17).

Estas instituições desempenham funções de “(...) guarda, protecção e alimentação, abrigando os idosos (...) rejeitados pelos seus grupos diretos à medida que sua presença torna-se incómoda, difícil e insustentável, ficando sua participação familiar limitada ou até impossibilitada” (Herédia, Cortelletti, & Casara, 2004, p. 18).

Estes dignificados que levam a que a institucionalização levante algumas questões.

Será esta a melhor alternativa para a manutenção da sua qualidade de vida? Será que o papel da família e do Estado, promotores do seu bem-estar, são equilibrados? Quais as repercussões da institucionalização na sua história de vida, estas são tidas em conta? Que tipo de acompanhamento a instituição oferece para a manutenção da sua qualidade de vida?

Todas estas questões requerem uma análise mais aprofundada de reflexão, entretanto concordamos com o pensamento de Fragoso (2008, p. 53) que refere que mediante estas realidade cabe à instituição “(...) encontrar medidas e formas de prevenção e intervenção que permitam proporcionar uma prestação de cuidados ao idoso que tenha em conta a sua individualidade e as suas necessidades”. Devemos favorecer o processo de envelhecimento com dignidade, cuja responsabilidade não é só individual, mas sim colectiva.

3.1. As implicações da institucionalização de longa permanência

A Instituição de Longa Permanência caracteriza-se pelo serviço permanente de acolhimento dos idosos, isto é, quando este está entregue 24 horas ao cuidado da instituição, onde convivem sob o mesmo teto e utilizam os mesmos espaços físicos, bem como participam das mesmas rotinas e organização da instituição. Neste contexto, Goffman (2010) denomina-as instituições totais, onde se leva uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros, regulando todos os aspectos de sua vida. De acordo com este pensador judio, a pessoa ao ser institucionalizada, leva a sua cultura, resultante de um mundo da família, trás

um conjunto de experiências que confirmava uma concepção tolerável do *eu* e que lhe permitia desenvolver um conjunto de formas de defesa, exercidas de acordo com a sua vontade, para enfrentar conflitos, dúvidas e fracassos.

Com a institucionalização há uma mudança cultural gradativa, vem a dificuldade em acompanhar o mundo exterior e há a perda de alguns papéis devido à barreira que o separa do mundo exterior. Embora os estudos deste autor não sejam direccionados aos idosos, as questões de institucionalização podem ser generalizadas devido ao impacto em qualquer tipo de população. Este pensamento é completado por Fragoso (2008, p. 53) ao referir que é um

ambiente de geração de significados que vai constituir um sistema de significados, rico em simbolismos de rotinas, de costumes, de crenças, de rituais. Para compreendê-los faz-se necessário ouvir, observar e interpretar o comportamento e sentir do idoso. Só tendo em conta esta geração de significados pessoais e desenvolvendo a arte da escuta é que poderemos compreender o significado que as pessoas expressam para as diferentes experiências do seu quotidiano.

Estas experiências no quotidiano do idoso dão-se, no que é definido pela Segurança Social de 'Lar de Idosos', termo que diz respeito à resposta social destinada a alojamento colectivo, temporária ou permanente, para o idoso ou pessoas em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia (Ministério do Trabalho e Solidariedade Social [MTSS], 2009). Mas não só o lar, o 'Manual de Boas Práticas' descreve que é "(...) um tipo específico de casa, com características e formas de organização próprias", numa envolvência tanto do idoso, bem como o prestador de cuidados" (ISS, 2005, p. 12).

Quanto a essa envolvência, Goffman (2010) refere-se ao institucionalizado como o 'internado' e ao cuidador como a 'equipa de supervisão', que trabalha em regime de horários pré definidos e está integrada no mundo exterior, enquanto o internado não está.

De acordo com o INE (2011), cerca de 1% da população residente em Portugal vivia em famílias institucionais, isto é, residiam num alojamento colectivo, beneficiando dos objectivos de uma determinada instituição. Esta proporção era ligeiramente mais elevada nas mulheres (1,1% contra 0,8% dos homens). Entretanto verifica-se que o peso relativo das famílias institucionais representava apenas 0,1% do total das famílias, no mesmo ano. O que nos leva a pensar, que embora haja um grande esforço para a melhoria da qualidade de vida desta população, só uma pequena percentagem usufrui das respostas sociais em Portugal.

Outro aspecto importante a ter em conta no processo de institucionalização é o facto enunciado por Motta (1998), que destaca a evolução e as diferentes características do novo perfil do idoso, que se apresenta cada vez mais activo, dinâmico e interactivo. De acordo com Faleiros (2004), estamos a viver a era da velhice capitalista, programada, estruturada por premissas de produção flexível. Um novo mercado que se abre com a velhice, um modo capitalista de ser, com a aquisição de bens que torna a pessoa mais ou menos velha de acordo com o que se usa, nos gostos e nos gestos. Os idosos requerem novos modos/maneiras de satisfação de suas necessidades durante o processo de institucionalização.

3.2.A relação idoso-família e institucionalização de longa permanência

O idoso que se encontre em situação que requeira apoio, necessita de respostas de qualidade, que devem ser desenvolvidas na perspectiva do reconhecimento do seu direito à plena cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural, que implicam o acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar e à qualidade de vida. O ideal seria mantê-lo no seu contexto, o mais autónomo possível. Entretanto a realidade evidencia que há um número considerável de idosos em condição de acentuada dependência, que não encontram essas respostas, por inexistência ou insuficiência de meios económicos e apoios, sobretudo familiares. Torna-se, assim necessário o recurso às respostas sociais (Instituto de Segurança Social [ISS], 2005).

O estudo de Araújo, Paúl e Martins (2010) caracterizou as famílias com idosos dependentes em contexto familiar, identificando os seus apoios sociais. Os resultados mostraram que as famílias são predominantemente nucleares e envelhecidas, referindo como apoios informais, a figura mais relatada a dos filhos, seguindo-se os vizinhos e amigos, enquanto, que os apoios formais foram as unidades de saúde e os profissionais de saúde ligados à família.

É óbvio que a família é o principal foco para o apoio aos seus idosos. Esta, de acordo com Canevacci (1987), citado por Silva, Nunes, Martins, Squarcini e Barbosa (2011, p. 71) é o

primeiro ambiente de socialização do homem e seu significado resulta das relações socioculturais estabelecidas a partir da vivência pessoal e grupal de cada indivíduo. Assim, ao longo da evolução das relações humanas, diferenciadas características contextuais determinam os diversos significados de família.

Por outro lado, o significado actual da família passou por diversas reformulações, devido às mudanças profundas na sua estrutura e dinâmica de organização interna. São compostas por membros unidos por laços de consanguinidade, de afectividade ou de interesse, que convivem por um determinado espaço de tempo, durante o qual constroem uma história de vida que é única. Os diferentes tipos de família, com a sua própria identidade, não deixam de ser um sistema e ao mesmo tempo um processo de interacção e de integração dos seus membros (Dias M. , 2011). De acordo com Pinho e Kantorsky (2004), ela representa o ambiente em que a pessoa recebe o apoio afectivo-emocional, psicológico e social, a base dos seus valores humanos e éticos necessários para seu desenvolvimento integral e para o crescimento físico e mental. Constitui a base do convívio social, ao prepará-lo para enfrentar o mundo exterior, inserindo-o na comunidade.

A família, no contexto de provedor de cuidados, entre as suas 'obrigações familiares', tem o papel determinante na configuração do perfil das políticas sociais em cada país, em que estas transcendem a família nuclear e recaem sobre a família extensa, justificando uma posição não intervencionista por parte do Estado (Millar & Warman, 1996, citado por Portugal, 2008). Esta autora referencia Andreotti *et al.* (2001) chamando a atenção para as transformações em curso

do ponto de vista do Estado, assiste-se a uma reorganização e racionalização das políticas sociais com vista a ultrapassar a sua fragmentação, tendência que se deve, sobretudo, a duas pressões distintas: a necessidade de restrições orçamentais ditada

pela União Europeia e o crescimento de novas vulnerabilidades, que obrigam a garantir mínimos de protecção social. Por outro lado, relativamente à família, a manutenção dos modelos tradicionais parece ser mais uma questão de sobrevivência do que de escolha – na escassez de alternativas, a família é o recurso a que se pode sempre apelar. Finalmente, do ponto de vista do mercado de trabalho, a tendência é para o aumento da flexibilidade e do crescimento das formas atípicas de emprego (ibidem, 2008, p.8).

Entre muitas outras conclusões o estudo de Portugal (2008) refere que as mulheres têm, em grande parte, sido utilizadas como ‘exército de reserva’, fornecendo a baixos custos, serviços de qualidade elevada e com grande flexibilidade de utilização, o que além de beneficiar a família, beneficia concomitantemente outras esferas de produção de bem-estar, nomeadamente o Estado, aliviando-o de suas responsabilidades.

A sociedade que ajuda a pessoa idosa a prolongar a vida, não a ajuda a manter uma velhice de qualidade, mediante as dificuldades a que ela está exposta para a conservação da sua qualidade de vida. Prende-se assim o reconhecimento da importância dos laços familiares para a manutenção do seu bem-estar, estabilidade emocional e com a manifesta vontade e direito a permanecer integrados nos seus contextos de vida e nas suas redes relacionais. Torna-se assim premente reconsiderar-se a necessidade de responsabilizar as famílias pelos cuidados aos seus elementos dependentes, devido à perda de sustentabilidade dos sistemas públicos de protecção social e à escassez de soluções de apoio face às necessidades e às exigências crescentes (Pimentel & Albuquerque, 2010).

O que esperar então dos familiares é uma afirmação, colocada por Pereira (2008) que aborda a problemática da institucionalização, contrapondo em simultâneo que cabe aos familiares, mesmo com dificuldades, manter o acompanhamento ao seu idoso e caso recorram à institucionalização, que façam o possível para manter a normalidade dos laços afectivos. Compete assim, às gerações mais novas, aos filhos dos idosos institucionalizados, fazerem esse ‘esforço’ suplementar, em retribuição aos seus pais pelo esforço que fizeram, no sentido de compreenderem as suas necessidades de maior independência e autonomia.

Sabemos que a família está em transformação e a institucionalização do idoso é um dos reflexos desta alteração, tanto na sua estrutura, como nas suas tradições. É óbvio que a manutenção dos seus laços de amor, convivência e contacto físico são fundamentais para o idoso que se encontra distanciado da sua família, em situação de fragilizado. O papel da família não acaba ao deixar o seu idoso na instituição, é necessário manter essas relações interpessoais, favorecendo a adaptação do idoso à institucionalização, ao seu bem-estar físico-psíquico e ao desenvolvimento humano na velhice bem como da harmonia familiar. É uma verdade, no ciclo da institucionalização todos sofrem (família, idoso, funcionários).

No processo de institucionalização nem sempre ocorre por livre vontade do idoso. Um estudo de Born (2002) verificou que a institucionalização dá-se em situações de crise, de dependência por parte do idoso, em que a família não se encontra preparada, nem capacitada e sem tempo para a procura de alternativas satisfatórias. Sabemos que nem todos os idosos institucionalizados são dependentes, já que se vai observando novas características nessa população, mas o seu simbolismo permanece.

Na procura de instituições para os seus idosos as famílias estipulam critérios, evidenciados no estudo de Perlini, Leite e Furini (2007), que analisaram informações de familiares e evidenciaram duas categorias: 1) a atenção requerida pelo idoso, entendida como

o atendimento às suas necessidades do ponto de vista económico, social e de saúde; 2) as percepções da família sobre a instituição, considerando ser o melhor para o idoso e a manutenção dos laços familiares. Verificaram que embora a família deva propiciar ao idoso a satisfação de suas necessidades e dignidade, não disponibilizam de recursos no sentido de viabilizar a sua manutenção no seio familiar pelo que recorrem à institucionalização.

No que diz respeito à adaptação à situação de institucionalização, este foi um aspecto relevante no estudo de Carvalho e Dias (2011), que verificou não existir uma relação significativa entre os factores sociodemográficos, o nível de dependência do idoso, as relações interpessoais e a adaptação à instituição. Uma das variáveis que surge como relevante e significativa encontrada no processo de adaptação à instituição é o 'Motivo' ou 'Razões', sendo os idosos internados por incapacidade de se auto cuidar ou serem independentes. A dependência ou incapacidade é uma das razões mais frequentes. As mulheres estão melhor adaptadas em relação aos homens.

Verifica-se que apesar dos elevados níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados pela instituição e às instalações, há níveis de insatisfação e tristeza quanto ao contexto familiar, à falta de autonomia, à existência de doenças e a outras limitações físicas. Esta é uma questão importante, porque o idoso ao ser institucionalizado é afastado do seu ambiente, do seu meio social e do seu grupo de convívio, das suas ligações e dos seus pertences de uma vida. O que leva-nos a questionar que influências terão no idoso a institucionalização, ao sofrer alterações do seu quotidiano, do seu íntimo e passar pelo processo de adaptação. No que a institucionalização favorecerá ao idoso, de acordo com as suas vivências e necessidades? Esta pode dar-se de forma favorável ou não, isto porque muitas são as condicionantes ligadas ao processo da institucionalização.

De facto este é um processo que representa uma grande mudança na vida do idoso, desencadeando ou acentuando a vivência de várias perdas, como a sua vida social, a sua independência, a sua individualidade, a sua privacidade. Promove uma crise existencial, leva-o a questionar o seu fim de vida, o tempo que lhe resta, a viver em paredes alheias.

4. A morte e os seus aspectos antropológicos

Na verdade o tema da morte é visto com alguma renitência, pois como refere Ariès (1989), o comum é negá-la em razão de seu carácter constrangedor e mítico. A percepção da morte é distinta em cada um de nós, pelas diversas concepções, crenças e representações, fundamentadas não só na sua ocorrência, como no contexto familiar, social em que esteja inserido. A grande verdade é que "(...) o Homem vive num corpo que, um dia, se constitui como estrutura biológica natural, e, em um outro dia, próximo ou remoto, se dissolve na mesma natural biologia" (Serrão, 2011, p. 9). Visão mecanicista que considera a morte como a "(...) extinção do ser individual. Sabe-se que o corpo será decomposto, desagregado e os seus átomos dispersados e reutilizados, num processo em que intervém uma multiplicidade de seres vivos" (Oliveira A. , 2006, p. 18).

A palavra '*morrer*', deriva da palavra latina '*morrere*' que significa perder a vida, falecer, morrer, expirar, perecer. Semanticamente, a palavra carrega muitos atributos e associações linguísticas e culturais. Acrescente tecnologia pormenoriza a sua definição, pelo que podemos observar algumas delas (Houaiss, Villar, & Franco, 2011, p. 1618):

- A morte é o fim de vida, a interrupção definitiva da vida humana;
- A morte aparente/clínica é caracterizada por paragem respiratória, paragem cardíaca e perda de consciência, podendo ser revertida em certas situações quando há reanimação;
- A morte cerebral é caracterizada pela paragem definitiva de toda a actividade cerebral, com suspensão de toda a actividade respiratória, espontânea e com o registo de um eletroencefalograma plano;
- A morte natural é aquela que ocorre na sequência de um processo natural ou por agravamento de uma enfermidade;
- A morte súbita é a morte inesperada, inapropriada, sobrevindo a um indivíduo que aparentemente goze de boa saúde;
- A morte do ponto de vista religioso é a separação entre a alma e o corpo, que marca a passagem a um outro estágio espiritual ou à vida eterna.

Apesar das várias tentativas de definir a morte, a sua percepção transforma-se ao longo da vida de uma pessoa. Os estudos sobre o desenvolvimento deste conceito têm identificado vários componentes de assimilação gradual na representação do seu conceito, constituindo uma mais-valia científica para conduzir a uma compreensão mais amadurecida sobre o tema, já que incluem, de acordo com Démuthová (2012):

- **A Irreversibilidade** refere-se à percepção do facto de que estar morto é um estado definitivo, final e irrevogável;
- **A Universalidade** refere-se ao entendimento de que todos os organismos vivos devem morrer sem excepção (regra universal). Há uma vertente na percepção da verdade, em que a consequência da universalidade signifique para a pessoa a sua própria mortalidade e não apenas a do outro;
- **A Inevitabilidade** refere-se à compreensão de que a morte é inevitável, imprevisível com uma possibilidade de que vá intervir a qualquer momento na sua vida;
- **A Não funcionalidade** refere-se ao conhecimento do funcionamento dos organismos vivos e observações da natureza viva através do conceito de morte, percebendo que estas funções após a morte (a pessoa morta é incapaz de se mover, respirar, falar);
- **A Causalidade** refere-se à compreensão da relação entre a morte e as funções vitais, isto é, a percepção de que a morte é a consequência do fracasso das funções vitais.

A questão primordial, entretanto, a ser colocada é quando e como morreremos e não se vamos morrer, esta certeza já faz parte do ciclo da vida humana (Pessini, 2009). De um modo geral, a ideia da morte nos remete a sentimentos de perda (desprendimento), que podem desencadear fortes reacções e sentimentos dolorosos. Sentimentos como tristeza, de finitude, de medo, de dor e angústia, de abandono, de fragilidade e de insegurança. Estes são aspectos confirmados pelo estudo de Soares, Silva, Rosa, Galvão e Ribeiro (2009), que questionaram idosos residentes numa instituição de longa permanência, acerca da velhice e da própria morte. Quanto à questão da morte alguns idosos demonstraram incómodo e tristeza associados a falas curtas; outros entenderam-na como um processo natural, vendo a questão com tranquilidade e sem a temer, conscientes da sua inevitabilidade.

Os estudos respeitantes às atitudes do homem frente à morte são, em grande parte, relativamente recentes. Podemos citar meramente alguns a que tivemos acesso, como os de Philippe Airès que apresentou um livro sobre 'A História da Morte no Ocidente' (1989), desde a Idade Média, resultante de quinze anos de pesquisas; Colin Parkes e colaboradores, escrevem o livro 'Morte e Luto Através das Culturas' (2003), e o 'Luto - Estudos sobre a

perda na vida adulta' (1998), que vê o tema da morte mediante as suas consequências para quem fica; Douglas Davies, entre outros, também apresentou a 'História da Morte' (2005), onde descreve as diferentes atitudes do Homem perante a morte, resultante do interesse manifestado pelos seus alunos ao longo de vários anos, na área da antropologia social e teologia.

Marie de Hennezel descreve-nos suas experiências e vivências ao acompanhar pessoas em fim de vida, através de livros como o 'Diálogo com a Morte' (2005), 'Nós não nos Despedimos' (2001), 'Morrer de Olhos Abertos' (2006), 'A Arte de Morrer' (1999), entre outros. Elisabeth Kübler-Ross foi pioneira no tratamento de doentes terminais, impulsionou a criação de sistema de asilos para o cuidar em fim de vida, apresenta-nos: 'Morte – Estágio Final da Evolução' (1975), 'Perguntas e Respostas Sobre a Morte e o Morrer' (1979), 'A morte: um amanhecer' (1991), 'Acolher a Morte' (2008).

Júlia Kovács apresenta-nos trabalhos como a 'Educação para a Morte - Temas e Reflexões' (2003) e a 'Morte e Desenvolvimento Humano' (2010). Em Portugal, Abílio de Oliveira, apresenta-nos 'Sobreviver' (2001), 'Ilusões na Idade das Emoções' (2008), 'O Desafio da Morte' (2008), 'Passagem Entre as Margens da Vida' (2009), 'O Desafio da Vida' (2011). E José Eduardo Rebelo, por um revés pessoal com perda de familiares próximos, ao estudar o luto e perdas, apresenta-nos 'Desatar o Nó do Luto' (2004) e 'Amor, Luto e Solidão' (2009).

4.1. Abordagens e concepções sobre a morte

A morte nas diversas culturas e civilizações antigas é simbolizada e retratada de forma diferente, embora complexa e misteriosa remete-nos ao nosso maior temor interior, a nossa finitude, uma questão existencial humana de grande relevância. Ao longo dos tempos esta visão da morte e do morrer, foi-se alterando, da "(...) atitude antiga, em que a morte é simultaneamente familiar, próxima e atenuada, indiferente, opõe-se à nossa, em que a morte provoca medo, a ponto de nem ousarmos dizer-lhe o nome" (Ariès, 1989, p. 25).

Na sua abordagem histórica, Ariès (1989, p. 22), apresenta-nos as diversas perspectivas da morte na cultura ocidental. Na Idade Média define-a como a morte domesticada, em que esta era simples, não havia pressa para morrer e "(...) quando viam chegada a hora, sem precipitações nem atrasos, precisamente como convinha, morriam «cristãmente». Também outras pessoas, não cristãs, morriam com a mesma simplicidade". Os ritos eram simples, organizados pelo próprio interveniente, sem dramatismos e sem emoção excessiva. Era aceite como natural, justa em que o homem:

tinha a consciência muito aguda de que era um morto adiado, de que o adiamento era curto, de que a morte, sempre presente no interior de si mesmo, destruía as suas ambições, envenenava os seus prazeres. E esse homem tinha uma paixão pela vida que nós, hoje, mal compreendemos, talvez porque a nossa vida se tornou mais longa (...) (ibidem, 1989, p.38).

A partir dos séculos XI e XII, denomina-a de a morte de si próprio, esta "(...) converteu-se no lugar onde o homem tomou melhor consciência de si mesmo". O moribundo ainda participa na sua própria cerimónia fúnebre, entretanto é julgado e as suas acções, boas e más, que são pesadas e avaliadas antes do seu último suspiro, o que determinará a sua sorte (ibidem, 1989, p.38). Nesta fase a morte passa a ser "(...) um acontecimento pleno de

consequências; convinha pensar nela mais aturadamente” (Ariès, 1989, p. 44). O enlutado deverá expressar a sua dor por um determinado período.

Nos séculos XIX ao XX passa a ser a morte do *outro*, com um novo sentido. É dramatizada, choram, rezam, gesticulam, “(...) cada vez mais considerada, a partir de então, como uma transgressão que arranca o homem à sua vida quotidiana, à sua sociedade racional, ao seu trabalho monótono, para o submeter a um paroxismo e o lançar então para um mundo irracional, violento e cruel” (ibidem, 1989, p.44). Há menos preocupação com a própria morte, mas mais com a do *outro* e as sociedades ocidentais querem-na impressionante e dominante. Verifica-se um culto novo dos túmulos e cemitérios.

No séc. XXI a dor da perda é individualizada, fazendo parte da vivência de muitas pessoas. O luto tornou-se para muitos um problema, quando não uma doença. Não há espaço para a demonstração de emoções, no “(...) círculo familiar hesita-se ainda em deixar exteriorizar a dor, por receio de impressionar as crianças. Só existe o direito de chorar se ninguém nos vir nem nos ouvir: o luto solitário e envergonhado é o único recurso (...)” (Ariès, 1989, p. 57). Não só não se fala sobre ela como também verifica-se a sua desritualização, alterou-se o culto, que de acordo com Barbosa (2003) exprime-se através do aumento de incinerações, com diminuição dos rituais funerários e da arte mortuária.

Antropológica e socialmente foram estudados povos pré-letrados, revelando o modo como as sociedades sem histórias escritas lidaram com a morte. As ciências sociais revelaram de que modo a identidade individual se relaciona com a sociedade no seu todo (Davies, 2005).

Na perspectiva filosófica a questão da morte “(...) tende a ser o reflexo da sua própria origem cultural e a servir de campo de discussão sobre as maneiras em que a autoconsciência humana pode ou deve reagir ao facto da morte”. Martin Heidegger analisou o efeito da morte dos outros e a nossa consciência de que também acabaremos por morrer sobre a nossa própria atitude perante a vida. Jean Paul Sartre, já não percebe em que medida a morte possa conferir algum sentido à vida. Metzger pensa ser possível a transcendência com a morte (Davies, 2005, p. 28).

A perspectiva teológica mostra uma visão alargada, em que as religiões constituíram os meios mais importantes para lidar com a morte nas sociedades humanas. Em que cada uma das “(...) grandes religiões do mundo tem o seu próprio conjunto de teologias ou reflexões formais sobre a ideia do divino e das relações humano-divinas” (Davies, 2005, pp. 28-29). Estas favorecem a saúde mental e actuam segundo vários mecanismos, como “(...) crenças (encorajando a equanimidade), sentimento de pertença a um grupo que o apoia, valorização dos hábitos de vida regular (encorajando o contentamento)” (Lelord & André, 2002, p. 118).

A vertente psicológica centra-se mais no próprio indivíduo e dinâmica interna em relação à morte, o modo como lidamos com a perda de uma ligação estabelecida devido à morte de alguém. Sigmund Freud considera a morte enraizada no desejo humano de regresso à matéria orgânica de onde todos nós surgimos, embora os indivíduos pressintam a sua própria imortalidade. Desenvolveu a teoria do instinto de morte ou *‘thanatos’*, em que considerava-a “(...) uma força negativa e essencialmente destrutiva em permanente luta com a criatividade humana e o desejo pela vida” (Davies, 2005, p. 43). Já Bowlby verificou que o “(...) luto pela perda de uma figura de apoio que faleceu se assemelha a outras perdas de apoios na vida. Com o tempo, um indivíduo enlutado acaba por se adaptar à ausência do apoio que lhe era crucial, encontrando-o nos outros” (ibidem, 2005, p.43). Quando não se verifica uma

adaptação à perda observa-se uma menor adaptação à vida e a evolução de um estado de desequilíbrio ou até mesmo patológico.

Colin Caffell (s.d.), citado por Moody e Arcangel (2006, p. 97), refere que “(...) num mundo perfeito, todos deveríamos ter a consciência de que a vida é intemporal, e de que o sofrimento, tal como o envelhecimento, segue um ritmo natural. No entanto, a maioria das culturas reprime a expressão do desgosto”.

4.2. A morte no desenvolvimento humano

O desenvolvimento humano significa o desenvolvimento do ser no seu todo, Morin (2000) destaca nesse processo a unidualidade biológica e cultural e os circuitos: o cérebro/mente/cultura, em que a mente é o surgimento do cérebro que suscita a cultura, que não existiria sem o cérebro, sendo que cada um é necessário ao outro; a razão/afecto/pulsão, em que as relações entre as três instâncias não são apenas complementares, mas antagónicas. Nesta tríade a razão não é suprema e pode ser dominada, submersa ou mesmo subjugada pela afectividade ou pela pulsão; o indivíduo/sociedade/espécie que interagem na autonomia individual, na participação na sociedade e no sentimento de pertencer à espécie humana.

As interacções entre indivíduos concebem a sociedade, que leva ao surgimento da cultura, que interage sobre os indivíduos. Sendo assim, o desenvolvimento humano do ser como um todo, dá-se na sociedade, para a sociedade, influenciada pela cultura e no indivíduo, para a sua espécie, na sociedade e cultura. De facto, para Morin (2000, pp. 58-59) o ser humano não vive somente de “(...) racionalidade e de técnica; ele se desgasta, se entrega, se dedica a danças, transes, mitos, magias, ritos; crê nas virtudes do sacrifício, viveu frequentemente para preparar sua outra vida além da morte”. Durante esse percurso para o desenvolvimento e preparação, associam-se os processos de adaptação às perdas, a aceitação e compreensão da morte, que diferem em cada etapa da vida.

A realidade do conhecimento do fim da vida humana começa muito cedo no desenvolvimento individual, na criança pré-operacional, antes dos acontecimentos a terem lugar para com o seu próximo, conectado com o desaparecimento de objectos e entes queridos. Deste modo vai configurando essa sua ideia do que é o ‘morrer’. No entanto, em termos piagetianos, o conceito ou ideia do que está ‘morrendo’ no indivíduo dependerá basicamente: o nível de maturação; do factor de experiência relacionado com as situações relativas à morte de entes queridos, ao longo do ciclo vital de vida; do papel dado pelos ‘outros’, das informações sociais e culturais, sobre o mais ou menos num sentido ‘pré-lógico’ de explicação e/ou factos verazes que ocorrem relacionados com a morte.

Rebelo (2004, p. 25) sintetiza o modo como aceitamos a morte nos diversos níveis de maturação, ao relatar que “(...) no início da vida, desconhecemo-la; mais tarde, temos dificuldade em atribuir-lhe um significado; na adolescência, quando queremos vincar a nossa personalidade, desafiamo-la até; enquanto adultos, tentamos ignorá-la; e na velhice, preparamo-nos para ela”.

A compreensão do indivíduo sobre os meandros da morte, para Kóvacs (2010), acontece desde a mais tenra infância e considera que toda a experiência de morte que se adquire é fundamental para as nossas vidas. A autora defende a importância da abordagem do tema com crianças e adolescentes, isto porque tentar esquecer, ignorar ou fingir que nada ocorreu, que não existe, pode desencadear um comportamento problemático, conflituoso. Há medo!

O medo da morte é uma defesa, é ancestral. É a resposta psicológica mais comum. Tanto o medo como a ansiedade perante a morte são mecanismos importantes e necessários para que o indivíduo se desenvolva emocionalmente, principalmente quando confrontado com a mesma. Fiefel e Nagy (1981), citado por Kóvacs (2010), referem que todos os nossos medos estão relacionados de alguma forma ao medo da morte e que nenhum ser humano está livre dele.

A abordagem do tema da morte na infância é complexa. O estudo de Oliveira, Freitas e Rodrigues (2011) pretendeu perceber como a vida e a morte são compreendidas pelas crianças, entre 8 e 11 anos de idade. Conclui que as representações sociais de crianças sobre a morte variam de acordo com sexo e idade, em que as meninas mostram maior consciência da morte do que os rapazes, associando-a a estados de decomposição do corpo, rituais fúnebres e o lado escuro da vida; os rapazes revelam mais medo da separação e da inevitabilidade da morte; as crianças dos 8 aos 9 anos enfatizaram a morte como algo que provoca desconforto, enquanto as dos 10 aos 11 anos, tendem a representar a sua dimensão ritual.

No que diz respeito aos sentimentos expressos, verificaram-se sentimentos ou emoções negativas (tristeza perante a morte, tristeza, melancolia, insatisfação, desconforto e medo), associadas a um sentimento de perda, saudade, alienação, dor e medo do que pode acontecer após a morte, para os filhos, deixados sozinhos em sua vida, ou para os seus mais significativos, de quem eles podem sentir-se separados (ibidem, 2011). Estes autores sugerem ser necessário ouvir as crianças para explicar ou ajudá-las a discernir a razão para essa tristeza, para fazê-las sentirem-se seguras e capazes de entender o que está a acontecer com elas e ao seu redor. Aspecto também realçado por Strech (2010, p. 11) ao estudar crianças e adolescentes, em que:

A morte torna o dia mais difícil de viver e a noite uma eternidade de sonhos a suportar. Relembra o silêncio, mas não um silêncio que se usufrua com o gosto, que se desfrute por prazer, houvesse assim muitos momentos de fuga. Antes trás um silêncio que não se dilui, um suor que percorre o corpo e arrepia, um frio aguçado que esventra, rasga com dor e deixa, durante muito tempo, o coração a sangrar.

Nas idades mais avançadas Tornstam (2005) descreve mudanças de atitude em relação à vida, há redefinição no modo de ver e de estar na vida, denominando-a de 'gerotranscendência'. Este processo é uma alteração gradativa e natural, que promove uma espécie de sabedoria e leva o idoso a uma ruptura com a visão do mundo materialista e racional. Verificou a existência de vários graus de sinais característicos de desenvolvimento, como: a dimensão do mistério da vida é aceite; a alegria de viver relaciona-se muitas vezes com pequenas experiências na natureza; dedicação à meditação; aumenta o sentimento de afinidade com o passado e gerações futuras; o desinteresse pelas coisas materiais; compreende a vida como um todo, o que exige tranquilidade e solicitude; mudança no significado e importância das relações, sendo mais selectivo e menos interessado em relações superficiais; capacidade de transcender as convenções sociais desnecessárias; o medo da morte desaparece e há uma nova compreensão da vida e da morte.

O medo da morte é intrínseco a cada um de nós, para Kastenbaum (1983), citado por Kovács (2010), cada pessoa teme um aspecto da morte e descreve duas concepções: 1) a morte do *outro* como o medo do abandono, que envolve a ausência e a separação; 2) a própria morte que envolve a consciência da própria finitude, de como será o seu fim e quando este ocorrerá. Aos que acresce outros três: o medo de morrer - surge o medo do sofrimento

quanto à sua própria morte e sentimentos de impotência quanto à morte do *outro*; o medo do que virá após a morte - surge o medo do julgamento, da rejeição e do castigo divino quanto à sua própria morte e o medo de retaliação e perda da relação quanto à morte do *outro*; o medo da extinção - surge a ameaça do desconhecido, o medo do não ser e da própria extinção quanto à própria morte e a vulnerabilidade pela sensação de abandono quanto à morte do *outro*.

À medida que vamos caminhando pelas diversas fases da vida, aproximamo-nos cada vez mais do seu final, que é a morte. Esta torna-se mais presente, entretanto a sua aceitação dependerá dos vários confrontos ou não que tivemos com a morte, do modo como os aceitamos, a nossa compreensão mediante as perdas e as diversas fases de maturidade psico-emocional. Entretanto as perdas mais sentidas, não há dúvida de que são as dos que nos são mais próximos, mais queridos.

4.3. O processo de morrer

Aceitar o fim de vida tornou-se um processo complexo, isto porque vivemos a era das ciências, das tecnologias e da longevidade humana, da escassez do tempo, processo que para Pessini (2009, p. 2) tornam o “(...) nosso morrer mais problemático; difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústia, ambivalência e incertezas”. Observamos a despersonalização da dor e da morte nos hospitais, prolonga-se a vida, mas novas questões bioéticas se colocam: Quando cessar o uso do suporte vital artificial? Quando é que realmente se morre?

Observa-se o prolongamento do processo de morrer, através do tratamento inútil, do tratamento que propõe-se a salvar a vida, mas que promove grande sofrimento, isto porque a morte ainda é tida como um fracasso dos avanços da medicina. Mas temos que ter em conta, que se a “(...) morte é parte do ciclo da vida humana, então cuidar do corpo que está morrendo deve ser parte integral dos objectivos da medicina” (Pessini, 2005, p. 410). Sabemos que o fim da vida é irremediável, não pode ser detido pelos progressos na saúde e quando a medicina não consegue mais atingir os objectivos de preservar a saúde e curar, novos tratamentos tornam-se uma futilidade. Mas torna-se necessário aliviar o sofrimento, surge então a obrigação moral de parar o que é medicamente inútil e intensificar os esforços no sentido de amenizar o desconforto do processo de morrer (Pessini, 2009).

É neste contexto que se enquadra a perspectiva bioética que representa um processo de preocupação ético-moral voltada aos fenómenos advindos dos progressos na saúde, procurando “(...) criar mecanismos para coibir eventual mau uso e ao mesmo tempo fomentar a avaliação de tais fenómenos e desafios de forma integrada às demais ciências, sobretudo as ciências humanas (...)” (Pessini, 2005, p. 12). A bioética é definida por Potter como a “(...) ‘ciência da sobrevivência humana’, numa perspectiva de promover e defender a dignidade humana e a qualidade de vida, ultrapassando o âmbito humano para abarcar inclusive a realidade cósmico-ecológica” (ibidem, 2005, p.15). Esta não trata somente de acções, mas também de hábitos (virtudes) e atitudes (carácter).

Podemos, pois observar dois enfoques éticos, o europeu fortemente marcado pela ideia de virtude e de carácter, podendo complementar o enfoque norte-americano, que se desenvolveu num contexto relativista e pluralista, mas inspira-se na ciência e regula-se no

postulado científico que impõe submeter toda proposta à sua operacionalidade na vida real (Hossne, 2005, p. 65). Podemos observar que:

A perspectiva anglo-americana é mais individualista do que a europeia, privilegiando a autonomia da pessoa. Está prioritariamente voltada para micro problemas, buscando solução imediata e decisiva das questões para o indivíduo. A perspectiva europeia privilegia a dimensão social do ser humano, com prioridade para o sentido de justiça e equidade preferencialmente aos direitos individuais. A bioética de tradição filosófica anglo-americana desenvolve uma normativa de acção, caracteriza uma moral. A bioética de tradição europeia avança numa busca sobre o fundamento do agir humano. Para além da normatividade da acção, em campo de extrema complexidade, entrevê-se a exigência da sua fundamentação metafísica.

No fim da vida temos várias questões relativas ao doente incurável ou em fase terminal, cujos direitos são idênticos a todos os doentes, seguindo-se os princípios da autonomia, não-maleficência e justiça (ibidem, 2005, pp.364-365). Viu-se surgir questões bioéticas como a eutanásia, cujo conceito é o de tirar a vida ao ser humano enfermo, é um tema preocupante e levanta várias questões éticas em fim de vida. Em Portugal o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1995) elaborou um relatório acerca de aspectos relacionados ao fim de vida, onde observamos o desenvolvimento de uma nova vertente do cuidar.

Entretanto não é permitido em Portugal, sendo punível por lei, as várias perspectivas de pôr termo à vida, como: aceder ao pedido do doente terminal, fornecendo-lhe os meios para que se mate, auxilia no suicídio; se o médico (ou outra pessoa) aceder ao pedido do doente terminal e matá-lo a seu pedido, pratica a eutanásia voluntária activa; e se o médico (ou outra pessoa) mata o doente terminal incapaz e que não manifestou a sua vontade provoca o ato de eutanásia activa, involuntária. No caso de o médico decidir acatar a vontade do doente, não iniciando ou suspendendo medidas terapêuticas, cujo único efeito é alongar o processo de morte, que o doente expressamente recusou por documento anterior ou recusou antes de ficar inconsciente (em coma irreversível, por exemplo), passa a ser uma decisão eticamente sustentável se for acompanhada de todas as medidas necessárias a assegurar o conforto e bem-estar da pessoa em processo de morte e mesmo que estas medidas possam, presumivelmente, e não havendo alternativa, reduzir a duração do processo de morte. A medicina curativa vem gradualmente a ser substituída pela medicina de acompanhamento, em que não é só o técnico decide sobre o que fazer com um corpo cuja vida biológica está a extinguir-se, mas sim a pessoa humana com todo o seu percurso histórico, cultural e social que acompanha o seu semelhante por um tempo breve até à sua morte. Daniel Serrão no Parecer 11/CNECV/95 (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV], 1995, p. 5), refere que é

necessário, na perspectiva ética, traçar uma linha clara de distinção entre decisões médicas que constituem formas activas de produzir a morte dos doentes – a “morte médica”, como lhe chama Siegler – e as decisões de manter ou suspender meios artificiais de manutenção de vida, quando esteja medicamente indicado, bem como a decisão de aplicar todas as técnicas que atenuem as dores e produzam conforto e bem estar nos doentes moribundos.

Na Holanda e Bélgica a eutanásia foi legalizada em 2002, no Luxemburgo. As questões do fim de vida foram divididas em distintas áreas, como: decisões de não tratar, que resultam em morte; o alívio da dor e sofrimento, que resulta na abreviação da vida; eutanásia e suicídio assistido; acções que abreviam a vida da pessoa sem pedido explícito. Abriu-se assim a

discussão sobre as decisões médicas em final de vida, incluindo a vontade do doente em todo processo (Pessini, 2005).

Galha (2013) apresenta-nos o caso de 'Maria', a primeira portuguesa a solicitar ajuda para morrer. Portadora de doença incurável, o seu desespero perante a sua sentença, o sofrimento e a degradação progressivos levaram-na a procurar ajuda para morrer conforme as suas convicções, lúcida e consciente. Pelo que solicitou ajuda a uma associação de apoio à morte assistida em Zurique, Dignitas, falecendo a 24 de Junho de 2009. A mesma autora refere um estudo efectuado pelo '*Economist Intelligence Unit*', que avaliou recentemente a 'qualidade de morte' em 40 países, estando Portugal no 31º lugar. O estudo levou em conta quatro categorias: o ambiente de cuidados de saúde básicos em fim de vida, a disponibilidade de cuidados em fim de vida, o custo dos cuidados em fim de vida e a qualidade dos cuidados em fim de vida. Será este o reflexo do desespero de 'Maria'? Como se acompanha o doente em fim de vida?

Actualmente observa-se um novo paradigma no acompanhamento à pessoa em fim de vida, como refere Hennezel (2006, p. 124), "Todos sabemos como os moribundos têm o sentimento de estar sós e abandonados. Procura-se hoje restaurar uma cultura do acompanhamento no sentido de atenuar o sentimento de solidão que preside ao fim da vida". É verdade que anteriormente o acompanhamento em fim de vida foi tradicionalmente dirigido à morte, era mais importante ocupar-se da alma do que dos cuidados ao corpo. A concepção de cuidar do 'moribundo' foi dando lugar ao cuidar 'da pessoa em fim de vida', isto é, acompanhar enquanto há vida, dar importância a tudo o que possa alterar ou perturbar a qualidade de vida que lhe resta (Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos [SFAP], 1999).

4.4. A morte do *outro*

O '*outro*' no desenvolvimento humano é visto por Mead (1972), citado por Rey (2004, p. 3), como a forma de produção da pessoa, isto é, desenvolvemo-nos através dos outros, pelo que

O indivíduo entra na sua própria experiência como pessoa, não directa ou imediatamente, não se convertendo em sujeito de si mesmo, mas só à medida que se converte em objeto para si mesmo, do mesmo modo que outros indivíduos são objetos para ele ... e converte-se em objeto para si só quando adota as atitudes dos outros indivíduos para com ele dentro de um certo meio social, contexto ou experiência, em que tanto ele quanto os outros serão envolvidos.

Ao referirmo-nos à morte do *outro* estamos a mencionar a morte do próximo, de alguém que coabita com o idoso, sendo familiar ou não, que passou a fazer parte da sua vida em contexto institucional. Este *outro* que encontra-se no seu meio social e partilha da sua experiência vivencial na instituição. Referimo-nos, assim ao outro idoso e esta perda pode ser vista como um processo transaccional que envolve o falecido e os sobreviventes em um ciclo de vida comum, reconhecendo-se a finalidade da morte bem como a continuidade da vida.

Segundo Davies (2005, p. 21) a morte é encarada por quatro maneiras, como o luto pessoal, como a morte do '*outro*', como a consciência pessoal da morte e como a nossa própria morte. Sendo que a morte do *outro* é um "(...) dos principais momentos da vida em que os indivíduos têm tendência a sentir a perda do objectivo e do valor da vida (...)".

Do que se fala então é da vida, pois só falamos dos mortos e da morte. Fala-se sobre a morte do *outro*, uma vez que não temos a experiência da nossa própria morte. A morte é a inversão de aparecer, como um retorno de ser, em si, quando esse que acenava se transforma em si mesmo e não pode mais responder (Levinas, 2000). Esta é a nulidade do conhecimento, é o desaparecimento definitivo, cita-se o morto através das palavras de quem vive e das memórias além-túmulo, isto porque os mortos estão em silêncio (Levinas, 1999). A descrição do fenómeno da morte é feita enquanto se está vivo e se algo acontece, não é da ordem da experiência da vida, assim ao se “(...) sofrer a perda, não se tem acesso à perda ontológica como tal, ‘sofrida’ por quem morre. Em sentido genuíno, não fazemos a experiência da morte dos outros. No máximo, estamos apenas ‘junto’” (Heidegger, 2005, p. 19).

A morte do *outro* atinge-nos, não há dúvidas e fará parte das nossas vivências, isto porque a morte “Em sua função de memória colectiva, a epopeia não é feita para os mortos; quando ela fala deles, ou da morte, é sempre aos vivos que ela se dirige. Da morte, nela mesma, dos mortos entre os mortos, não há nada a dizer” (Vernant, 1982, citado por Giacoia Junior, 2005, p. 14). Mediante estes factos, as reacções e atitudes perante o desaparecimento, isto é, a morte do *outro* diferem de idoso para idoso, de acordo com as suas características socioculturais, as suas crenças, a carga de vivências passadas e a relação que foi estabelecida com o *outro* (Moody & Arcangel, 2006).

Das nossas vivências teremos de aprender a fazer ajustes às perdas, sendo a do *outro* singular, porque a morte de “(...) uma pessoa próxima que amamos causa um sofrimento indescritível. A forma como prosseguimos, após a perda, não é algo de bom ou de mau, nem de certo ou de errado”, mas influencia na nossa qualidade de vida (Moody & Arcangel, 2006, p. 115). Ao prosseguirmos a nossa vida, estamos sujeitos a várias reacções inesperadas, de diversos graus de sofrimento, de recusa ou de aceitação.

No que toca a reacções às perdas, tem-se generalizado o uso do trabalho desenvolvido por Kübler-Ross (2011), que permitiu identificar um conjunto de reacções emocionais pelas quais passa o doente em fim de vida. Estas fases são como mecanismos de defesa no enfrentamento do processo desconhecido do ‘morrer’, promotor de conflitos de ordem emocional, material, psicológico, familiar, social, espiritual, entre outros. Identifica cinco fases, embora possam experienciar todas ou só algumas, sem uma ordem definida. Refere as seguintes:

- Na *primeira fase*, a recusa, a pessoa recusa-se a aceitar a sua condição, duvidando do seu diagnóstico, sendo importante dar-lhe todas as respostas de que necessita;
- Na *segunda fase* vem a revolta contra tudo e todos, inclusive contra Deus. Nesta fase é necessário focalizar os sentimentos que o atormentam, como o luto, o medo e a solidão;
- A *terceira fase*, a negociação, caracterizada pela tentativa de prolongar o que é inevitável (no caso do filósofo Buber o fundamento é o ‘diálogo’ nessa relação);
- A depressão corresponde à *quarta fase*, que pode advir em diferentes formas e graus de intensidade, relativas às perdas provocadas pela doença, aos efeitos secundários do tratamento a que está a ser submetido ou à antecipação da perda da vida. A pessoa sofre ao saber que vai morrer, pelo que é importante manter a esperança;
- A *quinta fase*, a aceitação, há uma necessidade de expressar as emoções ao reconhecer que vai morrer. A pessoa prepara-se para morrer em paz e com dignidade, aceita o seu destino e resolve as suas pendências. Necessita partilhar com alguém este momento.

A autora refere que a depressão poderá ser necessária para a aceitação final, entretanto os profissionais devem estar atentos ao tipo que se apresente. Esta refere a depressão

reactiva, em que há a preocupação, um compromisso que aflige o doente. Já a depressão preparatória refere-se àquela em que o doente está a preparar-se para o término de sua vida e o afastamento de quem mais ama na vida (Kübler-Ross, 2011).

Estudos de Lazarus (2006) categorizam as emoções, que nos dizem como a pessoa vivenciou uma situação de adaptação e como está a lidar com ela. Apresenta uma lista de 15, como raiva, inveja, ciúme, ansiedade, medo, culpa, vergonha, alívio, esperança, tristeza, felicidade, orgulho, amor, gratidão e compaixão. Com efeito, cada emoção tem um cenário diferente ou uma história sobre um relacionamento contínuo com o meio ambiente. Termos conhecimento da emoção que está a ser experienciada auxilia na compreensão de como foi desencadeada. O que favorece a visão sobre a dinâmica da sua vida adaptativa, bem como para perceber a emoção sentida e a sua história sobre a relação com o ambiente.

Todos estes aspectos levam-nos a compreender Henzel (2005, p. 13), ao referir que “Morrer não é, como frequentemente supõem-se, um tempo absurdo, desprovido de sentido”. A finitude, a temporalidade, não é apenas, por conseguinte, uma nota fundamental à vida humana, é também essencial no seu todo, no seu sentido. O sentido da existência humana funda-se no seu carácter de irreversibilidade, daí que “Não devemos procurar um sentido abstracto da vida. Cada um tem a sua vocação e missão específica na vida, para levar a cabo uma tarefa concreta que requer ser concretizada” (Frankl, 2012, p. 111).

Por outro lado está o stress e a ansiedade (emoções negativas) quando pensamos na morte ou em morrer. Lazarus (1993) refere várias abordagens para se lidar com situações de *stress*, que dependerá de cada pessoa, do tipo de factor stressante, que dependem de cada pessoa e do tempo em contacto com o mesmo. O que leva ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, as quais denomina de estratégias de *coping*. Classifica-as em focalizada na emoção, que procura alterar a forma como a relação com o meio stressante é entendida e o significado relacional do que acontece, minimizando a tensão e a focalizada no problema, que tem como objectivo alterar a relação entre indivíduo e o ambiente conturbado. Eis algumas formas de lidar com situações de stress, através:

- *do confronto*: tentar alterar a situação de forma agressiva, pode causar problemas por vir a expressar sentimentos de raiva;
- *do distanciamento*: através de esforços cognitivos de desprendimento, de recusa e de minimização da situação;
- *do autocontrole*: através da regulação seus sentimentos e acções, procurando manter a calma e não agir precipitadamente;
- *do apoio social*: através do apoio de terceiros, procurando esclarecer as situações, modos de resolução concretos e apoio de parentes e amigos;
- *da aceitação da responsabilidade*: reconhecer qual o seu papel e implicação na situação stressante e procurar soluções para resolução da situação;
- *da fuga e esquivar-se*: procura através de esforços cognitivos e comportamentais não reconhecer a situação como real, esperar que se resolva sozinha ou evitar a situação;
- *da resolução das situações stressantes*: focar-se na resolução da situação através do seu esforço ou mudança de atitude a fim de alterá-la;
- *da reavaliação positiva*: através de esforços que levem ao seu crescimento, encontrando novos objectivos e até favorecer o encontro com a fé, através da dimensão religiosa.

O homem tem a grande capacidade de transformar criativamente os aspectos negativos da vida em algo positivo, através do seu sentido de vida. O potencial humano permite: transformar o sofrimento em realização e aperfeiçoamento humano; retirar da culpa a oportunidade de mudar para melhor; retirar da transitoriedade da vida um incentivo levando a cabo acções responsáveis. Visto que “(...) cada pessoa é questionada pela vida; e à vida cada um pode apenas responder sendo responsável” (Frankl, 2012, p. 111).

Quanto à questão do sentido da vida, Bengston, Gans, Putney e Walker (2009) sugerem que as pessoas que o encontram tendem a desfrutar de uma melhor saúde física e a experienciar menos sintomas de depressão, do que os indivíduos que não foram capazes de derivar a sensação de que suas vidas têm sentido. Isto, porque um forte senso de significado tende a torná-las mais felizes e com níveis mais elevados de satisfação com a vida que levam.

O sentido de vida é essencial ao ser humano, entretanto estamos a viver a era da não-aceitação e o esconder da morte. Esta converteu-se, passou de uma cerimónia pública, organizada pela própria pessoa, a uma condição interdita, em que se procura “(...)reduzir a um mínimo decente as operações inevitáveis destinadas a fazer desaparecer o corpo” (Ariès, 1989, p. 57). No entanto “(...)permita-me que lhe recorde que ainda ontem havia pessoas que morriam e a ninguém lhe passaria pela cabeça que isso fosse alarmante. É natural, o costume é morrer (...)” (Saramago, 2005, p. 18). Esta é uma grande verdade, morre-se. A morte é o fim do ciclo natural da vida, pois em palavras de Schwartz (2006, p. 111):

A melhor preparação para viver bem e plenamente consiste em estar preparado para morrer a qualquer momento, porque a morte iminente inspira clareza de propósito, torna claro aquilo que realmente importa para si. Quando sentimos que o fim está próximo, temos maior probabilidade de prestar muita atenção ao que quer que valorizemos, especial aos relacionamentos com entes queridos.

Por conseguinte é importante vermos a morte como uma realidade, por mais que queiramos escondê-la, deixar de existir terrenamente é tão natural, como cá andar. Pode-se aceitar a sua inevitabilidade ou negá-la, mas todos nós nascemos, crescemos e morremos. Como perder o medo da morte e aceitá-la? Cada um terá de procurar o seu próprio equilíbrio para valorizar em vida o que realmente é importante, procurar interiormente os seus valores de vida e o seu sentido de viver. Um esforço que levará ao equilíbrio e à aceitação, embora seja um processo bastante complexo.

5. Factores que influenciam a percepção da morte a nível institucional

Com a institucionalização o idoso inicia um novo percurso na sua vida. As dificuldades inerentes a este período podem surgir e o idoso necessitará de apoio, incentivo e orientação para adquirir confiança na sua própria capacidade de viver, sobreviver. Dificuldades neste contexto são traduzidas por factores que promovam algum tipo de influência no idoso quanto à sua percepção da morte a nível institucional. Estes factores exercem diferentes impactos e são vivenciados de diferentes formas, de acordo com a personalidade, a institucionalização, a relação familiar, a carga vivencial e social, os vínculos estabelecidos e a assistência profissional oferecida na instituição.

5.1. Aspectos relacionados com a própria pessoa

A maneira como a pessoa compreende a morte ao longo do seu percurso de vida é dinâmica, em que o seu aproximar leva a que se pense mais nela. Na fase final do envelhecimento, esta considerada natural, pode ou não ser aceite pelo idoso, devido às suas características individuais e vivenciais.

Todos estes aspectos intrínsecos ao ser humano tornam-nos únicos, quanto às percepções da vida, da morte, dizem-nos quem somos e no que vamos nos transformando ao longo da vida. A maneira como cada pessoa percebe a morte dependerá do seu tipo de personalidade, do ambiente e meio social em que esteve inserido, da sua cultura, costumes, tradições e dos seus valores adquiridos, bem como do período temporal em que se encontra, tanto na idade bem como na época.

No envelhecimento o desenvolvimento psicológico envolve uma série de ajustamentos individuais, consequentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, de expectativas sociais, das relações interpessoais, das alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (levando, por vezes, à institucionalização). Nem todos lidam com estas transições da mesma forma, visto que a regulação do comportamento individual é caracterizada pela adopção de estratégias de *coping* que implicam, de forma mais ou menos consciente, estruturas e funções alargadas de cariz bio-fisiológico, psicológico e relacional (Fonseca, 2010).

Entretanto para Parkes, Laugani e Young (2003, p. 16), “O modo como cada um de nós enfrenta a perspectiva da sua própria morte e da morte daqueles que ama permanece uma enorme incógnita, com que cada geração tem novamente de lidar”. Como já observámos, relaciona-se aos aspectos sociais da época em que a pessoa se encontra, pois cada época promove a interiorização das suas concepções da morte, do colectivo ao individual. Actualmente é negada e escondida, como caracteriza Cardella (1994, p. 13), ao referir que

A partir da Idade Média (...), diversos aspectos da experiência e da realidade como o amor, os sentimentos, a intuição, a receptividade e a sensibilidade foram negligenciados pelo próprio homem em busca do progresso e do poder. Actualmente, o homem ocidental sofre as consequências dessa polarização de valores e atitudes, sentindo-se solitário, vazio e desesperançado com a própria humanidade em meio às conquistas e avanços tecnológicos, que o levaram a distanciar-se de sua própria natureza. Esse mesmo homem busca o ‘elo perdido’ de sua felicidade e bem-estar.

O que nos leva à reflexão a significativa influência que exercem essas alterações socioculturais na percepção da relação com o *outro*, bem como da nossa finitude, cujas dificuldades de aceitação estão intrínsecas ao ser humano.

5.2. Institucionalização e relação com a família

A institucionalização é vista como prática na nossa sociedade, uma realidade, não se pensando nos significados para os seus intervenientes, o idoso, a família e os cuidadores formais. Seria de se pensar que a institucionalização constituísse uma possibilidade de recuperação das limitações, aumento da socialização e acesso a melhores cuidados de saúde, o que não se verifica. Observam-se sim fortes alterações quantitativas e qualitativas na

qualidade de vida do idoso (Baixinho, 2006-2007). Perante estes factos, complementa-se com pensamento de Santos (2002, p. 48), referir que a institucionalização

tem os seus riscos e perigos, podendo causar regressão e desintegração social, falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual. Tudo isto pode levar à perda de amor próprio, interesses e respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesses pelo mundo exterior.

Quanto à adaptação do idoso à institucionalização, para Schneider (1997), citado por Prochnau e Pastório (s.d.), reflecte-se na necessidade de incluir-se no meio, de ser aceite pelo outro e desempenhar um papel neste grupo; na necessidade de controlo, levando-o ao interesse pelos procedimentos que levam às decisões; e nas relações, numa busca de aceitação pelo grupo, a integração emocional através de manifestações abertas dos diversos sentimentos.

Em relação à capacidade de adaptação no idoso, Bromley (1966), citado por Agostinho (2004) refere que uma boa adaptação exprime-se pela presença no sujeito de sentimentos como a confiança, o contentamento, a sociabilidade, a emancipação das emoções, a auto-estima e a actividade. Ao superar, com eficiência, as suas dificuldades, o indivíduo resolve conflitos e consegue satisfações e realizações socialmente aceitáveis. Pelo que a boa adaptação depende dos que o rodeiam e que com ele interagem. Caso não haja uma boa adaptação o idoso apresenta sentimentos como, medo das pessoas, descontentamento, ansiedade, dependência, sentimento de culpa, depressão, sentimentos de inferioridade, apatia e isolamento.

De acordo com Bourdieu (2008, p. 165), “Sob pena de se sentirem deslocados os que penetram em um espaço devem cumprir as condições que ele exige tacitamente de seus ocupantes”. De facto, quando o idoso escolhe opcionalmente ou é obrigado a mudar de residência, para uma instituição, observamos duas situações: a) quando as pressões ambientais aumentam, os idosos são cada vez mais desafiados a testar os seus próprios limites e se estas exigências tornam-se um fardo demasiado grande e pesado, pela sobrecarga ou ‘stress’ excessivo, pode ocorrer um desequilíbrio físico e espiritual; b) se as pressões ambientais são muito baixas dá-se a oportunidade de adaptação por parte dos idosos, entretanto se as pressões ambientais são excessivamente baixas, os efeitos podem consistir em privação sensorial, tédio e até mesmo vício (Runcan, 2012).

A casa para a pessoa idosa é uma necessidade fundamental (lugar de pertença), ao adquirir um significado especial. Não é apenas um meio de conforto, mas também um valor emocional, reforçado pelos sentimentos pessoais sobre a família, as relações com os amigos e vizinhos. A casa é uma parte de sua vida e dela não deve ser separado. A vida em reclusão em casa é geralmente mais fácil do que ‘uma vida arrancada’. Muitas vezes, verifica-se uma redução no tempo de vida de idosos que deixam o seu ambiente, mesmo que recebam cuidados de boa qualidade (Puwac, 1995, citado por Runcan, 2012). Este autor evidencia que, numa instituição de longa permanência, 100% dos idosos apresentavam depressão, dos quais 4% sofrem de depressão leve, 62% sofrem de depressão moderada e 34% sofrem de depressão grave, através da aplicação da Escala Beck para medir a depressão. Refere ainda, que a pessoa não é inerentemente vulnerável, mas é transformada por factores como pobreza, habitação inadequada, a receber serviços de baixa qualidade, estatutos legais que lhe são desvantajosos. A vulnerabilidade e o desespero pela incapacidade de mudar alguma

coisa e do tempo que se torna insuficiente, pelas perdas mediante condições crónicas, de relacionamento, dificuldades financeiras ou alterações adversas do seu curso de vida, podem desencadear depressão.

Mediante esses factos, a capacidade de se manter independente é importante e de acordo com Drago e Martins (2012, p. 82) a independência é condicionada por factores como “(...) a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente, o contexto sócio-económico e cultural, ou ainda o facto de ter nascido numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família com maior ou menor capacidade económica”. A dependência é condicionada por factores como a perda de forças, o advento de doenças, a dificuldade em estabelecer e/ou manter um diálogo, podendo levar à solidão.

Pelo que a dependência do idoso gera a necessidade de cuidados mais específicos e pode fazer com que seja posto de parte pela família e levá-lo à institucionalização. São aspectos importantes, isto porque, o novo ambiente institucional será o seu novo lar, a sua nova família. Este grupo de idosos, bem como os funcionários da instituição, serão o seu ponto de apoio, entretanto não se menospreza a família, ponto de apoio importante, durante todo o processo de institucionalização.

Este aspecto pode ser observado no estudo de Oliveira, Souza, Freitas, e Ribeiro (2006) que analisaram a percepção de idosos em relação à importância da família para a qualidade de vida e bem-estar durante o processo de envelhecimento na instituição, em que 42,82% refere que a família não pode fazer nada para isso. Observaram que a institucionalização deu-se por diversos motivos, sendo a família a determinante no processo, identificando a componente de negligência, por esta descuidar os contactos com o idoso e fugir a compromissos assumidos como responsáveis pelo processo e idoso. Entretanto enfatizam que deve-se conhecer o contexto e os sentimentos mais profundos dos laços familiares, avaliar as fragilidades da família e assim determinar as necessidades do idoso, promovendo estratégias de apoio e acompanhamento familiar, na mediação de conflitos. Esta subjectividade e realidade é uma questão pouco estudada, pelo que sugerem um aprofundamento das questões da saúde emocional do idoso institucionalizado.

5.3. Experiências vividas e os vínculos estabelecidos

De acordo com Bussab e Ribeiro (1998) o desenvolvimento humano é marcado pela adaptação natural através da cultura. Esta adaptação dá-se não só pelo desenvolvimento da inteligência e da capacidade simbólica, mas também pelo fortalecimento das vinculações afectivas, das trocas inter-relacionais, das partilhas e da comunicação de modo geral. Sendo assim as alterações do desenvolvimento humano estão ligadas à vida social e cultural onde nos encontremos inseridos, não das características dos nossos ancestrais.

Deste modo subentende-se que à medida que envelhecemos “(...) crescemos em estatura, aumentamos as aprendizagens, amadurecemos as emoções e modificamos o relacionamento com quem nos rodeia” (Rebelo, 2004, p. 17). As relações estabelecidas exprimem-se em função do estado de evolução em que nos encontramos, para o mesmo autor, a partir dos 65 anos, verifica-se uma contraposição entre a “integridade e o desespero; ou colhemos os benefícios dos períodos anteriores e compreendemos e aceitamos com tranquilidade o carácter transitório da vida ou desesperamos por não lhe encontrar um significado” (ibidem, 2004, p.24), o que torna importante a qualidade dos laços desenvolvidos. Oliveira (2011, p.

17) refere que a “(...) qualidade dos relacionamentos que estabelecemos tem que ver, em muito, com aquilo que cada um de nós consegue dar, aceitar, ouvir e transmitir”.

Aspecto realçado por Davies (2005, p. 36), porque é “(...) através das relações humanas que encontramos o sentido da nossa identidade, e através da sua perda que conhecemos o luto”. Entretanto nem todos vivenciam esta experiência com aceitação, alguns criam respostas à realidade, negando-a, ignorando-a, o que dificulta a percepção da finitude do homem, a do *outro* e a sua.

Quanto ao grau e à qualidade do envolvimento da pessoa com o *outro*, Weiss (1973), como citado por Capitanini e Neri (2004, p. 71) classifica os relacionamentos em

- 1) apego, do qual resulta senso de segurança; 2) integração social, que é proporcionada por uma rede de relações sociais; 3) cuidado e dedicação, nos quais uma das partes se compromete pelo bem-estar da outra; 4) afirmação de valor, na qual as capacidades e habilidades da pessoa são reconhecidas por outrem; 5) aliança, em que os envolvidos concordam e pactuam que uns podem contar com a assistência dos outros; 6) orientação, quando a pessoa recebe conselhos.

No interior da instituição as relações fundamentais continuam a existir, mas sofrem modificações que só implicitamente podem ser percebidas. Os valores e concepções que o idoso possuía fora, enfraquecem e muitas vezes desaparecem por completo de sua consciência e mesmo quando permanecem, tornam-se vestígios. Passa-se a não ter contacto com a vida quotidiana existente fora de seus muros, a reconstrução de papéis está limitada a uma dimensão ínfima da realidade social circunscrita ao espaço físico do lar (Souza, 2003). Esse espaço partilhado com pessoas desconhecidas, com quem poderá ou não desenvolver laços sociais ou afectivos, levam a que o idoso se defronte com a “(...) realidade da sua finitude, é agora, no espaço e no tempo institucional, que se voltará para os fantasmas de morte, sentidos como cada vez mais próximos” (Cardão, 2009, p. 13), levando-o à busca do seu sentido de vida.

Os laços afectivos desenvolvidos, embora sejam uma âncora de apoio para mitigar as consequências da institucionalização, têm o seu reverso, pois a morte de alguém próximo e querido é um factor que produz ‘stress’. Moody e Arcangel (2006) referem a presença de sintomas cognitivos iniciais do ‘stress’, relacionado à perda, como: depressão, diminuição da concentração, preocupações desproporcionadas; preocupação exagerada, dores de cabeça, alheamento; irritabilidade acrescida, fadiga mental, perturbação da memória, alterações de humor e por fim, pensamentos obsessivos, perturbações do sono, dores de cabeça. Regressando à sua normalidade dentro de seis a oito semanas.

Mediante as perdas Zimerman (2000), menciona que o idoso no momento em que utiliza a sua experiência, a sua vivência adquirida ao longo da sua vida, além de aprender a conviver com as doenças crónicas e próprias da idade, elabora as suas perdas, minimiza os preconceitos e aprende a utilizar o seu tempo. Refere que o idoso continuará a ‘curtir’ a vida, desfrutando as coisas boas e sendo feliz.

5.4. Intervenção dos profissionais

Os lares apresentam uma equipa que promove os cuidados e o acompanhamento ao idoso no decorrer da sua institucionalização. Pelo que as premissas do cuidado ao idoso recaem na

melhor percepção do ser como idoso e das suas necessidades, respeitando a pessoa como ser único, isto é, ter em consideração os seus “(...) gostos, necessidades, desejos, nas sua história e nos seus hábitos, no direito à sua intimidade, (...) a fazer escolhas e tomar decisões livres e conscientes, no direito a ser ajudada a melhorar ou manter a sua autonomia (...)” (Pereira, Gomes, & Galvão, 2012, p. 87).

Um aspecto a ter em conta é que estes profissionais têm as suas actividades rotineiras fortemente influenciadas pelas suas crenças relacionadas ao envelhecimento. Muitas vezes percebem o idoso como um doente, incapacitado, incapaz de tomar as suas decisões, condicionando o aparecimento, o desenvolvimento e a perpetuação de comportamentos e atitudes paternalistas ou proteccionistas e de pouco investimento na reabilitação (Cabete, 2004). Atitudes que limitam a autonomia do idoso, influenciando directamente em aspectos vitais como a autonomia física, cognitiva e emocional.

A questão da dependência do idoso a nível da institucionalização, também é um factor importante, visto que Miguel, Pinto e Marcon (2007), referem que a dependência ou independência remetem-se às mudanças biológicas e às mudanças de exigências sociais. Os autores classificam a dependência e descrevem-nas como:

- *A dependência estruturada* – está ligada à percepção de que o valor do ser humano é determinado pela sua participação no processo produtivo, em que a aposentação leva-o a dependência.

- *A dependência física* – está relacionada à incapacidade funcional para realizar as actividades de vida diária, que variam em grau dependendo da idade, género, classe social e a ocorrência de problemas mentais. Esta dependência pode ser resultante das doenças crónico-degenerativas e/ou incapacitantes, o que não determinam, necessariamente, a dependência física ou a incompetência do idoso. Entretanto são percebidas como um sinal de dependência em geral. O que não é determinante por si só da perda de autonomia por parte do idoso.

- *A dependência comportamental* – pode ocorrer como consequência da dependência física e é explicada por dois grandes paradigmas: a) um vê a dependência como resultado do desamparo percebido em que a dependência é atribuída ao ambiente em que se encontra inserido, sendo este negligente, duvidoso, ou relacionada às experiências de perda de controlo, a mais temida pelos idosos; b) o outro considera a dependência como um instrumento de controlo passivo, em que uma pessoa pode ser considerada incompetente para realizar determinadas tarefas e outra pessoa executa-as em seu lugar, mesmo que isso não seja necessário ou que contraria a sua vontade. Do mesmo modo, ignorar as pessoas idosas, apressá-las ou tratá-las com desrespeito, são factores que também podem induzir à dependência comportamental.

Já Serrão (2006) considera três subtipos de capacidade funcional nos idosos, como:

- *Muito dependentes* - idade acima dos 85 anos, com dependência que resulta ou do envelhecimento natural ou surge por doença, incluindo a doença oncológica em fase terminal.

- *Dependentes* - resultante, principalmente de doença crónica que sujeita a tratamentos médicos constantes.

- *Independentes* - os que mantêm as suas capacidades, mas que já estão inactivos, reformados, obstinados pelo *slogan*: ‘não faço nada, porque estou reformado’.

Neste cenário, salientamos que, o atendimento de idosos em instituições passa a ser uma preocupação, visto os cuidados serem frequentemente praticados por profissionais não qualificados, sem nenhuma formação profissional e/ou capacitação para o cuidado específico ao idoso. Na base do que referimos anteriormente, exige-se algumas qualidades, entre elas a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com o idoso, para a concretização dos cuidados. Verificámos, durante a actividade profissional, que alguns destes profissionais, apresentavam dificuldades em desempenhar tal tarefa. Dificuldades expressas, quando referiam não dispensar o tempo necessário para tal, devido à necessidade de cumprir às rotinas institucionais.

Estes profissionais cuidam do idoso na vida e na morte, e embora lidem directa e frequentemente com a morte, geralmente não se encontram preparados para lidar com as suas consequências. Isto porque de acordo com Moody e Arcangel (2006, p. 95), as pessoas que sofrem uma perda necessitam de um certo conforto e é desejável que esse conforto seja promovido por um profissional. Estes podem ser definidos de facilitadores, que "(...) facilitam a evolução do processo do sofrimento, ajudando os sobreviventes a vivenciar e a organizar os seus sentimentos e pensamentos, e educando-os nesse sentido". Como pode um profissional não preparado proporcionar o apoio ao idoso mediante as perdas sucessivas? Deverá haver uma consciencialização do problema e assim a preparação desses profissionais.

O que nos leva a constatar que não só o profissional deve estar preparado, bem como deverá conhecer a história do idoso ao seu cuidado. O que só será possível se conversarmos com ele, se ouvirmos a sua história de vida e também o que a família e os amigos falam acerca dele. Ao conhecer a história do idoso, compreende-se a resposta emocional que apresentam em determinados momentos de stress, isto, porque é o resultado da sua trajectória de vida. O que torna preocupante perceber onde deverá caber este cuidado nas regras estabelecidas, nas rotinas específicas das instituições,

Devemos ter consciência que a vivência de uma perda provoca alterações afectivo-comportamentais no idoso. Estamos preparados para identificar e responder a esta necessidade no idoso institucionalizado? A perda envolve um processo de 'luto', isto é, um processo de adaptação e transformação que resulta em benefícios após o enfrentamento desta situação, o que envolve uma reestruturação da pessoa envolvendo novos interesses, aprendizados, actividades e relacionamentos. A demonstração de sentimentos menos positivos nesta fase, como a tristeza, o afastamento, alterações de humor e a ansiedade, podem acontecer e não se deve confundir com doenças. Ao cuidador cabe compreender que isso ocorre e que a vivência do luto seja uma tarefa complexa e difícil para o idoso e geradora de sofrimento.

Por exemplo, Fernandes (2010, p. 45), quanto às questões do cuidador, refere que este deve identificar as necessidades físicas e psíquicas do idoso, avaliar as potencialidades e expectativas, para assim prestar o cuidado necessário, individualizado, estimulador. Tudo isto favorece a autonomia do idoso na realização das suas actividades básicas e instrumentais de vida quotidiana. Assim, o cuidador deve

possuir formação profissional na área, manter a sua integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, ter competências técnicas (conhecimentos teóricos e práticos), éticas e morais. O cuidador deve estabelecer relações de confiança, de dignidade, ser capaz de assumir responsabilidades, deve estar motivado e mostrar empatia pelos idosos. Para além destas qualidades e habilidades que o cuidador deve possuir, é

importante que estabeleça uma relação próxima com a família de quem está a cuidar, para garantir uma sintonia favorável, de bem-estar para quem cuida e principalmente para quem é cuidado.

As práticas, de acordo com Honoré (2002), não devem ser questionadas por pensadores, mas sim pelos próprios atores comprometidos na acção, reconhecidos na sua dignidade de participar lá onde está a sua experiência, a sua experiencia de cuidador.

Sendo assim, este deve estar preparado para lidar com esta população específica, bem como saber lidar com os seus próprios temores, pois para acompanhar em vida, estamos com o passar do tempo a acompanhá-los para a morte. Haverá uma preparação por parte de todos, porque nem todas as perdas são idênticas e não devem ser geridas de forma idêntica.

Em definitivo, analisámos a posição paternalista ou de completa indiferença perante os acontecimentos da morte do *'outro'* ou em *'morrer'*, mas o cuidado ao idoso institucionalizado baseia-se no princípio da beneficência, promoção da qualidade de vida e evitar o sofrimento adicional. A equipa cuidadora das instituições (técnicos, cuidadores formais e informais e dirigentes) devem assim ser a depositária do saber, pelo que este trabalho torna-se pertinente, no intuito de "(...) compreender melhor os significados de um acontecimento ou de uma conduta, (...) compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns dos fundamentos das suas representações" (Quivy & Champenhoudt, 2005, p. 19), sendo assim, a nossa investigação é um "(...) caminhar para um melhor conhecimento (...), com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica" (ibidem, 2005, p. 25). Este conhecimento poderá levar ao melhor *'cuidar'*.

CAPÍTULO II - A Metodologia Empírica

O presente estudo de caso (exploratório, descritivo e interpretativo) aborda as opiniões acerca da morte e da sua vivência em idosos num ambiente institucional de longa permanência, na cidade de Castelo Branco. A estratégia que melhor se adequa ao nosso estudo apoia-se num paradigma misto, embora em grande parte na abordagem qualitativa das questões sociais, procurando interpretar as diversas situações no mundo pessoal dos idosos e dos significados (representações, percepções, imagens) que eles têm. Assim, o objecto do estudo é a relação do sujeito idoso institucionalizado em lar residencial, com a morte e a morte do *'outro'*. De facto, a metodologia em ciências sociais deve captar a essência do fenómeno social, na tentativa de compreender o mundo que nos rodeia, onde a combinação de paradigmas qualitativos e quantitativos são uma característica marcante. Isto porque os paradigmas não se contradizem, mas antes complementam-se (Coutinho, 2011).

Optámos por uma abordagem metodológica quali/quantitativa, tendo como suporte a análise documental (observação de documentação), a observação natural e participante, as entrevistas semiestruturadas individuais, a aplicação de questionários ('Escala Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte' e a 'Escala Geriátrica de Depressão') e as respectivas notas de campo. As informações recolhidas em duas instituições foram efectuadas mediante a disponibilidade dos idosos e dos técnicos/responsáveis (termo de consentimento e livre aceitação) e tivemos que aprender a gerir essas disponibilidades e a falta de encorajamento por partes de alguns idosos em abordar o tema.

Neste capítulo propomo-nos a abordar as técnicas e os procedimentos metodológicos que foram o suporte para atingir os objectivos do estudo, o que nos garante a fundamentação das opções metodológicas (Quadro nº 52). Num primeiro momento, delinearemos os objectivos e as questões de investigação. Num segundo momento a caracterização do contexto institucional dos dois lares e dos sujeitos em estudo. Num terceiro momento a descrição das estratégias metodológicas, numa abordagem descritiva/exploratória, além da explicação das técnicas/instrumentos de recolha de dados seleccionados, num processo dinâmico e de 'bola de neve', no intuito de evitar enviesamentos e respostas tendenciosas. Descrevemos assim o Protocolo institucional elaborado. Num quarto momento descrevemos a técnica de análise de conteúdo e num quinto momento a triangulação dos dados. Por fim faremos a descrição dos procedimentos formais e éticos, essenciais para resguardar-se o anonimato, a privacidade e a confidencialidade dos entrevistados.

1. Os objectivos e as questões de investigação

O envelhecimento e a proximidade da morte, como já referimos levantou-nos várias questões quanto à vida que resta e à percepção da morte, porém ambos os aspectos em ambiente institucional são particularmente delicados, já que a morte pode ser vista de várias maneiras nesse meio muito próprio. De facto, o contacto frequente com a perda de companheiros de instituição com quem convivem diariamente promove o sofrimento. Este sofrimento se não resolvido pode vir desenvolver problemas na preparação e na qualidade de

morrer do idoso sobrevivente. Mediante esta realidade foram delineados os objectivos deste estudo, no intuito de se promover o conhecimento do fenómeno, favorecendo à melhoria da prestação de cuidados aos idosos institucionalizados.

Tendo em conta o exposto, foram delineados os seguintes objectivos:

- Compreender se as perdas (falecimentos) mais significativas para o idoso antes da sua institucionalização influenciam a sua aceitação da perda do *outro* durante a institucionalização actual nos lares residenciais;
- Analisar as percepções – expressas através de ideias, pensamentos, emoções, sentimentos – no que concerne ao significado da ‘morte’ e da ‘morte do *outro*’ para o idoso institucionalizado em lares residenciais na cidade de Castelo Branco;
- Relacionar os aspectos inerentes à percepção dos idosos dos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco, quanto à morte medida através das Escalas Breves sobre as Diversas Perspectivas da Morte com a Escala Geriátrica de Depressão;
- Determinar qual o apoio institucional fornecido aos idosos dos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco após a perda do *outro* e implicações na sua vida quotidiana;
- Identificar se os idosos institucionalizados nos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco sentem necessidade de receber apoio após a perda do *outro*.

A escolha deste tema gerou a formulação do problema, o delineamento dos objectivos e posteriormente as questões de investigação, que são “(...) um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 1999, p. 51). Estas são as directrizes que servem de base para a conclusão do estudo.

As questões de investigação que estabelecemos foram as seguintes:

- **Que.1-** *Qual o perfil sociodemográfico do idoso institucionalizado em lar residencial na cidade de Castelo Branco e dos respectivos técnicos/responsáveis dessas duas instituições em estudo?*

Esta questão tem como objectivo identificar e caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos das duas instituições (n1=35 idosos), através da análise das variáveis de sexo, idade, religião, estado civil, habilitações literárias, naturalidade, profissão, tempo de institucionalização, classificação da estadia na instituição e a relação com os outros. Estas variáveis fazem parte da primeira parte das entrevistas semiestruturadas aplicadas aos idosos dos Lares e das *Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte* (ANEXO 3) e da Escala Geriátrica de Depressão (ANEXO 4). Simultaneamente, nas entrevistas semiestruturadas aplicadas aos técnicos/responsáveis desses Lares (n2=4) identificámos e caracterizámos estes sujeitos na base das variáveis de sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, residência, profissão, tempo de trabalho na instituição (ANEXO 2).

- **Que.2-** *As perdas (falecimentos) mais significativas para o idoso antes da sua institucionalização influenciam a sua aceitação da perda do outro durante a institucionalização actual nos lares residenciais?*

Pretendemos através dos dados e da teoria fundamentada perceber se as ‘perdas’ de seres queridos sofridas pelo idoso enquanto estava no seu meio ambiente normal, interferem na sua percepção/aceitação da perda do *outro* durante o actual processo de institucionalização.

• **Que.3-** *Qual o significado da 'morte' e da 'morte do outro' para o idoso institucionalizado em lares residenciais na cidade de Castelo Branco?*

Analisaremos a percepção que o idoso tem da 'morte' em geral, o que ele pensa e sente, face às suas vivências anteriores, a fim de as relacionar com a sua percepção da 'morte do outro' a nível institucional, ou seja desejamos saber as implicações dessa percepção, obtida ao longo da sua vida e durante a institucionalização. A teoria fundamentada ajuda-nos a interpretar o que o idoso institucionalizado sente pela morte do *outro*, seja o companheiro de instituição, o cônjuge ou familiar e o impacto dessa situação na sua vida quotidiana.

• **Que.4** - *Os significados das representações atribuídos pelo idoso institucionalizado quanto à 'morte' e à 'morte do outro' diferem de acordo com as variáveis: género, idade, escolaridade, religião e tempo de institucionalização e níveis de depressão?*

Pretendemos verificar se as variáveis de identificação ou sociodemográficas dos idosos influenciam os significados das representações dos idosos, quanto à 'morte' e à 'morte do outro' durante a institucionalização, relacionando-as com os *scores* ou pontuações obtidas na Escala Geriátrica de Depressão, ou seja a relação das representações da 'morte' e 'morte do outro' com os níveis de depressão.

• **Que.5-** *Quais as diversas perspectivas sobre a 'morte' dos idosos institucionalizados em dois lares residenciais da cidade de Castelo Branco, mensuradas pelas pontuações/scores obtidas nas Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte?*

Verificaremos as diversas perspectivas dos idosos sobre a 'morte' e as relações entre as suas categorias ou subescalas, as variáveis sociodemográficas e a Escala Geriátrica de Depressão, a fim de identificar os significados das representações atribuídos pelos idosos quanto à morte em termos geral.

• **Que.6-** *Qual o apoio institucional fornecido aos idosos dos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco após a perda do outro?*

Pretendemos saber o tipo de apoios fornecidos por essas duas instituições aos idosos, a fim de compreender as suas reais necessidades. Esta questão implica uma outra.

• **Que.7-** *Os idosos institucionalizados nos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco sentem necessidade de receber apoio após a perda do outro?*

Pretendemos compreender até que ponto esses idosos sentem a necessidade de terem qualquer tipo de apoio após a perda do *outro*, a fim de conhecer as necessidades expressas pelos próprios idosos.

De facto, todas as questões de investigação pretendem aprofundar e compreender as dificuldades vivenciadas pelos idosos em contexto institucional de lar residencial após a perda do *outro* e quais as suas necessidades, mediante a sua percepção do fenómeno. Essas questões serão analisadas perante os dados obtidos e interpretadas com teoria fundamentada e notas de campo (triangulação).

No caminhar para a compreensão do fenómeno tornou-se necessário a definição do design do estudo, fase caracterizada pelo "(...) conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica", determinam-se assim, os métodos e técnicas que garantam objectividade e precisão (Fortin, 1999, p. 372), seguindo uma metodologia predominantemente qualitativa.

Optámos pela metodologia qualitativa afim de descrever as experiências sob o ponto de vista dos idosos (fenómeno da ‘morte’ e ‘morte do outro’), procurando uma “(...) descrição da experiência humana, ela fica ligada a enunciados verbais (...), a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência” (Fortin, 1999, p. 315).

Preocupamo-nos com a descrição directa da experiência, tal como ela é vivenciada, isto é, a realidade que emerge pela comunicação/linguagem dos sujeitos, para ser compreendida e interpretada. Esta permite recolher e reflectir sobre aspectos enraizados, menos imediatos, dos hábitos dos sujeitos, grupos ou comunidades em análise e, simultaneamente sustentar, de modo fundamentado na observação, a respectiva inferência ou interpretação dos seus hábitos (Santo, 2010). Trata-se de um “(...) relato do espaço, do tempo, do mundo ‘vividos’ (...) de uma descrição directa de nossa experiência tal como ela é, e sem nenhuma deferência à sua génese psicológica e às explicações causais que o cientista, o historiador ou o sociólogo dela possam fornecer (...)” (Merleau-Ponty, 1999, pp. 1-2).

Através desta metodologia teremos a compreensão de casos concretos “(...)nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e actividades das pessoas nos seus contextos próprios” (Flick, 2005, p. 13). Neste caso a convivência do idoso institucionalizado com a morte e a morte do *outro*, a sua percepção e a influência desta na sua vida quotidiana. Sabemos que existem múltiplas realidades, tantas as suas interpretações e comunicações, dando-se maior importância ao sujeito no processo de construção do seu próprio conhecimento (Gil, 1999).

No âmbito desta abordagem metodológica optámos pelas seguintes técnicas de recolha de dados: entrevistas semiestruturadas aos idosos institucionalizados (n1=35) a viver o fenómeno em estudo, num ambiente que difere por completo do seu ambiente familiar/comunitário; entrevistas semiestruturadas aos técnicos/responsáveis desses lares residenciais (n2=4); observação documental, observação natural e espontânea; observação participante durante o período de aplicação dos instrumentos; notas de campo.

Todos estes aspectos fizeram com que familiarizássemos com o fenómeno ou situações em que este se produz, a fim de que haja uma melhor compreensão do fenómeno estudado (Keetele & Rogiers, 1993), que ocorre em contexto de Instituições de Longa Permanência para Idosos.

No intuito de dar continuidade ao estudo, justifica-se a necessidade de utilização de ambas as abordagens científicas, tanto a qualitativa, bem como a quantitativa. Ao se combinar as abordagens, o estudo torna-se mais consistente, através do uso da entrevista semiestruturada, de escalas de medida (*Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte* e *Escala Geriátrica de Depressão*) e a observação directa, registada através de notas de campo.

2. O contexto institucional e os sujeitos de estudo

O estudo foi realizado na região centro, distrito de Castelo Branco, em dois Lares Residenciais localizados na cidade de Castelo Branco. O estudo englobou 35 idosos institucionalizados (n1=35) em instituições de longa permanência, com idades compreendidas entre os 67 e os 94 anos. Estes idosos encontravam-se institucionalizados na Santa Casa de Misericórdia de Castelo Branco (designação S) e o Lar de São Roque Lda. (designação R), na cidade de Castelo Branco.

Ambas as instituições abrigam Actualmente 406 idosos, que se encontram em vários estágios de dependência (limitações físico-motoras, demências e/ou patologias), sendo alguns independentes, semi-independentes e dependentes funcionalmente.

Observámos que em ambas as instituições os idosos com maior capacidade de mobilização encontravam-se fora da zona dos quartos, nos salões de convívio, nas salas de actividades ou mesmo fora da instituição (exteriores) para passeios e qualquer outra actividade que lhe fosse pertinente. Os idosos semi-dependentes mantinham-se nas instalações, mas mobilizavam-se pelos corredores dos lares, procurando manter alguma actividade, com alguma segurança e precaução. Os idosos com maior grau de dependência encontram-se nas salas de convívio e são mobilizados pelos funcionários. Parte destes idosos, embora dependentes fisicamente apresentavam um excelente discernimento quanto ao que se passa, tanto ao seu redor e bem como consigo mesmo.

2.1. Caracterização das instituições

Este estudo foi realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos, situadas no Distrito de Castelo Branco, localizadas na Cidade de Castelo Branco. A razão da selecção destas instituições atribui-se à proximidade geográfica e ao facto de proporcionar uma população urbana. E prendeu-se ainda pela facilidade de acesso aos sujeitos e aos dados de informação, bem como com à obtenção de consentimento favorável por parte de ambas as instituições.

As respostas sociais a idosos que apresentam maior nível de ocupação são a Residência e o Lar de Idosos, cuja taxa de utilização, em 2011, foi de 94,9 % (MTSS, 2012). Em 2011, o número de pessoas a residir em estabelecimentos de apoio social foi de 30 814, dos quais 9 980 são homens e 20 834 mulheres. Uma população essencialmente idosa com 70 ou mais anos de idade, numa percentagem de 80,2% (INE, 2011).

O Distrito de Castelo Branco conta com uma população de 2 327 580 habitantes, onde residem aproximadamente dois terços da população (INE, 2011). Conta com 81 equipamentos do tipo Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência), com capacidade para 3 679, num total de 3 292 utentes (MTSS, 2012).

Na região Centro verifica-se que a cobertura de respostas sociais dirigidas aos idosos, embora pouco expressiva, tem evoluído de forma positiva nos últimos anos, reflectindo o crescimento do número de lugares no âmbito das respostas para esta população (mais 31 300 lugares entre 2006 e 2011), no entanto associa-se ao crescente peso da população idosa. As destinadas à população idosa representam 52,4 % do seu total (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012), podem ser observadas através do Quadro nº 51 (ANEXO 1).

As Estruturas Residenciais para Idosos são destinadas a idosos com idade igual ou superior a 65 anos, apresentado suporte familiar ou não e que autorizaram a realização deste estudo. Nestes moldes as seguintes instituições participaram no estudo, por apresentarem a valência de Lar Residencial:

- Lar de São Roque, Lda. – frequência de 43 utentes;
- Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco (SCMCB) – frequência de 363 utentes.

Eis alguns aspectos de diagnóstico caracterial das instituições do estudo:

*- **A Santa Casa de Misericórdia de Castelo Branco.** Instituição Particular de Solidariedade Social, de grandes dimensões, que após a saída do Hospital das instalações da Sede da Misericórdia, que ficaram devolutas, deliberou criar um Lar de Idosos (Atas nº 6 de 5/04/77, nº 7 de 7/06/77, nº 9 de 31/08/77 e nº 10 de 20/09/77). Apresenta as valências, específicas a idosos, de Lar de Idosos, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.

O Lar de Idosos disponibiliza serviços médicos, serviço de enfermagem, apoio psicológico, animação social e educação física. Apresenta estruturalmente vários Lares para idosos, distribuídos por 9 edifícios na sede e 3 no exterior, além de 4 camas para passantes (Emergência Social). Estes são: pavilhão A – Convento da Graça – capacidade para 28 camas, em quartos duplos; pavilhão B – Edifício Ruivo Godinho – capacidade para 23 camas, em 14 quartos; pavilhão C – antigas enfermarias de isolamento – capacidade para 23 camas, em 14 quartos; pavilhão D – é um edifício que tem no Piso 1 o Centro de Medicina de Reabilitação (inaugurado em 01/12/94), no Piso 2 um Restaurante e uma loja e no Piso 3 a Creche e Jardim-de-infância Nº 1, inaugurado em 6/3/93 e tem capacidade para 100 crianças. Não aloja idosos; pavilhão E – capacidade para 19 camas; pavilhão F – capacidade para 107 camas, distribuídas por 3 pisos; pavilhão G – capacidade para 4 camas, em 3 quartos; pavilhão H – capacidade para 12 camas; pavilhão I – na cave, capacidade para 2 camas, em 2 quartos e no 1.º andar tem 1 suite, 6 quartos; pavilhão J – capacidade para 12 camas, em quartos simples e duplos; Lar e Centro de Dia de St.º António – capacidade de 12 camas; Centro Comunitário ‘João Carlos d’Abrunhosa’ – capacidade no edifício A para 38 camas e no B para 33 camas; Centro Social Dr. Adriano Godinho – capacidade de 37 camas, quartos duplos e individuais.

As respostas sociais que evidenciamos destinam-se a públicos-alvo diferentes, nomeadamente crianças e idosos. Quanto aos idosos, tem por objectivo preparar a pessoa idosa para o envelhecimento saudável, estimulando-a a uma vida activa na sociedade mediante o conhecimento de seus direitos e de actividades diversas.

Apresenta uma equipa multidisciplinar bastante diversificada, indo dos corpos administrativos a técnicos de serviço social, psicólogo, médicos, enfermeiros, ajudantes de enfermaria, ajudantes de lar e centro de dia, entre outros.

*-**Lar de São Roque Lda.** já é uma Instituição Privada Lucrativa de dimensões menores, apresenta uma resposta social só para idosos com alojamento de forma a assegurar a satisfação das respectivas necessidades de alojamento, alimentação, lavagem de roupa e assistência médica. Foi fundado em 2008, aumentado a sua capacidade de internamente em 2010, perfazendo Actualmente 43 camas, cujo Alvará é n.º 7/2008. Apresenta também uma equipa multidisciplinar composta pelo director técnico, por uma técnica de serviço social, uma animadora sociocultural, médico, enfermeiros, além de ajudantes de lar e centro de dia, entre outros.

Conta com uma estrutura física única, onde podemos encontrar:

- os quartos que apresentam-se equipados com mobiliário e com casas de banhos privadas. Quanto aos quartos, podemos observar 2 quartos com uma sala em anexo com lareira; 1 quarto com 3 camas; 16 quartos duplos e 4 quartos individuais;
- um refeitório único amplo, com ligação directa à cozinha e salas de convívio;
- três salas de convívio, uma delas destinada a actividades e informática e uma sala com vista panorâmica para o jardim, com lareira;
- sala de enfermagem, salão de cabeleireiro/terapias da fala/fisioterapia.

Todas essas estruturas são ligadas por corredores amplos. Possuem gabinetes para as actividades administrativas e um gabinete de enfermagem. O edifício é contornado por um amplo jardim, com uma estrutura para o convívio e churrascos. Os idosos mais independentes mobilizam-se por todo o lar e jardim, utilizando uma das portas principais de acesso ao edifício.

Em ambas as instituições as actividades com os idosos são desenvolvidas a nível institucional ou no exterior. Os idosos vão-se mobilizando mediante as actividades a desenvolver, os horários institucionais, à satisfação de suas necessidades e o contacto com o exterior.

2.2. Caracterização dos sujeitos

As instituições onde decorreram o estudo situam-se no concelho de Castelo Branco. O Distrito apresenta um índices de: envelhecimento de 229,23%, dependência de 44,20% e longevidade de 50,73%, comparativamente a Portugal que são de 110,1%, 25,4% e de 43,9% respectivamente. Quanto aos residentes na cidade de Castelo Branco, cujo diagnóstico social de 2010, uma população com 65-75 anos de HM-12 357, H-5 194, M-7 163, e um total pessoas com 75 anos ou mais de HM-6 313, H-2 535, M-3 778 (Dias C. , 2007).

Os sujeitos em estudo, de ambas as instituições, foram seleccionados mediante critérios, principalmente pelo facto do idoso já ter experienciado a perda do *outro* durante o período de institucionalização (n=406). Destes, 35 idosos foram incluídos na amostra, com uma maior percentagem residente na SCMCB. Este facto traz-nos riqueza na recolha de dados, visto "(...) os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como é vivida e tal como é definida pelos seus próprios actores" (Polit & Hungler, 1995, p. 270). Considera-se como o *outro*, o idoso a conviver na mesma instituição, incluindo-se cônjuges, companheiros de instituição, de mesa e/ou quarto.

A maioria dos idosos do estudo é do sexo feminino (57,1%), idade entre 81 e 90 anos (68,6%), religião católica (97,1%), viúvos (80%), baixas habilitações literárias (88,5%), donas de casa (40%), com tempo médio de institucionalização de 3,7 anos. A população-alvo do nosso estudo compreende todas as pessoas que partilhem características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 1999).

O processo de amostragem utilizado foi amostragem não probabilística e criterial, visto todos os elementos da população não terem a mesma probabilidade de serem escolhidos para fazerem parte do estudo, por não ser possível ter acesso a toda a população e sujeitos a critérios pré-estabelecidos (Coutinho, 2011; Fortin, 1999). Pode-se também considerar como objectivo, por assegurar que a amostra apresente um determinado tipo de sujeitos (Maroco & Bispo, 2005), assim a selecção preliminar dos idosos teve como base a elaboração de critérios de inclusão e exclusão. Incluem-se idosos acima dos 65 anos, a residir em Lares na Cidade de Castelo Branco, há pelo menos um ano, que acedessem participar do estudo, além de:

- Não apresentar qualquer doença crónica e psiquiátrica/neurológica, impeditiva de comunicar-se verbalmente;
- Não apresentar *deficits* cognitivos que impeçam a compreensão dos objectivos do estudo e as questões colocadas;
- Idosos que experienciaram o fenómeno em estudo.

A fim de excluir os idosos que à partida não apresentavam atributos necessários, que dificultem o processo de recolha de dados e a percepção do fenómeno em estudo levámos em conta os seguintes critérios de exclusão, que são:

- Idosos portadores de doença crónica e psiquiátrica/neurológica, impeditiva de comunicar-se verbalmente;
- Idosos que apresentavam agravamento do estado geral e incapazes de submeterem-se à entrevista e colheita de dados.

Alguns idosos referenciados foram à partida eliminados da amostra devido aos critérios estabelecidos, uma minoria de idosos não se mostrou disponível para participar do estudo.

Optámos por proceder à selecção da amostra através do apoio dos técnicos/responsáveis dos lares que trabalham nas diversas valências da SCMCB e do Lar de São Roque, como técnicos de serviço social, enfermeiros e ajudantes de lar e centro de dia e, simultaneamente, através do contacto prévio com os idosos após apresentação da investigadora, dos objectivos a desenvolver e do pedido de colaboração para participar no estudo.

A recolha de dados aos idosos foi realizada entre os meses de Dezembro de 2012 a Março de 2013, respeitando os horários preestabelecidos pelas instituições nas actividades desenvolvidas com os idosos, bem como dos seus cuidados de higiene, alimentação, consultas e exames e respeitando os momentos de repouso durante o dia. O que restringiu os horários de colheita de dados pela manhã, das 09:30 às 11:00 e na parte da tarde das 14:00 às 16:00. Os dados referentes aos técnicos/responsáveis dos lares efectuaram-se no mês de Maio, mediante as suas disponibilidades, no local de trabalho.

Durante o processo de recolha de dados foi dada liberdade total aos entrevistados, a fim de responderem às questões apresentadas de modo mais completo possível. A baixa iliteracia da amostra foi um dos pontos negativos na recolha de dados, por ser necessário o apoio no preenchimento das escalas, respeitando as suas opiniões e promovendo o mínimo de interferência, visto alguns termos utilizados nas escalas serem de difícil compreensão. Houve a necessidade de repetição até a compreensão dos termos, o que levou a que as entrevistas tivessem uma variação na sua duração de cerca de 40 minutos a uma hora.

Em seguida, foram convidados os técnicos/responsáveis a participar no estudo, os quais acederam (n2=4), com o intuito de nos darem informação sobre a percepção do fenómeno em estudo, visto que estes profissionais acompanham os idosos no seu dia-a-dia. Foram-lhes fornecidas todas as informações quanto aos objectivos, à metodologia do estudo e de recolha de dados (Protocolo), tendo assim a comprometer-se com a investigação, podendo abandoná-la quando quisessem.

3. Instrumentos de recolha de dados

A selecção dos instrumentos de recolha de dados é essencial, o seu processo deve ser rigoroso, a fim de evitar enviesamentos e respostas tendenciosas. Os instrumentos seleccionados e elaborados para o estudo serão descritos a seguir.

3.1. Documentos institucionais/observação documental

A análise documental consistiu na análise documental às instituições em estudo (Estatutos, regulamento, panfletos, planos de actividades, relatórios de contas anuais, etc.), à qual foi submetida à análise de conteúdo.

Embora reconheçamos que estes dados recolhidos são bastante fragmentados e dispersos, não deixam, porém, de ser consistentes para a concretização dos objectivos do estudo. Além de efectuar uma revisão da literatura sistemática através da consulta de vários autores consagrados que se debruçaram sobre a temática do idoso, da morte e da institucionalização, comparando as suas perspectivas com o tema em estudo.

3.2. Entrevistas semiestruturadas

Optamos por privilegiar as entrevistas semiestruturadas como base da recolha de informação, por se tratar de uma "(...) conversação efetuada face a face, de maneira metódica; proporciona ao entrevistador, verbalmente, a informação necessária" (Marconi & Lakatos, 2003, p. 222), com indivíduos seleccionados cuidadosamente, no intuito de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações (Keetele & Rogiers, 1993). De facto, a entrevista semiestruturada "(...) visa levar o interlocutor a exprimir a sua vivência ou a percepção que tem do problema que interessa ao investigador" (Quivy & Champenhoudt, 2005, p. 80), fazem-se uma série de interpretações sobre a interacção do sujeito em uma situação social, em um lugar e espaço social concreto (Sánchez Martín, 2003).

O descortinar do fenómeno em estudo não se encontra isento de dificuldades na medida em que existe uma insuficiência bibliográfica relativa à problemática das repercussões da morte em contexto de Instituição de Longa Permanência, tendo como principal sujeito o idoso sobrevivente. Daí a razão pela qual optamos por privilegiar as entrevistas semiestruturadas como a base da recolha de informação.

Todas as entrevistas foram individuais, decorrendo em três fases distintas: a pré-entrevista, que consistiu na apresentação do estudo e dos seus objectivos, da entrevista e das condições de recolha, utilização de dados e a confidencialidade dos mesmos; a entrevista propriamente dita, que iniciou de forma informal, pedindo autorização para a gravação em áudio, iniciando a recolha dos dados de caracterização para promover um ambiente descontraído e adequado à entrevista; uma terceira fase, a pós-entrevista (conversa informal registado nas 'Notas de Campo'), cujo objectivo principal foi o de agradecer pela participação e a importância da sua colaboração para o estudo, além de procurar estabilizar reacções menos positivas que se afluíram perante o tema em estudo.

***-Fase exploratória (pré-entrevista)**

A entrevista permite-nos promover a reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura, tomar consciência das dimensões e dos aspectos de um dado fenómeno, além de o colocar de forma mais clara possível. Além da linguagem verbal, faz-se análise da linguagem não-verbal (entoação, sorrisos, franzir de sobrolhos, choro, etc.), o que nos permite adquirir informações acerca das respostas obtidas às questões em estudo (Quivy & Champenhoudt, 2005, p. 181).

Entretanto as questões colocadas na entrevista, como referem os mesmos autores, podem levar o entrevistado a

expressar-se de forma muito mais livre acerca dos temas sugeridos por um numero restrito de perguntas relativamente amplas para deixar o campo aberto a respostas diferentes daquelas que o investigador teria podido explicitamente prever no seu trabalho de construção.

Facto evidenciado durante as entrevistas as observações, evocações e informações complementares as quais incluímos nas notas de campo. O que levou ao redimensionamento das respostas e ao prolongar de algumas das entrevistas.

Para Keetele e Rogiers (1993), a entrevista integra um conjunto de quatro métodos para a recolha de dados, sendo que os outros a observação, o recurso a questionários e o estudo de documentos. De acordo com o exposto, consideramos que as entrevistas que elaborámos foram relativamente abertas, não obstante a existência de um guião, que nos permitiu uma base de referência, favorecendo a obtenção de dados pertinentes e necessários ao estudo. Sendo assim, foram desenvolvidos dois guiões de entrevista, constituídos por itens de resposta fechada e de Likert para a caracterização e do tipo aberta para a entrevista.

A entrevista aos idosos foi validada pela técnica de três juízes após a aplicação a dois idosos da instituição S, os quais não foram seleccionados na amostra. Validámos o conteúdo, a clareza de linguagem e a adequação aos objectivos do estudo, reestruturando-se as questões e retirando as que não estavam de acordo com os mesmos. As questões foram formuladas de forma a serem compreensíveis, claras, acessíveis e de fácil entendimento. Foi assim elaborada a versão final do guião da entrevista (ANEXO 2), durante a qual as dúvidas colocadas foram respondidas, explicitadas, até a total compreensão, dando liberdade para novas indagações.

Estes guiões foram aplicados a uma amostra de idosos institucionalizados em Lar residencial. Por outro lado, pretendeu-se complementar e cruzar as informações fornecidas, pelo que um segundo guião foi elaborado e aplicado a um pequeno número de técnicos/responsáveis dos lares. De seguida descreveremos as suas estruturas e objectivos a alcançar.

***-Fase de aplicação dos guiões de entrevista**

O guião de entrevista semiestruturada direccionado aos idosos é composto por uma primeira parte, formada por 11 questões fechadas que fornecem os dados de caracterização da amostra, como sexo, idade, religião, estado civil, habilitações literárias, naturalidade, profissão, tempo de institucionalização, motivo da institucionalização e como classifica a sua estadia e a sua relação com os outros idosos usando uma Escala de Likert que varia do muito satisfatório, satisfatório, razoável e não satisfatório. Esta caracterização encontra-se anexada às escalas usadas no estudo. A segunda parte do guião de entrevista é composta por 6 questões abertas e duas para associação livre de palavras. Questões que tratam especificamente das perdas ao longo da vida do idoso, antes e durante a institucionalização, à percepção da morte em termos gerais e à morte do *outro* (cônjuge/companheiro de instituição), ao apoio recebido e ao apoio que acham que necessitam.

O segundo guião de entrevista foi direccionado aos técnicos/responsáveis dos Lares (n=4), composto por uma primeira parte com questões fechadas de caracterização, como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, localidade, profissão e tempo de institucionalização, que se encontra agregada ao guião de entrevista semiestruturada

(ANEXO 2). Uma segunda parte, composta por 5 questões abertas referentes ao que pensa e sente acerca da morte do idoso na instituição, se já pensou sobre a questão, o que pensa e sente acerca do apoio fornecido ao idoso após uma perda, o que poderia fazer para minimizar os efeitos da perda no idoso. As suas respostas proporcionaram informação relevante ao estudo, complementando a informação fornecida pelos idosos. Esta entrevista pretendeu complementar e validar as informações fornecidas pelos idosos, pelo que contempla o tema da morte mais como promotor de reflexão, a fim de perceber o que sente e pensa relativamente à perda sofrida por um idoso na instituição, bem como os seus efeitos e propostas para acompanhamento do idoso nesta fase de perda.

Esta técnica da entrevista pretendeu recolher a informação que reflecta, de forma mais fidedigna, as vivências, os sentimentos, em condições adequadas proporcionando assim uma maior liberdade de expressão por parte do entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas nas instituições, em salas destinadas às mesmas ou no próprio quarto do idoso, de forma a manter a sua privacidade durante a mesma. Estas foram gravadas em MP3, após autorização dos entrevistados, e transcritas integralmente.

3.3. As escalas por questionário

De forma a aferir a percepção do idoso quanto à ‘morte’ e ‘morte do *outro*’ e implicações na sua vida quotidiano institucional também foram utilizados duas escalas por questionários, as Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30) de Yesavage, uma avaliação multidimensional do tema do estudo. A nossa escolha recai sobre estes instrumentos pela possibilidade de podermos quantificar uma multiplicidade de dados e proceder a análises de correlação.

3.3.1. Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte - ‘*Death Perspective Scales*’

As ‘*Death Perspective Scales*’, ou seja, as Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte é um instrumento auto aplicável e foram desenvolvidas por Spilka, Stout, Minton e Sizemore em 1977, no intuito de avaliar as diversas perspectivas tanatológicas da morte, aspecto importante para a compreensão do fenómeno em estudo. Foram adaptadas e validadas por Barros-Oliveira e Neto (2004) e avaliam aspectos diferentes das reacções emotivas frente à ideia da (própria) morte.

Este instrumento é composto por oito subescalas que avaliam os diferentes aspectos das reacções emotivas frente à ideia da (própria) morte, no intuito de avaliar a verdadeira natureza multidimensional dos sentimentos experienciados acerca da morte. Originalmente, este instrumento foi criado para avaliar os diferentes aspectos das reacções emotivas frente à ideia da (própria) morte, no intuito de avaliar a verdadeira natureza multidimensional dos sentimentos experienciados acerca da mesma (ANEXO 3).

Este instrumento é constituído por oito escalas breves contendo 4, 5 ou 6 itens, perfazendo um total de quarenta e três afirmações, em cinco dimensões, que são: Morte como Sofrimento e Solidão; Morte como Vida do Além e Recompensa; Indiferença face à Morte; Morte como Desconhecido; Morte como Abandono dos que dependem de nós com Culpa; Morte como Coragem; Morte como Fracasso; Morte como Fim Natural.

O instrumento é respondido através de um formato Likert (1-6), que na versão portuguesa os itens são respondidos através de uma escala de Likert de 6 intervalos, optando só por um deles, sendo estes: 1 – totalmente em desacordo, 2 – bastante em desacordo, 3 – um pouco em desacordo, 4 – um pouco de acordo, 5 – bastante em acordo e 6 – totalmente de acordo. Tal como na escala original, os resultados variam entre 43 a 258 pontos, também na versão portuguesa, a qual tem sido aplicada a idosos.

Referencia-se as escalas e as suas nomenclaturas utilizadas no estudo, como:

- *Escala 1* – ‘morte como sofrimento e solidão’ (SS), com 6 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6) e pontuação máxima de 36;
- *Escala 2* – ‘morte como além-vida de recompensa’ (VA), com 6 itens (7, 8, 9, 10, 11, 12) e pontuação máxima de 36;
- *Escala 3* – ‘indiferença perante a morte’ (MI), com 4 itens (13, 14, 15, 16, 17) e pontuação máxima de 30;
- *Escala 4* – ‘morte como desconhecido’ (MD), com 6 itens (18, 19, 20, 21, 22, 23) e pontuação máxima de 36;
- *Escala 5* – ‘morte como abandono dos que dependem de nós com a consequente culpabilidade’ (MA), com 5 itens (24, 25, 26, 27, 28) e pontuação máxima de 30;
- *Escala 6* – ‘morte como coragem’ (MC), com 6 itens (29, 30, 31, 32, 33, 34) e pontuação máxima de 36;
- *Escala 7* – ‘morte como fracasso’ (MF), com 5 itens (35, 36, 37, 38, 39) e pontuação máxima de 30;
- *Escala 8* – ‘morte como fim natural’ (MN), com 4 itens (40, 41, 42, 43) e pontuação máxima de 24.

Relativamente às propriedades psicométricas das escalas, Barros-Oliveira e Neto (2004) descrevem a consistência interna com valores de Alfa de Cronbach elevados para amostras heterogéneas de sujeitos, que variam entre 0.78 (Escala 8) e 0.94 (Escala 2). Além de correlacionarem as oito subescalas entre si, observando correlações bastante significativas, destacando-se uma forte correlação de $p=0.54$ entre a Escala 2 e a Escala 6.

3.3.2. Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30) de Yesavage

Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30) de Yesavage é amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão exclusivo para idosos. Esta escala auxilia na detecção de sintomas depressivos no idoso, composta por trinta afirmações que respondem de forma positiva ou negativa, com duas alternativas de resposta (SIM ou NÃO), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana anterior (ANEXO4).

A utilização desta escala no estudo torna-se pertinente visto tanto a institucionalização, bem como a proximidade com a morte, supostamente serem promotores de sintomas depressivos. Embora não seja o intuito de verificar as causas dos sinais de depressão e/ou proceder-se ao seu diagnóstico, mas sim associá-la, caso haja correlação, ao perspectivado idoso nesse contexto da morte e da morte do *outro*. Este é um dos instrumentos que podem ser utilizados para se diagnosticar a depressão, entretanto existem diversos estudos que demonstram que os idosos apresentam, na sua maioria, depressões atípicas, que caracterizam-se pela falta de episódios de tristeza, claramente distintos, mostrando-se

apáticos, com queixas subjectivas de comprometimento cognitivo, ansiedade proeminente, somatização e excesso de preocupação com o corpo.

Esta questão na população idosa é importante, porque em termos gerais a depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo. O que resulta em mais anos vividos com incapacidade do que qualquer outra doença, e ocupa a quarta posição em termos de anos de vida ajustados por incapacidade. Além do facto de estar associada a um maior declínio na saúde geral, devido a várias doenças como angina, artrite, asma e diabetes. A depressão geriátrica em particular, não só provoca sofrimento e envolve o risco de suicídio, como também aumenta a comorbidade médica e a incapacidade. Estudos verificam que adultos mais velhos mostram um declínio na prevalência de depressão, em comparação aos adultos de meia-idade. Em particular, verifica-se entre 12-14% de depressão maior em idosos residentes em lares e uma percentagem maior experimenta síndromes depressivas menos graves (Alexopoulos & Kelly Jr, 2009).

A escala foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Teixeira Veríssimo (1988), na 'Avaliação Diagnostica das Síndromes Demenciais', e proposta no serviço de Neurologia e Neurocirurgia no Hospital S. João no Porto. Este estudo foi desenvolvido a partir do trabalho de Brink, Jesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, que de acordo com os mesmos é o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objectivo de ser usado, especificamente para pessoas idosas.

A escala adaptada contém 30 itens, com um tipo de resposta nominal - SIM ou NÃO. Como procedimento para a sua avaliação, deve atender-se que a resposta SIM aos itens 1, 5, 7, 9, 13, 15, 19, 21 e 27, 29 e 30 devem pontuar-se negativamente (zero), caso as respostas sejam 'NÃO' deve-se pontuar com um ponto. Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, e 28, será atribuído um ponto à resposta positiva 'SIM'. Os resultados obtidos na escala, que se situem entre 0 a 10 pontos implica '*ausência de depressão*', se forem entre 11 a 20 pontos, verifica-se presença de '*depressão ligeira*' e se situarem entre 21 a 30 implica uma '*depressão grave*' (Drago & Martins, 2012).

No tratamento dos dados (*scores*, pontuações) obtidos na escala aplicou-se a correlação (Pearson) às questões formuladas. Relativamente às suas propriedades psicométricas, a GDS-30 tem boas medidas de consistência interna ($\alpha=0,94$) e de confiabilidade (0,94), de igual modo sugere estabilidade no Re-teste de 8 dias ($r=0,85$) (Barroso, 2008).

3.4. Observação: directa e participativa

A observação natural e directa às instituições e aos sujeitos em estudo (recolha informal de dados) e a observação participante no decorrer da aplicação das entrevistas e escalas, permitiram a compreensão de muitos dados fornecidos. Este registo observacional deu-se ao nível das notas de campo durante todo o processo de aplicação dos instrumentos, anotações de evidências sobre o ambiente contextual, dos próprios idosos no seu quotidiano, aos cuidadores/funcionários e diálogos adicionais. Para aumentar a fidedignidade das observações, esta foi efectuada logo após o contacto com as instituições e idosos, o que permitiu a obtenção de um conjunto de dados e informações iniciais que permitiram formular as questões de investigação. Esses registos observacionais ajudaram-nos na fase de análise e interpretação dos dados.

3.5. Notas de campo

As notas de campo, com os dados da observação efectuada durante as entrevistas, para Bogdan e Biklen (1994, p. 150) consiste no “(...) relato escrito daquilo que o investigador ouviu, viu, experienciou e pensa no decurso da recolha e reflectindo sobre os dados de um estudo qualitativo”. Esta técnica permitiu-nos aceder às percepções dos idosos, através da sua expressão verbal, colocando-lhes várias questões sobre o fenómeno em estudo, porque são os “registos da perspectiva do sujeito que podem ser confrontados com as notas do investigador” (Flick, 2005, p. 172).

Durante as entrevistas e o preenchimento dos questionários, socorremo-nos da gravação de áudio, que permitiu a obtenção de um conjunto de dados e informações que, a partir deles possamos dar sentido ao fenómeno em estudo, ‘a morte’ e especificar as reacções dos sujeitos do estudo. Não consistiu em apenas ver e ouvir, mas examinar factos/fenómenos que se deseja estudar, considerando o elemento básico e o mais primitivo da investigação científica, sendo seu ponto de partida (Gil, 1999). O registo das notas de campo decorreu do longo processo de aplicação dos instrumentos e nos contactos informais com os sujeitos (ANEXO 5).

4. Análise de conteúdo

A análise de conteúdo é um “(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2009, p. 33), que visa o “(...) conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares” (ibidem, 2009, p. 46). Pretende-se assim a inferência baseada numa lógica sobre as mensagens produzidas pelos idosos através da entrevista semiestruturada e documentos. O que facultará respostas elucidativas com algum grau de profundidade. Acreditamos que este método de análise e tratamento de dados será essencial para a melhor compreensão do problema de investigação.

Esta técnica de tratamento de dados foi utilizada na parte documental e nas entrevistas semiestruturadas efectuadas aos idosos e responsáveis/técnicos, no tratamento das perguntas em aberto. Basicamente o método de entrevista está associado a um método de análise de conteúdo, no intuito de favorecer à produção de um máximo de elementos de informação possível para reflexão (segmentos de texto), que servirá para análise sistemática do conteúdo (Quivy & Champenhoudt, 2005; Campos & Turato, 2009).

A análise de conteúdo é composta por várias etapas, como a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos resultados obtidos.

- **Pré-análise.** Foi efectuada a leitura flutuante das transcrições das entrevistas, que consistiu em conhecer o conteúdo das entrevistas, buscando-se as emoções, os sentimentos e o conhecimento dos idosos e dos responsáveis/técnicos dos lares, acerca do tema em estudo. Isto é, “(...) o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano” (Bardin, 2009, p. 43). As informações contidas nessas conversas que formaram o corpus, que é o “(...) conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A sua constituição implica, muitas vezes, escolhas, selecções e regras” (ibidem, 2009, p. 122).

- **Exploração do material e criação do corpus.** Após leituras sucessivas, com a criação do corpus, a formulação dos objectivos e a exploração que permite apreender as ligações

entre as diferentes variáveis, foi iniciado o processo de codificação, que “(...) permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão (...)” (ibidem, 2009, p. 129). O que incidiu às questões formuladas para a entrevista semiestruturada, destacando-se palavras que surgiram com grande intensidade, como o luto, as perdas, a morte, o apoio, para assim encontrarmos depoimentos significativos.

• **Tratamento e categorização dos dados.** Posteriormente foi iniciada a categorização do material seleccionado, que de acordo com Bardin (2009, p. 145), consiste na “(...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”.

Ao analisar o material, foram evidenciadas e agrupadas palavras fundamentais de forma a moldar as categorias e subcategorias. Este reagrupamento deu origem às categorias evidenciadas nas entrevistas, que correspondem às diversas dimensões que compreendem os indicadores, que posteriormente favorece ao agrupamento das evidências de unidades de texto. Usámos a frase de maior representatividade. Surgiram posteriormente as subcategorias, fruto da análise aprofundada do conteúdo das entrevistas.

• **Inferência dos dados.** Num momento posterior ao processo de análise de dados, passámos para a sua interpretação, onde confrontámos os discursos dos idosos com as categorias e subcategorias evidenciadas. Para que a leitura da análise fosse de fácil compreensão, foram elaborados quadros representativos das categorias individualmente e efectuada a análise e tratamento da informação obtida.

5. Técnica de triangulação de dados

A combinação de métodos quantitativos e qualitativos é denominada para Jick (1979) de ‘triangulação’, que pode estabelecer ligações entre descobertas obtidas através de diferentes fontes, ilustrá-las e torná-las mais compreensíveis além de poder conduzir a paradoxos, dando nova direcção aos problemas a serem estudados. É sobretudo um veículo para a validação cruzada, quando dois ou mais métodos diferentes são utilizados para produzir dados comparáveis, a fim de examinar a mesma dimensão de um fenómeno em estudo. Pode melhorar a precisão de seus julgamentos e aumenta a nossa convicção de que os resultados são válidos e não um artefacto metodológico. O pesquisador como construtor e criador, reunindo muitas peças de um complexo quebra-cabeças em um todo coerente.

A metodologia proposta para o desenvolvimento deste estudo, está baseada na triangulação entre métodos de pesquisa (Flick, 2005; Deslandes, 1999; Fortin, 1999; Gil, 1999; Quivy & Champenhoudt, 2005), caracterizando assim como abordagem principal, a interdisciplinaridade desta metodologia, pelo que neste estudo utilizamos uma multiplicidade de informações, como a experiência pessoal/profissional, os diferentes discursos obtidos através das entrevistas semiestruturadas, os dados quantitativos obtidos através da caracterização da amostra, das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e da Escala Geriátrica de Depressão, da observação, das notas de campo e da consulta a fontes de dados secundários e textos variados.

O que não significa que a triangulação de métodos seja uma simples combinação de múltiplas práticas metodológicas, materiais empíricos, perspectivas e observação em um

único estudo. Na óptica de Flick (2005, p. 231), essa combinação é necessária, afim de “(...) enriquecer e completar o conhecimento e para ultrapassar (de forma sempre limitada) o potencial epistemológico de cada método específico”, promovendo o rigor, a profundidade e a consistência dos procedimentos essenciais ao estudo.

A estratégia de triangulação foi utilizada no estudo através dos relatos acerca da morte e da morte do *outro*, relacionando as perdas do idoso em contexto institucional. Através do contacto com essas realidades vivenciais torna-se possível desenvolver diversas possibilidades interpretativas para a melhoria na prestação de cuidados ao idoso após a perda, assim como a um melhor desempenho humano/técnico/profissional. Por conseguinte utilizamos a triangulação de dados e metodologias com o suporte da teoria fundamentada.

6. Procedimentos formais e éticos

Quando se faz investigação os investigadores devem respeitar os princípios éticos, isto porque os participantes não devem ser prejudicados. Esta ideia relaciona-se com o princípio da não maleficência. A sua participação deve ser voluntária e consciente, facto baseado no princípio da autonomia. Deve-se ter em conta que em qualquer tipo de investigação que envolva a participação da pessoa humana necessitam estar assegurados a confidencialidade e o anonimato das informações prestadas, garantindo que os dados pessoais não sejam divulgados ou partilhados sem a sua expressa autorização. Além de que os participantes de qualquer estudo devem ser sempre tratados com dignidade e respeito, de acordo com os princípios de beneficência e justiça (Streubert & Carpenter, 2002).

Neste estudo foram tomadas todas as medidas éticas e legais que exige um estudo desta natureza. Antes de realizarmos o estudo tivemos contactos informais com os idosos, com os Directores Delegado da Santa Casa de Misericórdia de Castelo Branco e o Responsável pelo Lar de São Roque Lda. Posteriormente, formalizámos o pedido oficial de autorização (Protocolo) para a realização do estudo nas instituições, tendo a apreciação favorável dos seus órgãos administrativos (ANEXO6). Nesta fase foram explicados os objectivos do estudo, a metodologia e quanto aos possíveis benefícios que porventura os resultados tragam, em detrimento da população idosa institucionalizada de forma geral. Após a autorização e livre consentimento foram efectuados contactos por telefone com os diversos responsáveis pelas valências das instituições e demos início ao processo de recolha de dados.

Deslocámo-nos às diversas valências das instituições para efectuarmos as entrevistas semiestruturadas, seguindo o mesmo procedimento, explicando os objectivos do estudo e a metodologia de recolha de dados, bem como a garantia de confidencialidade, privacidade e anonimato dos dados. As entrevistas tiveram uma durabilidade diversa mediante as características do idoso entrevistado, em que se observou baixo nível de instrução e idade avançada. Todos os idosos constantes da amostra e os quatro técnicos/responsáveis anuíram participar no estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Informado (ANEXO 7).

No âmbito geral as reacções dos entrevistados foi positiva, com colaboração total e satisfação em participar do estudo, o que repercutiu nas respostas que foram na sua totalidade à entrevista e instrumentos aplicados.

CAPÍTULO III - Análise e Interpretação dos Dados

Norteou-nos durante o estudo a intenção de compreender a forma como os idosos percebem o fenómeno da morte e da morte do *outro* a nível institucional em lar residencial. Além de tentar apreender qual a percepção das suas reais necessidades mediante as perdas sucessivas, assim apreende-se a lógica dos fenómenos subjectivos, isto é, investigam-se os conteúdos da consciência, privilegiando os dados experimentais, por fornecerem informações mais completas acerca dos significados próprios ao indivíduo (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin, 2005). Estes significados influenciam o seu modo de estar e viver num ambiente institucionalizado, a conviver com a morte do *outro*.

Mediante as 7 questões de investigação orientadoras da natureza dos resultados obtidos, procedemos ao tratamento estatístico das variáveis sociodemográficas e das respostas dadas nas Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e na Escala Geriátrica de Depressão. A análise de conteúdo foi usada no tratamento às entrevistas semiestruturadas, um dos métodos de análise de dados qualitativos mais utilizados. Através do qual se fazem inferências, isto é, produz-se conhecimentos subjacentes a determinada mensagem e também ancora-as a um quadro de referenciais teóricos, situando-se num paradigma académico, situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção (Campos & Turato, 2009).

Os dados tratados de forma quantitativa referem-se aos dados de caracterização da amostra, às Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e à Escala Geriátrica de Depressão. Nesta análise foi utilizado o *software* SPSS (Statistical Package for Social Sciences, IBM versão 20.0 para Windows). Após a obtenção dos resultados, calculou-se a estatística descritiva dos mesmos e a sua consistência interna com Alfa de Cronbach (α). Também foi calculada a correlação através do Coeficiente de Correlação de Pearson, para analisar a relação entre variáveis. Um nível de significância de $p \leq 0,05$ foi estabelecido.

Pretendemos assim colaborar para o conhecimento de um dos aspectos do envelhecimento e contribuir na elaboração de estratégias preventivas, para o aperfeiçoamento das práticas dos profissionais que lidam com o idoso a nível institucional. De seguida os dados colhidos serão apresentados e analisados neste capítulo.

1. Análise dos dados: caracterização dos sujeitos

1.1. Variáveis de identificação dos idosos

A caracterização da amostra tem como base a análise descritiva, mais concretamente a determinação de frequências absolutas e relativas, de medidas de tendência central e de dispersão. A sequência das variáveis analisadas a seguir é a que se encontra descrita no instrumento de recolha de dados (ANEXO 3 e ANEXO 4).

A amostra 'n1' do estudo inclui trinta e cinco idosos (n1=35), codificados com S e R seguido do número de idoso correspondente, dos quais 29 pertencem à SCMCB (S1, S2,S3, ...) e 6 ao Lar de São Roque (R1, R2, R3, ...).

Quadro nº 1- Distribuição dos participantes em função do género

	Género		Total
	Masculino	Feminino	
N	15	20	35
% Total	42,9%	57,1%	100%

Quanto ao 'Género' verifica-se uma maior predominância do sexo feminino, perfazendo 57,1% dos sujeitos da amostra total de idosos (Quadro nº 1). Embora a amostra tenha sido escolhida mediante critérios específicos, este dado caracteriza-se pelo ritmo de crescimento da esperança média de vida das mulheres que é mais elevado, o que tem contribuído para o alargamento do diferencial de longevidade entre homens e mulheres (INE, 2011). Como resultado desta feminização do envelhecimento demográfico, a proporção de idosos em instituições era mais elevada no sexo feminino: 72,9% contra 44,3% dos homens, no total das convívências em 2001 (Gonçalves, 2003).

Quadro nº 2- Distribuição dos participantes em função da idade

	Idade					Total
	65 - 70	76 -80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	
N	1	5	10	14	5	35
% Total	2,9%	14,3%	28,6%	40,0%	14,3%	100%

Quadro nº 3 - Medidas de tendência central e de dispersão para a idade

	N	Media	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância
Idade	35	85,48	87,00	85,00	5,33783	28,492

Quanto à variável 'Idade' observamos uma maior representatividade de pessoas idosas no grupo etário dos 86-90 anos (40%), seguindo-se o grupo etário dos 81-85 anos, com 28,6%. Observando-se uma população bastante envelhecida, com apenas 1 idoso jovem, com 67 anos (Quadro nº 2). Encontrámos uma variação dos 67 aos 94 anos, uma média de idade de 85,48 anos, os 85 anos como a idade mais frequente, uma mediana situada nos 87 anos, com um desvio padrão de 5,33 (Quadro nº 3).

O índice de longevidade relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa com 65 ou mais anos. Na região Centro o índice de longevidade aumentou na última década, passando de 43,3% em 2001 para 49,9% em 2011. As mulheres apresentam um índice superior ao dos homens, 52,6% e 46,1% respectivamente (INE, 2011).

Quadro nº 4 - Distribuição dos participantes em função da religião

		Total
Católica	N	34
	% Total	97,1%
Ateu	N	1
	% Total	2,9%
Total	N	35
	% Total	100%

Quanto à 'Religião', observámos uma maior representatividade da religião católica com 97,1% com crenças católicas, com ritos institucionais e privados (missa, rezas, orações, terço), devido a algum grau de dependência da maioria desta população, que os impede de sair ao exterior (Quadro nº 4). O que foi observado durante as entrevistas efectuadas nos quartos dos idosos, ao ver-se imagens religiosas, o terço disposto sobre os móveis ou nas mãos das idosas (Notas de Campo). O único idoso ateu referiu, logo ao responder à questão, "Não acredito em Deus." (R5), sendo o idoso mais jovem da amostra.

Quadro nº 5 - Distribuição dos participantes em função do estado civil

		Total
Solteiro	N	4
	% Total	11,4%
Casado	N	2
	% Total	5,7%
Divorciado	N	1
	% Total	2,9%
Viúvo	N	28
	% Total	80%
Total	N	35
	% Total	100%

Relativamente ao 'Estado Civil', verifica-se uma maior representatividade de viúvos (80%), seguido pelos solteiros que atinge a segunda maior percentagem, com 11,4% da amostra, de seguida os casados com 5,7% e por último os divorciados, com um único indivíduo (Quadro nº 5). Estes dados vão ao encontro do estudo de Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques (2013) em que o grupo etário dos 75 anos ou mais apresentam uma redução das famílias conjugais, cujo principal motivo é a viuvez, considerado o principal catalisador da transição para a vida a sós. Os casados da amostra encontram-se institucionalizados com os seus cônjuges, descrevendo a doença e a dependência de um ou dos dois cônjuges como motivos que os levaram a optar pela institucionalização.

Quadro nº 6 - Distribuição dos participantes em função das habilitações literárias

		Total
Sem escolaridade	N	13
	% Total	37,1%
1º/2º Ciclo (1 a 4 anos)	N	18
	% Total	51,4%
3º Ciclo (5 a 6 anos)	N	2
	% Total	5,7%
4º Ciclo (7 a 9 anos)	N	1
	% Total	2,9%
Superior	N	1
	% Total	2,9%
Total	N	35
	% Total	100%

No que diz respeito às 'Habilitações Literárias', verificou-se uma maior representatividade de idosos situados no nível de instrução do 1º/2º ciclo de escolaridade (51,4%), seguindo-se

os idosos sem escolaridade (analfabetos), com 37,1% da amostra. Observamos um idoso com curso médio e um com instrução superior (Quadro nº 6).

Lembramos que nos Censos de 2011, a taxa de analfabetismo na região Centro foi de 6,4%, situando-se acima da verificada a nível nacional (5,2%). Na última década, continuou a verificar-se uma redução da taxa de analfabetismo tanto a nível nacional, como na região Centro. Em 2001 eram respectivamente de 9,0% e 10,9%. Em 2011, na região Centro, a taxa de analfabetismo entre a população feminina é cerca do dobro da população masculina, respectivamente 8,5% e 4,0% (INE, 2011). Estes dados verificam-se, porque outrora

A lição era dura e o tempo da escola acabava por norma com a 4ª classe e assim terminavam os anos em que a menina de tranças brincava às pedrinhas (tchinas), ao ringue, saltava à corda e simulava ser dona de casa. A partir desse tempo, a mãe começava a atribuir-lhe tarefas como limpar e arrumar a casa, fazer as refeições, ir lavar à ribeira, dar de comer aos porcos e galinhas, ir aos poços buscar água para limpezas e à Fonte da Ribeira para beber (Rodrigues & Moreira, 2013, p. 106).

Quanto à questão do analfabetismo, Portugal encontra-se situado no 41º lugar, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano em 2011. Apresenta uma média de anos de escolaridade de 7,7%, enquanto a Noruega encontra-se na primeira posição com 12,6% (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], 2011).

Quadro nº 7-Distribuição dos participantes em função da naturalidade

Naturalidade		N	% Percentagem	% Total
Concelho	Cidade			
Castelo Branco	Sarzedas	3	8,6%	60,3%
	Alcains	2	5,7%	
	Escalos de Cima	2	5,7%	
	Castelo Branco	2	5,7%	
	Malpica do Tejo	2	5,7%	
	Póvoa do Rio de Moinhos	2	5,7%	
	Benquerenças	1	2,9%	
	Cebolais de Cima	1	2,9%	
	Escalos de baixo	1	2,9%	
	Cafede	1	2,9%	
	Monforte da Beira	1	2,9%	
	Palvarinho	1	2,9%	
	Retaxo	1	2,9%	
	Stº André das Tojeiras	1	2,9%	
Idanha	Segura	3	8,6%	14,4%
	Idanha-a-Nova	1	2,9%	
	Ladoeiro	1	2,9%	
Penamacor	Penamacor	3	8,6%	8,6%
Cantanhede	Cantanhede	1	2,9%	2,9%
Covilhã	Covilhã	1	2,9%	2,9%
Oleiros	Estreito	1	2,9%	2,9%
Portalegre	Portalegre	1	2,9%	2,9%
Sertã	Pedrógão Pequeno	1	2,9%	2,9%
Vila Velha de Ródão	Sarnadas do Ródão	1	2,9%	2,9%
	Total	35	100%	100%

Observa-se, quanto à ‘Naturalidade’, uma dispersão na sua proveniência, visto muitos destes idosos regressarem às suas origens. Entretanto há uma maior prevalência de idosos do concelho de Castelo Branco (60,3%), seguida de Idanha (14,4%) e Penamacor (8,6 %) (Quadro nº 7). Verificámos à volta de dez idosos provenientes de zonas urbanas citadinas e/ou de vilas, tornando este idoso desta zona ‘próprio’ da sua época, por não ser um povo que emigra, mas que se “Limita o abandono do lar a deslocações temporárias, de uma das regiões para outras, dentro da província e do país (...)” (Dias J., s.d., p. 21).

Quadro nº 8-Distribuição dos participantes em função da profissão e género

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Dona de casa	N	0	14	14
	% Profissão	0,0%	100%	100%
GNR/PSP	N	3	0	3
	% Profissão	100%	0,0%	100%
Comércio	N	2	1	3
	% Profissão	66,7%	33,3%	100%
Carpinteiro	N	1	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	100%
Empregado de escritório	N	1	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	100%
Hotelaria	N	1	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	100%
Trabalhador rural	N	1	3	4
	% Profissão	25,0%	75,0%	100%
CTT	N	0	1	1
	% Profissão	0,0%	100%	100%
Telecomunicações	N	3	0	3
	% Profissão	100%	0,0%	100%
Sapateiro - pedreiro	N	1	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	100%
Contínua - escola	N	1	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	100%
Analista de fundição - metalúrgica	N	0	1	1
	% Profissão	0,0%	100%	100%
Enfermeiro	N	1	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	100%
Total	N	15	20	35
	% Profissão	42,9%	57,1%	100%

Quanto à ‘Profissão’ exercidas pelos idosos da amostra, verifica-se uma maior representatividade de donas de casa (40%), mas nem todas elas estão ligadas a uma classe social baixa, de ambiente rural, pois algumas são de classe média ou média alta. Destacamos que o papel da mulher não está relacionado à mulher trabalhadora fora de casa, mas sim como mão-de-obra simultânea na agricultura e nas tarefas do lar. O trabalho rural é de subsistência, bem como de ajuda nos trabalhos em pequenos comércios, verificando que dos 11,4% trabalhadores rurais, só um é masculino.

O perfil profissional da maior parte dos idosos entrevistados demonstra uma mão-de-obra sem qualificação, predominantemente rural ou ligado à agricultura (conta própria ou assalariados). Há um enfermeiro (com curso de nível superior) e um técnico de fundição, com

um curso de nível intermédio. Também encontrámos trabalhadores ligados à função pública como a PSP/GNR (8,6%), CTT (2,9%) e contínua – escola (2,9%) (Quadro nº 8).

Quadro nº 9 - Distribuição dos participantes em função da profissão e habilitações literárias

Profissão	Habilitações literárias					Total	
	Sem escolaridade	Primária (1 a 4 anos)	Ciclo preparatório	Ciclo complementar	Superior		
Dona de casa	N	3	10	1	0	0	14
	% Profissão	21,4%	71,4%	7,1%	0,0%	0,0%	100%
GNR/PSP	N	1	2	0	0	0	3
	% Profissão	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Comércio	N	0	3	0	0	0	3
	% Profissão	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Carpinteiro	N	1	0	0	0	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Empregado de escritório	N	0	1	0	0	0	1
	% Profissão	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Hotelaria	N	0	0	1	0	0	1
	% Profissão	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	100%
Trabalhador rural	N	3	1	0	0	0	4
	% Profissão	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CTT	N	1	0	0	0	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Telecomunicações	N	2	1	0	0	0	3
	% Profissão	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Sapateiro - pedreiro	N	1	0	0	0	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Contínua - escola	N	1	0	0	0	0	1
	% Profissão	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Analista de fundição - metalúrgica	N	0	0	0	1	0	1
	% Profissão	0,0%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	100%
Enfermeiro	N	0	0	0	0	1	1
	% Profissão	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100%
Total	N	13	18	2	1	1	35
	% Profissão	37,1%	51,4%	5,7%	2,9%	2,9%	100%

Em relação à variável 'Profissão', ela está directamente relacionada com o nível de escolaridade da amostra, observando-se que das donas de casa, 21,4% não tinham estudos (analfabetas) e 71,4% tinham a primária (Quadro nº 9).

Quadro nº 10 - Distribuição dos participantes em função do tempo de institucionalização

		Total
1 a 4 anos	N	26
	% Total	74,3 %
5 a 10 anos	N	9
	% Total	25,7 %
Total	N	35
	% Total	100%

Quanto ao tempo de institucionalização, observa-se uma percentagem bastante acentuada de idosos a residir nas instituições num período de 1 a 4 anos (74,3%) e de seguida idosos com 5 a 10 anos de institucionalização, perfazendo 25,7% da amostra (Quadro nº 10).

Quadro nº 11 - Medidas de tendência central e de dispersão para o tempo de institucionalização

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvio Padrão	Variância
Tempo de institucionalização	35	1,00	10,00	3,72	2,24	5,049

A variação encontrada foi de 1 a 10 anos de institucionalização, com média de 3,7 anos e desvio padrão de 2,24. Depreendemos que a população encontra-se bastante envelhecida, mas em simultâneo observa-se uma renovação da população nas instituições. Entretanto quanto à população com maior média de anos de institucionalização, detectámos que o idoso se adapta à realidade vivencial, isto porque, de acordo com Goffman (2010), há uma mudança cultural gradativa no indivíduo, que apresenta cada vez mais dificuldade em acompanhar o mundo exterior. Em contrapartida encontra-se cada vez mais embrenhado na instituição (Quadro nº 11).

Quadro nº 12 - Distribuição dos participantes em função do motivo da institucionalização

		Total
Solidão	N	8
	% Total	22,9 %
Saúde	N	21
	% Total	60,0 %
Saúde e solidão	N	1
	% Total	2,9 %
Outro	N	5
	% Total	14,3 %
Total	N	35
	% Total	100%

Quanto ao motivo da institucionalização, verificámos que a grande maioria dos idosos optou pela institucionalização devido a problemas de saúde (60%), à solidão (22,9%) provocada pela viuvez e outros motivos (14,3%). A saúde e a solidão em simultâneo obtêm 2,9% da amostra (Quadro nº 12). No indicador 'Outros' referimo-nos a factores como à doença do cônjuge, à incapacidade de se auto cuidar (dependência) e à ausência de apoio familiar. Os entrevistados idosos confirmaram que não tiveram nenhuma pressão para serem institucionalizados, à excepção de um idoso, já que os indicadores 'saúde', 'solidão', isolamento ou o viver sozinho, problemas de alimentação (fazer comida) foram determinantes. Esta justificação de 'institucionalização' foi evidenciada nas suas respostas: "*Caí para cá para cima deste lado (...). Fiquei toda desfeita, que nem assim sei como é que eu o mexo. Ficou tudo em migalhinhas. E então eu pensei assim, - O que é que eu vou fazer para casa? Vou dar trabalho às minhas filhas*". (S19); "*Como vê, também tenho algumas coisas, embora as pessoas passem por mim e vejam que eu sou uma pessoa activa e ando depressa. Nem se apercebem do que eu tenho*". (S01); "*(...) o vir para aqui, foi ... pra mim não é um mal melhor, foi um bem. Porque realmente eu livre-me de trabalhos que já me estavam quase, pronto tavam a tornar-se incomportáveis, insuportáveis, não é? Porque, a minha mulher acabou por perder o andar de todo (...)*" (R01).

De facto, os motivos da institucionalização evidenciados também foram descritos no estudo de Perlini, Leite e Furini (2007), em que esta é um meio de atender às suas

necessidades e a procura do melhor local para morar e manter o vínculo com a família, em termos de proximidade. Já Chaimowicz e Greco (1999, p. 455), citam como motivos a “(...) necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados”. Em Portugal os principais motivos que levam os idosos a optar por essa solução diz respeito à insuficiência em gerir as necessidades diárias e à impossibilidade da família em prestar os cuidados necessários (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

A solidão foi o segundo motivo mais citado pelos idosos, confirmado pelos dados do INE (2011), em que cerca de 60% da população idosa vive só (400 964) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577). A solidão é definida por Capitanini e Neri (2004, p. 72) como uma “(...) experiência emocional aversiva e stressante porque está relacionada à inexistência, ao afastamento ou à perda de relações afectivas significativas. Não tem necessariamente uma relação com isolamento social”. Na verdade, o fenómeno da solidão aumentou 28%, ao longo da última década.

Quadro nº 13 - Distribuição dos participantes em função da classificação da sua estadia na instituição

		Total
Muito satisfatório	N	13
	% Total	37,1 %
Satisfatório	N	15
	% Total	42,9 %
Razoável	N	7
	% Total	20,0 %
Total	N	35
	% Total	100%

Perguntámos aos idosos qual a classificação que dariam quanto à sua estadia na instituição (nível de satisfação), através de uma escala de Likert. A maioria dos idosos respondeu que a estadia era satisfatória (42,9%) e muito satisfatória (37,1%) (Quadro nº 13). Não houve nenhum *score* no indicador ‘Não satisfatório’. O que nos leva a depreender que as condições oferecidas pelas instituições suprem as necessidades/expectativas dos mesmos. Entretanto estes valores requerem um estudo mais aprofundado, por não explicitarem a real relação do idoso com a institucionalização, visto que concordamos com o pensamento de Bulla & Mediondo (2004, p. 98), ao referirem que o “(...) temor, a desconfiança e a insegurança entram em jogo, muitas vezes, no momento de o idoso dar opinião sobre o local e a instituição onde está morando”.

Quadro nº 14 - Distribuição dos participantes em função da classificação da sua relação com os outros idosos

		Total
Muito satisfatório	N	11
	% Total	31,4 %
Satisfatório	N	22
	% Total	62,9 %
Razoável	N	2
	% Total	5,7 %
Total	N	35
	% Total	100%

Quanto à relação que desenvolvem com os outros idosos institucionalizados, os entrevistados referem, na sua grande maioria que ela é 'Satisfatória' (62,9%) ou 'Muito satisfatória' (31,4%). As entrevistas confirmaram que os idosos estabelecem relações com outros idosos com quem sentem alguma afinidade (amizade, familiaridade) ou pelo conhecimento prévio ao período da institucionalização (Quadro nº 14). O que nos leva a depreender que é necessário estabelecerem-se vínculos afectivos, relações de amizade e de companhia, fundamentais para uma maior interacção com o *outro*, "*Dou-me bem com toda gente. Não sei ... Todos querem sentar [se] ao pé de mim*" (R02).

Entretanto, estudos demonstram uma evolução e distintas características no novo perfil de idoso institucionalizado, um idoso cada vez mais activo, dinâmico e interactivo diante dos grupos de convivência e de familiares (Motta, 1998). Entre as mudanças que estão ocorrendo há um crescimento na longevidade, o que leva a que as relações familiares sejam mais duradouras. O que verificámos, ao observar que os idosos mais independentes, mantêm um período de afastamento da instituição, enquanto têm a oportunidade e capacidade, pelo relato: "*Mas como estou muito fora daqui. Olhe, de dia eu vou para a minha casa. Ou visitar umas amigas, juntamo-nos num café. Amigas retornadas. Olhe que temos outra mentalidade e eu gosto quando estou com a minha gente*" (S19). De facto, a institucionalização é necessária para estes idosos, embora muitos deles ainda mantenham laços ou vínculos com o exterior.

1.2. Variáveis de identificação dos técnicos /responsáveis

A razão pela qual entrevistámos os técnicos/responsáveis deveu-se à distinção entre a vivência do idoso e a visão/percepção de quem lida assiduamente com ele, aos quais dizem respeito as decisões relativas a estabelecer algumas das estratégias de apoio. Isto porque a construção do sentido da 'morte' e 'morte do *outro*' dá-se principalmente por dois aspectos, um deles é a percepção do próprio idoso e o outro aspecto é a percepção do que cuida.

Quadro nº 15 - Distribuição dos técnicos/responsáveis dos lares de acordo com as variáveis sociodemográficas

		Frequência	% Percentagem	% Acumulada
Sexo	Feminino	4	11,4%	100%
Idade	32 Anos	1	25%	25%
	38 Anos	1	25%	50%
	43 Anos	1	25%	75%
	49 Anos	1	25%	100%
	Total	4	100%	
Estado civil	Casado	4	100%	100%
Profissão	Técnico Superior do Serviço Social	3	75%	75%
	Animador Sociocultural /administrativa	1	25%	100%
	Total	4	100%	
Tempo de serviço	2 Anos	1	25%	25%
	3 Anos	2	50%	75%
	13 Anos	1	25%	100%
	Total	4	100%	

Esta amostra é composta por quatro profissionais, num total de cinco existentes nas duas instituições do estudo. Três Técnicos Superiores de Serviço Social e uma Animadora Sócio Cultural, todos eles femininos, com idades compreendidas entre os 32 e 49 anos. Todos estes profissionais desempenham funções de Director Técnico do respectivo estabelecimento (S), Técnico Superior de Serviço Social (R) e Animador Sociocultural/administrativo (R), cujo tempo de serviço nas instituições varia entre 2 a 13 anos. As funções desempenhadas são de administradores das diversas valências das instituições e apresentam alguma autonomia nas suas decisões de acompanhamento ao idoso (Quadro nº 15).

O que nos chama a atenção é o tempo de serviço da maioria deles (2 a 3 anos de serviço). Dentre o período de prática profissional num lar de idosos pude observar a importância da ligação com o idoso, no seu suporte aos cuidados prestados pelas cuidadoras directas. Este trabalho é valorizado pelos próprios idosos como nos relata S8 *“Tanto as empregadas como as que mandam, todas ... todas são muito queridas. Aquela que manda vem falar todos os dias comigo”*, S16 *“Os lares estão a cuidar de muitas pessoas, que dão trabalho. Tem horas que não há asso a medir. Porque elas todas são boas e me tratam muito bem, talvez melhor do que eu mereço”* e S11 *“Uma coisa que eu tenho e aprecio e admiro que é a nossa chefe que tem uma força e consegue incutir isso à nossa gente”*.

Ao longo desse período aprendemos que o essencial, não é só a elaboração de estratégias, mas sim a disponibilidade que se demonstra em momentos de *stress* para com o idoso. Isto porque este necessita falar e de ser ouvido. O idoso ao procurar este tipo de apoio demonstra ter algum tipo de ligação com o profissional, o qual só é alcançada por quem promove o cuidado, como nos narra S3, ao se referir às cuidadoras directas: *“Então, as empregadas, algumas vêm e ficam assim... elas têm mais convívio com as pessoas do que nós”*.

2. Análise ao conteúdo das entrevistas

As entrevistas foram realizadas nas instituições, em salas destinadas às mesmas ou no próprio quarto do idoso, de forma a manter a sua privacidade. Estas foram gravadas em MP3 após autorização dos entrevistados e transcritas integralmente, para posterior análise. A apresentação dos resultados das questões abertas das entrevistas semiestruturadas efectuadas aos idosos e aos técnicos/responsáveis dos lares consiste em acompanhar a narrativa através da sua codificação e categorização, ilustra assim, os principais resultados obtidos face ao que os entrevistados expressaram acerca da morte e da morte do *outro*.

De facto, a entrevista é um método de recolha de informação que consiste em conversas orais, individuais ou de grupo, com indivíduos seleccionados cuidadosamente, no intuito de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações (Keetele & Rogiers, 1993). Esta pretendeu recolher a informação que reflecta, de forma mais fidedigna, as vivências, os sentimentos, em condições adequadas proporcionando assim uma maior liberdade de expressão por parte do entrevistado.

2.1. Entrevistas aos Idosos

As categorias de análise que emergiram nesta fase têm em vista a análise de conteúdo das entrevistas e não foram destacadas as frequências das respostas obtidas, isto porque o peso

de um ou de vários relatos é o equivalente para a compreensão do fenômeno em estudo. O que torna relevante a particularidade de um discurso, bem como dos discursos que eventualmente estejam repetidos. O guião da entrevista encontra-se no ANEXO 2.

As palavras encontradas, por sua vez, foram agrupadas em sete categorias de análise, que indicam a significação do conceito que se pretende apreender, sendo estas: I - Luto ao longo da vida; II - Emoções face às perdas na instituição; III - Concepção da morte; IV - Concepção da morte do *Outro*; V - Mecanismos de minimização da perda; VI - Concepção do apoio após a perda e VII - Necessidade de apoio após a perda. Ao proceder-se ao agrupamento das categorias foram consideradas três dimensões semânticas: a categoria, cuja abrangência de significação é maior; a subcategoria I cuja dimensão é intermediária; a subcategoria II cuja dimensão de abrangência é menor e por fim as evidências de unidades de texto, usando-se a frase de maior representatividade (Quadro nº 16).

Quadro nº 16 - Categorias e Subcategorias evidenciadas nas entrevistas aos idosos

Categorias	Subcategorias I
I - Luto ao longo da vida	1 - Perdas antes da institucionalização
	2 - Perdas durante a institucionalização
II - Emoções face às perdas na instituição	1 - Primárias
	2 - Sociais
	3 - Ausência de sentimentos
III - Concepção da morte	1 - Aceitação
	2 - Suscita o medo
	3 - Fim do sofrimento
	4 - Término da vida
	5 - Processo natural
	6 - Religiosidade /recompensa /continuidade
	7 - Negação
	8 - Perda
	9 - Sofrimento
IV - Concepção da morte do <i>outro</i>	1 - Tristeza, dor, saudade
	2 - Aceita com naturalidade
	3 - Indiferença
	4 - Aceitação quando há sofrimento e/ou idade avançada
	5 - Reflexões de vida
V - Mecanismos de minimização da perda	1 - Religiosidade
	2 - Apoios
	3 - Negação /esquecer
	4 - Aceitação
	5 - Indiferença
	6 - Proporcionar auxílio
	7 - Alívio através da emoção
	8 - Nenhum
VI - Concepção do apoio após a perda	1 - Atributo positivo
	2 - Atributo negativo
	3 - Atributo neutro
VII - Necessidade de apoio após a perda	1 - Satisfatório
	2 - Necessário
	3 - Indiferente
	4 - Não é necessário
	5 - Apoio oferecido

Quanto à descrição das categorias consideramos:

- **Categoria I - *Luto ao longo da vida***: toma-se como referência as perdas ao longo da vida do idoso, tanto antes como após a institucionalização, para compreensão das suas influências perante a sua percepção da morte e da morte do *outro*. Enfim procurámos evidenciar as experiências diante da morte na sua rede de relações e que permeiam as suas perdas, o que eventualmente inclui os seus valores e percepções pessoais.

As palavras que formam a categoria e que expressam as perdas mais significativas ao longo da sua vida e mais evocadas foram: pais, marido, esposa, amigos chegados, companheiro. Como subcategorias surgiram duas, as perdas antes e as perdas após a institucionalização;

- **Categoria II - *Emoções face às perdas na instituição***: tem em conta os sentimentos expressados que foram despertados pela vivência da perda do *outro*.

As palavras que formam essa dimensão e que expressam as emoções experienciadas, mais evocadas foram: tristeza, saudade/falta, pena, sofrimento, só. Como subcategorias surgiram três, as emoções Primárias, Sociais e a Ausência de sentimentos;

- **Categoria III - *Concepção da morte***: tem em vista as concepções da morte em termos gerais, evocadas pelos entrevistados mediante as suas vivências. A interligação e as expressões das mesmas, no seu desenvolvimento humano, dependem do perfil de cada idoso e da realidade em que se encontra inserido.

Como subcategorias surgiram nove, onde encontramos: Aceitação, Suscita o medo, Fim do sofrimento, Término da vida, Processo natural, Religiosidade/recompensa/continuidade, Negação, Perda, Sofrimento. As palavras que foram destacadas pelos idosos, que serviram de análise para agrupá-las nesta categoria foram: necessária, outra vida, esquecer, natural, sofrer, fim da vida e medo;

- **Categoria IV - *Concepção da morte do outro***: é vista como parâmetro nas habilidades de enfrentamento da morte do *outro* em ambiente institucional de lar residencial. As especificidades quanto aos sentimentos e percepções dos idosos, o que envolve o tipo de ligação estabelecido e as capacidades de enfrentamento num ambiente que difere do seu ambiente no qual desenvolveu-se ao longo da vida. Neste novo ambiente terá de reaprender estratégias de enfrentamento e de ajustamento.

Como subcategorias surgiram Tristeza/dor/saudade, Aceita com naturalidade, Indiferença, Aceitação quando há sofrimento e/ou idade avançada e Reflexões de vida. As palavras que foram destacadas pelos idosos, que serviram de análise para agrupá-las nestas categorias foram triste, dor, esquecer, natural, depender e pensar;

- **Categoria V - *Mecanismos de minimização da perda***: envolvem as estratégias de enfrentamento e superação ou não das perdas no seu actual ambiente, mediante as capacidades que desenvolveu ao lidar com situações stressantes e que possam minimizar o seu sofrimento.

Como subcategorias surgiram Religiosidade, Apoios, Negação/esquecer, Aceitação, Indiferença, Proporcionar auxílio, Alívio através da emoção, Nenhum, onde encontrámos as palavras que foram destacadas pelos idosos, que serviram de análise para agrupá-las nesta categoria como rezo, esquecer, é natural, ajudado, choro e nada;

• **Categoria VI - Concepção do apoio após a perda:** é tomada como referência na compreensão das rotinas institucionais no que se refere ao apoio percebido pelo idoso após a perda do *outro*, enfim as analogias que permeiam o quotidiano institucional nesta fase complexa do desvanecer da existência humana;

Como subcategorias I surgiram Atributo positivo, com subcategoria II de Adequado; Atributo negativo, com subcategorias II de Ocultação, Ausente e Insuficiente e Atributo neutro, com subcategorias II de Indiferença e Alheamento. As palavras destacadas pelos idosos que serviram de análise para agrupá-las nesta categoria foram: bom apoio, sem contacto, nada, necessitamos, não assisti/fora, não sabe;

• **Categoria VII - Necessidade de apoio após a perda:** é vista como parâmetro na habilidade de avaliar e dar opinião acerca do apoio fornecido após a perda a nível institucional e de qual apoio percebe como o necessário mediante a actual característica da instituição.

Quadro nº 17- Categoria I - "Luto ao longo da vida"

Categoria I - Luto ao longo da vida		
Subcategoria I	Subcategoria II	Evidências de unidades de texto
Perdas antes da institucionalização	Família	Pais (R1, R2, R3, R5, S1, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S11, S14, S15, S16, S19, S20, S23, S26, S27, S28, S29); Cônjuge (R6, S1, S4, S5, S6, S12, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S24, S26); Irmão/ã (R1, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S14, S15, S16, S22, S29); Filho/a (R6, S12, S21); Avós (S5, S26); Cunhado/a (S21, S28) e Sogra (S25)
	Outros	"(...) amigos mais chegados (...)" (R4) "Uma sala de reanimação. Onde vi morrer, durante a noite, duas senhoras" (S1)
	Perdas mais significativas	"Ao menos os meus pais, que já lá vão muitos anos, não é? Os meus irmãos, o mais velho (...)" (R1) "Mais forte, mais forte, foi a minha mãe e o meu pai. Senti uma mágoa no coração, triste" (R2) "Normalmente a morte do pai e da mãe e dos amigos mais chegados" (R3) "(...) a de um irmão, (...). Tinha criado quase como filho e sempre foi uma morte que me deu muito o que fazer" (S4) "O marido e o filho. Pensava que não resistia, eu pensava que ia atrás deles" (S12)
Perdas durante a institucionalização	Família	Cônjuge (S7, S9, S13, S20, S22, S26, S27, S28) Irmão/ã (S22, S24) Primo (S25)
	Idoso com algum vínculo	"Especial, não. (...) se é daqueles que a gente vê com uma certa frequência, sente um bocadinho mais a falta" (R1, S16, S18) "(...) companheiros de quarto" (R4, S5, S5, S8, S12, S15, S17, S21, S23, S29) "(...) que estava na minha mesa por acaso" (R3, S1, S4) "(...) estava sempre com ele na nossa sala e era muito simpático" (S4)
	Idoso do círculo social	"(...) conversava muito com ele nessas reuniões (...)" (S10) "(...) era muito amiga dela" (S20)
	Ninguém	"Não. Morrem, morrem, eu também tenho de morrer, olhem" (R2) "Os que estão aqui estão por algum tempo, e depois vão embora, eu seu, já se sabe isso. E de maneira que não ligo assim muito" (R5) "Não, não eram conhecidas" (R6) "(...) agora de repente não me lembra assim das pessoas, tento me esquecer (...)" (S11) "Mas é a cruz de todos. Sinto pena de todos" (S14) "Sente-se assim um bocado triste. Uma falta qualquer, não é?" (S19)

Mediante as respostas foram evidenciadas cinco subcategorias I: Satisfatório, Necessário, Indiferente, Não necessário e por último o Apoio fornecido, onde observámos três subcategorias II. Estas subcategorias II são a Intervenção limitada (rotinas/tempo), a Falta de preparação e a Indiferença, onde encontramos as palavras que foram destacadas pelos idosos, que serviram de análise para agrupá-las nesta categoria como tudo bem, dar apoio,

não conhece, não precisa. Quanto ao apoio oferecido encontrou-se: não podem mais, não conseguem e não querem saber.

No que diz respeito à **Categoria I - “Luto ao longo da vida”**, refere-se às experiências diante da morte, as principais perdas na sua rede de relações sociais, antes da institucionalização. As principais perdas relatadas pelos participantes foram a dos seus familiares directos, principalmente os pais e os cônjuges, os irmãos e os filhos, como podemos verificar pelo Quadro nº 17.

Os diversos depoimentos dos idosos demonstram a forma na qual as perdas antes da institucionalização que consideraram mais significativas e a sua influência. Estes discursos levam-nos a constatar uma relação entre as perdas mais significativas, que são os seus familiares directos, com o sofrimento pela sua não-aceitação, que pode perdurar e também evidenciamos algum conformismo. São bem ilustrativas as seguintes narrações: *“Quando, quando o meu pai morreu eu tinha 16 anos. E nessa altura, para mim, o mundo tinha acabado. Quando, quando morreu a minha mãe, um pouco de mim foi com ela, de forma que (...) Vazio”* (R4); *“Ai, uma dor muito grande. Uma dor de um filho ainda é pior do que a do marido”* (R6); *“Até encarei com resignação, quer à luz dos poderes divinos, quer à luz dos poderes naturais. Encarei com naturalidade”* (S10); *“Tem que a gente ir se confortando. Uma vez a chorar, outras vezes a rir, cá vai a gente passando”* (S15); *“O que é que eu pensei? Pensei em trabalhar mais nada”* (S26); *“Andei vários anos doente. Não tinha já vontade de viver, o meu pai era um santo”* (S29).

Pelos relatos podemos observar que a morte *“(...) demonstra claramente a nossa fragilidade, vulnerabilidade física e susceptibilidade psicológica. Revela-nos incapazes de dominar o destino e traduz o fracasso do nosso *modus vivendi* (...)”* (Olivira, 2008, p. 191). Mediante perdas significativas torna-nos mais conscientes da nossa finitude, o que também leva à reestruturação da visão do seu *modus vivendi*, como diz o autor.

Quando tratámos os aspectos relacionados às perdas significativas observámos ligeiras diferenças entre as perdas anteriores à institucionalização e durante o processo de institucionalização. A importância que se dá à perda está directamente relacionada ao tipo de vínculo estabelecido com o *outro*.

As perdas antes da institucionalização estão geralmente relacionadas aos seus cônjuges e/ou familiares mais próximos. As primeiras exposições à morte e outras formas de perda podem ser significativas, não só para o nosso desenvolvimento estrutural e atitudes perante a morte, mas para a sua compreensão ao longo das nossas vidas (Kastenbaum, 2000).

O que se evidencia nas narrativas de muitos entrevistados que manifestaram que as perdas de familiares provocaram maior sofrimento, o que os fez retraírem-se quanto aos vínculos estabelecidos durante a institucionalização, como por exemplo: S28 *“(...) era como se tivesse morrido também, pelo menos acaba-se tudo. Eu já não tenho gosto em viver ora”*; R1 *“(...) as pessoas que estão aqui, intimamente não me dizem como dizem um familiar, não é? Portanto, não, nós nem damos ... por vezes nem damos, que eles ... só sabemos, já foi (...)”*.

Em relação às perdas durante a institucionalização também encontramos a referência das perdas do cônjuge e/ou familiares como maior manifestação de sofrimento. Na ausência destes, as perdas mais sentidas são os idosos com os quais mantiveram algum vínculo, principalmente companheiros de quarto. Os vínculos durante a institucionalização são estabelecidos, mediante alguma afinidade por algum idoso, quer através da convivência

diária, quando realizam alguma actividade juntos, ou quando propiciam-se momentos frequentes de ajuda mútua.

As relações de maior significado que observámos foram as estabelecidas com os colegas de quarto, isto porque a convivência diária leva a momentos de intimidade e partilha, bem como favorece a entre ajuda, principalmente quando um dos idosos é mais dependente. O que se verifica no relato do idoso S17“(…) *desaparecer uma pessoa com quem a gente tá a lidar, não é? Conviver e depois de repente desaparece, custa muito, custa muito*” e S12 “*Chorei muito quando essa senhora abalou. Depois disso já passaram mais, já morreram mais. Eu sou muito sensível e vou muito abaixo. Eu dedico-me muito às pessoas e depois sofro muito.*”.

Outros não demonstram sentimentos pelas perdas, devido às vivências, como nos relata o R2 “*Não, não, só o meu pai e a minha mãe*”. Conservam lembranças e consideram-nas as mais importantes de suas vidas

Quanto à **Categoria II - “Emoções face às perdas na instituição”** como se pode verificar através do Quadro nº 18, destacam-se a presença de fortes emoções. As emoções surgem após um acontecimento, cujo carácter será determinado pela avaliação que se faça das situações que ameaçam a segurança do indivíduo e inclusivamente as situações de perda. Entretanto em muitos casos as emoções são incertas e transformam-se.

As emoções evidenciadas foram divididas em subcategorias, como:

Quadro nº 18-Categoria II - “Emoções face às perdas na instituição”

Categoria II – Emoções face às perdas na instituição		
Subcategoria I	Subcategoria II	Evidências de unidades de texto
Primárias	Tristeza	“Quando a gente cá morre. Fico triste” (R2, R3, S1, S4, S7, S15, S19, S20, S26)
	Saudade /falta	“(…) se é daqueles que a gente vê com uma certa frequência, sente um bocadinho mais a falta” (R1, R6, S2, S3, S13, S22) “(…) não há dia nenhum, nem hora que eu não me lembre dela” (S23)
	Pena	“(…) tive pena quando vim para cima e vi o quarto, chorei” (S6, S9, S10, S17, S18, S25)
	Sufrimento /sentir-se mal	“(…) sofro muito e vivo com as pessoas que estão vivas” (S11, S12, S28) “Senti sempre mal e paixão, sempre mal e paixão dura” (S25, S27)
	Desgosto/mágoa	“Ai minha rica amiga. Ai um desgosto” (S29) “Senti-me magoado, muito, muito” (S5, S14)
	Dor	“Nessas alturas uma dor muito grande (…)” (S16, S24)
	Choque	“(…) choca-me a perda das pessoas que me são próximas(…)” (R4)
Sociais	Conformismo	“Pois a vida é assim, também tenho de passar pelas mesmas coisas. Agora está cá outra. Isto é sempre a continuar, estas casas é para isso” (S21)
	Solidão	“(…) a minha companheira, muito só” (S8)
Ausência de sentimentos	Nada	“Aliás, eu não sinto nada” (R5)

• **Emoções primárias** foram relatadas como:

*-**Tristeza** - “(…) *nos dávamos muito bem e eu ainda hoje quando passo naquele lugar onde ela morreu fico muito triste, porque realmente fez-me muita falta aquela senhora*” (S20); “*Senti-me triste e bem triste. Até agora ainda, até agora ainda. Pensei na vida, pensei na vida, mais nada*” (S26).

*-**Saudade/falta** - *“Foi a minha mulher. Bom ... éramos como se fosse só um”* (S13), *“Senti uma dor muita funda do meu homem, agora estou melhor, mas passei muito”* (S22).

*-**Pena** - *“(...) tive pena, foi um ser vivo que se foi, mas era um bocadinho próximo de mim”* (S10), *“Temos muita pena, então diga-me lá, desaparecer uma pessoa com quem a gente tá a lidar, não é?”* (S17), *“Pena de ele ter ido embora porque fazia mais ou menos vida normal”* (S18).

*-**Desgosto/mágoa** - *“(...) eu vi dar o último suspiro. (choro) Ai minha rica amiga. Ai um desgosto. São coisas que abalam a gente”* (S29) e *“(...) morre e tinha-o nos meus braços. Senti-me magoado, muito, muito”* (S5).

*-**Dor e Choque** - *“(...) uma dor muito grande, um amor que se perde. São todas utentes, irmãs e amigas”* (S16) e *“(...) choca-me a perda das pessoas que me são próximas, mas em relação a mim eu acho a morte uma coisa natural. Porque tudo quanto começa, acaba”* (R4).

• **Emoções sociais que foram expressas mediante a perda demonstram:**

*- **Conformismo**- *“(...) a vida é assim, também tenho de passar pelas mesmas coisas. (...), estas casas é para isso”* (S21).

*- **Solidão**- *“(...) muito só. Não tive coragem de ir ao funeral”* e de S3 *“Tudo passa, nós reagimos aos nossos, que queremos tanto, a estes também reagimos, pronto”* (R8).

• **Ausência de sentimentos** foi expressa pelo relato do idoso R5 *“Os que estão aqui estão por algum tempo, e depois vão embora, eu sei, já se sabe isso. E de maneira que não ligo assim muito”*. A ausência de sentimentos leva-nos a concluir que o idoso encontra-se em sofrimento, negação, ou simplesmente evita o contacto com a realidade da morte na instituição a fim de minimizar o seu sofrimento.

As reacções emocionais evidenciadas indicam que a expressão de dor deve-se *“(...) a uma intolerância nova em relação à separação. Mas não é só à cabeceira dos agonizantes ou à lembrança dos desaparecidos que sobrevém a perturbação”* (Ariès, 1989, p. 45). A simples ideia da morte é comovente.

A expressão destes sentimentos leva-nos a considerar que a perda do *outro* é promotora de sofrimento e pode perdurar e repetir-se após sucessivas perdas, o que levará ao desgaste do idoso. Reacção que nos pode indicar que o idoso não tem o apoio necessário a fim de enfrentar a perda do *outro*, que pode afectar de forma negativa a sua vida quotidiana no lar. O que eventualmente pode levar a alterações psicológicas, bem como torná-lo apático ao seu meio envolvente, evitando o contacto e/ou novas relações. O seu acompanhamento é necessário, para minimização dos efeitos das perdas.

No que diz respeito à **Categoria III - “Concepção da morte”**, quanto às concepções da morte em termos gerais, levamos em conta que a experiência com a morte é um factor importante, não só para moldar o conceito de morte, bem como sua aceitação (Quadro nº 19).

A consciência da questão da morte e do morrer detém duas implicações importantes para a sua compreensão, tanto acelera o desenvolvimento do conceito de morte, como também provoca uma redução no medo de enfrentamento da mesma. Gradualmente, o homem é cada vez mais confrontado com a morte em seu ambiente e este contacto acelera o processo de

obtenção dos componentes do conceito de morte. Conceitos que sofrem mudanças motivadas pelas experiências pessoais (Démuthová, 2012).

Para esta categoria estabelecemos nove subcategorias:

- **Aceitação.** No que diz respeito ao idoso diante da perda os respondentes afirmaram: “(...) uma etapa necessária das pessoas” (R5); “(...) é caminho que todos temos que andar, mas que estranhemos sempre. Mas estranhemos e de que maneira!” (S19); “(...) meio preparado para ser a minha vez como qualquer pessoa que morra, a gente só pode sentir isso, eu estou na fila pra chegar a hora. Porque ninguém morre de véspera, nem vai na vez do outro, mas a sua vez há-de chegar” (R4). Kübler-Ross (2011, p. 117) justifica este aspecto quando “(...) um paciente tiver tido tempo necessário (isto é, que não tiver tido uma morte súbita e inesperada) e tiver recebido alguma ajuda para superar tudo conforme descrevemos anteriormente atingirá um estágio em que não mais sentiria depressão nem raiva quanto ao seu ‘destino’”.

Quadro nº 19 - Categoria III - “Concepção da morte”

Categoria III - Concepção da morte	
Subcategoria I	Evidências de unidades de texto
Aceitação	“(...) uma etapa necessária das pessoas. Claro que pela nossa natureza, é quanto mais diluída pra frente melhor” (R5) “Sinto que não devia ser, mas é, não sei explicar, não sei explicar” (S4, S28) “(...) é caminho que todos temos que andar, mas que estranhemos sempre. Mas estranhemos e de que maneira!” (S19) “Penso realmente que tem que vir qualquer dia também” (S13, S15, S21, S26)
Suscita o medo	“Agora vejo a idade a, pronto... a aumentar e tenho medo de morrer. Essa é umas das verdades” (S3) “Não sei o que hei-de dizer, eu tenho medo da morte e gostava de cá andar” (S8, S25) “(...) só peço a Deus que não me dê muito sofrimento, há tantos a sofrer aqui coitadinhos, que tem de marchar, mas seja o que Deus quiser” (S12, S27) “(...) sei que a tenho certa. O que peço a Deus é que me deixe ainda viver mais um pouco. Eu faço cá muita falta. Eu tenho feito muita falta à minha família” (S16)
Fim do sofrimento	“(...) acho que para se estar a sofrer, vale mais morrer” (S5) “(...) na situação em que eu me vejo, parece que já tinha mais vontade de morrer do que andar por aqui neste sofrimento” (S20, S22) “(...) peço a Deus, que se cair numa situação dessa de invalidez, que Deus me leve” (S24) “(...) que é um alívio, é um alívio, porque há pessoas cá a viver no inferno” (S29)
Término da vida	“Eu penso que não vá ainda, mas quando chegar a altura é só fechar os olhos e pronto” (R2, R3) “A morte é o terminar da vida de uma pessoa, sei lá é uma tristeza” (S1, S18)
Processo natural	“A morte é uma coisa natural, é a coisa mais certa que a gente tem na vida, é que nasceu para morrer” (R1, R4) “(...) é natural, uma condição da vida é a morte. A gente sabe que antes de nascer pertence à não existência, não é?” (S10)
Religiosidade /recompensa /continuidade	“(...) como reza a sagrada escritura, nós vamos para outra vida. Penso o que será da outra vida, como é que será?” (R6) “(...) quem tem fé acontece, a vida plena, na segunda vida (...)” (S6) “Descanso eterno. É o descanso eterno” (S23)
Negação	“(...) quando penso na morte, antes quero esquecer de tudo” (S7) “A morte é interesseira para ela, não devia de nos levar” (S14)
Perda	“É uma luta ingloriosa, é uma luta ingloriosa. Não se consegue, a morte ... é escusado, não se vence a morte” (S11) “(...) penso que a gente desaparece e nunca mais ninguém mais nos vê e pronto. E a família fica com aquela mágoa” (S17)
Sufrimento	“A morte é muito triste, a morte é muito triste” (S2, S9)

- **Suscita o medo.** Evidenciámos nas entrevistas que o principal medo é a ‘morte em si’, como narra S3 “(...) tenho medo de morrer” e o medo do ‘sofrimento’ através de S12 “(...) só peço a Deus que não me dê muito sofrimento (...)” e S27 “Não gostava de estar aí muito tempo doente, desse qualquer coisa e que de um dia pra o outro morresse. Até já podia ser agora, que

eu já não ando cá a fazer nada". Para Kastenbaum (2000) este aspecto é um sinal de que estamos a ter dificuldades com a nossa vida instintiva básica, não sendo má ou errada a sua presença, mas pode apontar para problemas ocultos que devem receber atenção terapêutica.

- **Fim do sofrimento.** A morte como o término do sofrimento minimiza a perda, ao se pensar que o *outro* já se encontra em descanso, como nos narra S25 *"Eu acho que a morte é sempre boa, há aí pessoas que andam a sofrer. A morte é uma limpeza"* (Notas de campo). Este aspecto remete-nos ao pensamento de Henzel (2005, p. 94) pois *"Vivemos num mundo atemorizado pela morte, e que esconde os seus moribundos. Sabemos do vazio que se cria em volta daqueles que vão morrer, ou então daqueles que vivem em luto"*.

- **Término da vida.** A morte é um "(...) movimento sem retorno, uma vida de sentido único onde quem vai à frente nunca mais se torna visível, nem tão pouco se deixa apanhar. A morte leva e faz desaparecer. A morte paralisa" (Strech, 2010, p. 11). Esta paralisa, conforme relata o idoso S15 *"Eu não a quero, mas quando ela chegar tenho que a aceitar"*, mas quem fica espera por ela com temor e resignação.

- **Processo natural.** A morte é universal e uma simples passagem, uma simples partida e ainda uma fonte de emoção ao contrário de todos os esforços de consolo (Levinas, 2000), o que nos refere S4 *"Temos de encarar, é um facto que tem de acontecer"*, e R1 *"O que sei é que se morre, no dia que temos destinado"* (Notas de campo).

- **Religiosidade/recompensa/continuidade.** Já dissemos que a maioria dos idosos são católicos, de acordo com Kastenbaum (2000) a crença cristã incorpora a visão concreta e realista que a morte é cessação inevitável da vida, mas reformula a construção da morte e suas associações morais. Em que o pecado original, o pecado pessoal, a culpa, a esperança, a fé, a ressurreição na carne, e a salvação estão entre as ideias que se interligam com a construção da visão da morte. Pensamento que se evidencia nos relatos dos idosos S11 *"Pelo menos é essa a esperança. É o raciocínio moral"*, S21 *"Isso não sabe a gente. Porque a gente não sabe se a gente vai para melhor ou para pior. Isso acontece às escondidas. Quem para lá foi não veio cá a dizer"* e R1 *"Em morrendo já a gente está no outro mundo e não temos nada a ver com este"* (Notas de campo).

- **Negação.** No caso da amostra, esta negação leva a que não se pense nela ou que seja repudiada, entretanto a sua proximidade leva a que se pense nela e que se sofra em silêncio, tal como evidenciamos no relato de R5 *"(...) digamos, a gente ou eu vá, encaro a morte como uma coisa natural. Vem muito, quer dizer como uma fatalidade. Os que estão aqui estão por algum tempo, e depois vão embora, eu sei, já se sabe isso. E de maneira que não ligo"*. Este aspecto foi tratado por Kübler-Ross (2011, pp. 44-45) ao afirmar que "(...) funciona como um pára-choques depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais".

- **Perda e Sofrimento.** Estes dois aspectos trazem conotações negativas quanto à aceitação da morte, isto porque são o reflexo do que hoje se pensa, que a morte é um tabu, esta é negada. Sofre-se por partir e deixar os seus entes. Sofre-se pela inevitabilidade da partida, porque não somos imortais. Quanto ao sofrimento após a perda, segundo Parkes (1998), citado por Stroebe *et al.* (1993) as pessoas enlutadas têm maior probabilidade de virem a falecer, com risco acrescido nas primeiras semanas e meses, sendo os homens mais propensos que as mulheres.

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), pensar frontalmente na morte ou de modo indirecto, quanto a manter-se vivo e evitar a morte, ocupa-nos mais tempo que qualquer outro tema na vida das pessoas, especialmente, quando se é idoso. Pode-se dizer que ainda mais se pensa em contexto institucional.

No que diz respeito à **Categoria IV - “Concepção da morte do outro”**, quanto às concepções da perda daquele a quem já estava ligado ou ligou-se e da qual se tenha ressentido (Quadro nº 20). Observam-se, assim sentimentos e percepções frente à sua morte.

Torna-se complexo explicar por que uma determinada perda tem mais impacto em uma pessoa do que em outra, pesquisadores têm procurado identificar factores de risco ou factores protectores, como antecedentes de problemas de saúde mental, optimismo, apoio social ou questões financeiras. A avaliação da perda e a magnitude das suas consequências na saúde física e mental dependem desses factores. Aquele que apresente menos factores de risco e mais recursos de enfrentamento tende a recuperar mais rapidamente e completamente (Wortman & Boerner, 2007).

Como subcategorias estabelecemos as seguintes:

- **Tristeza/dor/saudade.** Em todos os relatos observámos que após a perda, independentemente do vínculo estabelecido, houve uma reacção. Podemos ver que idosos referem terem-se impressionado, sentir a falta, tristeza e sós. O que evidencia que mesmo o idoso mantendo-se à margem ele não poderá prever a sua própria reacção mediante a perda, o que pode se confirmar pelo relato de S11 ao dizer que *“A gente não sabe como vai reagir e como é o teto do ser humano reage, é uma incógnita”* (Notas de campo) e S17 *“Quando morre uma pessoa agente fica com uma grande mágoa, mesmo que eu não esteja sempre a chorar, tem cá dentro”*. Ao referirem-se aos seus familiares, os relatos evidenciam que o sofrimento a estas perdas é superior a qualquer outra perda.

Quadro nº 20 - Categoria IV - “Concepção da morte do outro”

Categoria IV - Concepção da morte do outro	
Subcategoria I	Evidências de unidades de texto
Tristeza, dor, saudade	<p>“Deixou-me realmente muito impressionada. Não esperava que ela morresse apesar de tudo” (S1, S5, S18, S23)</p> <p>“(…) coitadinha já estava em baixo, muito em baixo, mas mesmo assim ainda me fez falta” (S2, S12)</p> <p>“Aí senti, chorei. Até chorei e fui ao funeral (...)” (S3)</p> <p>“(…) intimamente não tínhamos assim relação. Mas custou um bocado”(R4, S4, S6, S25)</p> <p>“Perdi o meu marido, (...) Senti muita tristeza” (S7, S9, S20, S22)</p> <p>“(…) muito só. Não tive coragem de ir ao funeral” (S8)</p> <p>“Já uns poucos e sempre fico doente. Nessas alturas uma dor muito grande (...)” (S16, S17, S24)</p> <p>“Foi a minha esposa, essa foi acima de toda a gente. Senti-me triste e bem triste” (S26, S27, S28)</p>
Aceita com naturalidade	<p>“(…) a gente não chega a sentir aquilo que se sente em casa, porque vai para a capela, mortuária(…)” (R1)</p> <p>“(…) digamos, a gente ou eu vá, encaro a morte como uma coisa natural” (R5)</p> <p>“(…) se vai passando até chegando a nossa vez, não podemos ir todos juntos. Cada um tem o seu dia e a qual hora” (S15, S19)</p> <p>“(…) a vida tinha que acabar e chegaram a ponto que era só o que se esperava” (S29)</p>
Indiferença	<p>“(…) não, só o meu pai e a minha mãe” (R2, R3)</p> <p>“Não, não eram conhecidas” (R6)</p> <p>“(…) tento me esquecer das pessoas que vão falecendo e para o meu bem (...)” (S11)</p>
Aceitação quando há sofrimento e/ou idade avançada	<p>“Se a qualidade de vida ronda o zero, que dependemos dos outros para tudo, é assim, mais vale” (S10)</p> <p>“Se morre um velho, coitadinho é um velho, faz falta à família, (...)” (S14)</p>
Reflexões de vida	<p>“(…) quando faleceu comeci a pensar coisas, pensei o pior para comigo, (...)” (S13)</p> <p>“Pensei que passa-se o mesmo por mim” (S21)</p>

- **Aceita com naturalidade.** Trata-se da aceitação de que a morte faz parte do ciclo da vida e que é inevitável, tal como nos narra o idoso S9 *“Alguns então que são conhecidos, são acamados, coitadinhos”* ou o idoso S29: *“(…) a vida tinha que acabar e chegaram a ponto que era só o que se esperava”*. Esta é aceite quando o idoso evidencia a doença e a velhice no *outro*.

- **Indiferença.** Esta subcategoria está presente em relatos de idosos cujas perdas passadas foram muito significativas, principalmente a dos seus familiares próximos, e levaram a que as outras subsequentes fossem consideradas como aceitáveis, toleráveis. Como podemos evidenciar pela narração de S4: *“(…) o mais importante já perdeu, e que o resto aguenta-se”* (Notas de campo). O facto de referir ‘aguenta-se’ indica que há algum tipo de reacção à perda, entretanto comparativamente às perdas passadas, estas são-lhe consideradas mínimas e pouco promotoras de qualquer tipo de reacção.

- **Aceitação quando há sofrimento e/ou idade avançada.** Esta subcategoria reflecte a condescendência para com o *outro* que sofre, no intuito de ver o seu sofrimento acabar. Torna a perda mais suportável ao pensar que o *outro* está no descanso. A morte é mais bem aceite quando acompanham o sofrimento do *outro*, ou quando também este é idoso, como nos narra S25 *“Eu acho que a morte é sempre boa, há aí pessoas que andam a sofrer. A morte é uma limpeza”*.

- **Reflexões de vida.** Evidenciam-se quando a morte do *outro* faz com que pense que a sua está próxima, influi na sua percepção de morte levando muitas vezes à ansiedade. Quanto à questão da ansiedade perante a morte, estudo de Dickstein (1972) sugere que a preocupação com a morte é uma variável de personalidade, que se inter-relaciona de forma complexa com outras variáveis de personalidade. Pelo que a pesquisa sistemática pode contribuir para a compreensão de como o homem lida com a ameaça definitiva.

Quanto à Conceção da Morte, concordamos com o pensamento de Oliveira (2008, p. 154), *“(…) a morte pode levar-nos à auto-reflexão, tornar-nos mais fortes, altruístas e empenhados. Se a culpa, o sofrimento, a dor e a morte são tantas vezes inevitáveis, porque não aprender com elas quando estamos bem?”*. As perdas são inevitáveis num ambiente institucional, o apoio oferecido deverá ser na vertente do acompanhamento, na compreensão, cuidado que transcende as limitações da abordagem científica, devido ao respeito e apreciação do idoso na sua globalidade, o que favorece a expressão dos sentimentos/emoções, para assim diminuir o sofrimento.

Há sem dúvidas sofrimento, pois *“O homem não vê a sua morte, vê apenas a morte do outro”* (Loureiro, 2000, p. 78). Há um crescimento interior, relacionado à consciencialização de que não somos perpétuos em cada perda que se sofre, porque cada uma é única e os sentimentos únicos.

Enquanto à **Categoria V - “Mecanismos de minimização da perda”**, envolvem as estratégias de enfrentamento e superação ou não das perdas no seu actual ambiente, mediante as capacidades que o idoso desenvolveu ao lidar com situações stressantes e que possam vir a minimizar o seu sofrimento.

O processo da perda, também denominado de luto, é um processo complexo, não é apenas um conjunto de reacções que surgem após o desaparecimento de alguém e que desaparecem com o tempo. Ao contrário, é um complexo processo de adaptação a uma nova realidade, o que envolve uma série de reacções que necessitam de um mecanismo de enfrentamento, que minimizam o sofrimento decorrente da perda. O enfrentamento implica numa escolha

inconsciente do modo como irá lidar com a dor da perda, sendo uma reação automática, que não está sob o controle consciente da pessoa (Parkes C. M., 1998). Neste caso em específico observamos alguns dos mecanismos de enfrentamento utilizados pelos idosos após a perda do *outro* no ambiente institucional, descritos no Quadro nº 21.

Com efeito, a principal tarefa de enfrentamento encarada pelos enlutados é reconciliar-se com uma situação que não pode ser alterada e encontrar uma maneira de continuar com as suas próprias vidas (Wortman & Boerner, 2007). Para tal temos os mecanismos de enfrentamento, cujos resultados obtidos no estudo enquandram-se em grande parte com os estudos de Lazarus (1993) que descreve-nos as formas de lidar com situações de *stress*.

Quadro nº 21-Categoria V - “Mecanismos de minimização da perda”

Categoria V - Mecanismos de minimização da perda	
Subcategoria I	Evidências de unidades de texto
Religiosidade	“Rezo pelas suas almas” (R3, S7, S9, S12, S14, S15, S17, S20, S21, S22, S29) “Eu rezo muito, além de rezar se eu puder fazer bem às pessoas. Sou amiga de fazer bem às pessoas (...)” (R6, S1, S5) “Eu rezo muito e peço perdão a Cristo, por às vezes ter maus pensamentos (...)” (S6) “Falava com Deus, para mim era Deus que me dava força” (S24, S28)
Apoios	“Rezo e tenho o meu filho” (S1) “Volta e meia vou à fotografia dele (companheiro de quarto), à minha mulher vou ao cemitério” (S5) “O meu filho vem-me ver. A minha cunhada. Levam-me à minha casa (...)” (S7) “Conversar com as outras e às vezes rezar com elas também” (S12) “Ler, ler, lia muito, muito” (S23)
Negação /esquecer	“Fazer por esquecer, não faço nada, é a minha natureza que é assim” (S4) “O que foi que fiz e mais fácil foi sair daqui para fora” (S18) “Tendo companheiros ao pé me distraio com eles (...)” (S25)
Aceitação	“Não, tendo em conta que é uma situação natural, não (...)” (R4) “(…) quando chega ao fim do processo eu aceito como é lei. Não fico ali choramingas como se diz” (R5) “(…) não utilizei meios assim sofisticados, fui-me conformando” (S10) “Ajudou-me, muitas vezes conversava comigo mesma e via a vida. É muito ingrata, é uma luta constante” (S11) “Pensar em todos eles, várias vezes pensar nas pessoas. Penso neles todos mas constantemente, constantemente” (S13)
Indiferença	“Não há cá ninguém que não morresse” (R2) “Andava por aqui, pouco saía. Ver um bocadinho de televisão para me distrair (...)” (S27)
Proporcionar auxílio	“(…) não fiz ... ajuda talvez em qualquer coisa que precise, quando nos chamam para ajudar. Qualquer coisinha. Ajudo” (S19, S29) “(…) quando morre alguém que seja do meu conhecimento compro uma florinha e vou lá fazer um pouco de companhia lá na igreja, rezo (...)” (S20) “Não fiz nada, conversava com o meu companheiro, assim como ele conversava comigo, sobre a mulher dele quando ela morreu” (S26)
Alívio através da emoção	“Choro, que é o alívio da pena” (S8) “O chorar traz-me mais alívio” (S16) (S29)
Nenhum	“Nada” (R1) “Sofri calada (...)” (S2) “Reagi. Não foi preciso nada, eu reagi sozinha (...)” (S3)

Estabelecemos sete subcategorias nesta categoria:

- **Religiosidade.** Lazarus (1993) considera-a positiva, isto é, leva ao crescimento e favorece o encontro com a fé. Para Papalia e Olds (1998) a religiosidade pode trazer benefícios principalmente emocionais retirados da fé no seu Deus e também benefícios para a auto-estima quando o seu comportamento é consistente com as suas crenças religiosas. A religiosidade é um forte componente demonstrado pelos idosos, uma vez que a esta atribuem

responsabilidade de absolvição dos seus actos indignos, à qual recorrem, na sua maioria, para a necessária bênção para continuar o seu caminho dentro das leis da sua religião.

- **Apoios.** Lazarus (1993) refere que o apoio social é fornecido por terceiros, que visa esclarecer a situação, os modos de resolução concretos e o apoio de parentes e amigos. Quanto aos dados fornecidos pelos idosos podemos verificar que o principal ponto de apoio nestes momentos é a família, principalmente os filhos. O que é confirmado por Pinazo (2005) ao referir-se à família como a principal fonte de apoio e ajuda, sendo o cônjuge o mais importante, seguido dos filhos na ausência deste, outros familiares e por fim os amigos.

- **Negação/esquecer.** De acordo, com Lazarus (1993), trata-se de uma tentativa de fuga e de esquivar-se, através de esforços cognitivos e comportamentais ao procurar não reconhecer a situação como real, esperar que se resolva sozinha ou evitá-la. Entretanto para Kierkegaard (2013, p. 325) esquecer é “(...) o que todos os homens querem; (...) Ser capaz de esquecer depende sempre do modo como se lembra, mas de que maneira lembrar depende por seu turno do modo como se vivencia a realidade”. Esta realidade vivenciada nos lares difere da realidade à qual preparou-se ao longo da vida, é uma realidade cuja presença da morte é contínua, sendo assim uma arte conseguir negá-la e esquecer-la.

- **Aceitação.** Lazarus (1993) reconhece o seu papel e implicação na situação stressante e procurar soluções para resolução da situação. Os idosos apresentam uma atitude de aceitação conformista, consideram a perda como algo natural e uma situação que deve ser superada, entretanto mantêm a sua lembrança.

- **Indiferença.** Esta subcategoria pode equiparar-se ao que Lazarus (1993) refere como distanciamento, que é alcançado através de esforços cognitivos de desprendimento, de recusa e de minimização da situação. Nos relatos dos idosos verifica-se que consideram como uma questão que faz parte da vida e procuram ocupar-se a fim de manter um distanciamento da situação. Com tudo isto não queremos dizer que os idosos não sofram com a perda, mas sim eles sentem-se menos conscientes da sua existência e da proximidade da morte.

- **Proporcionar auxílio.** Esta subcategoria foi referenciada como mecanismo de apoio à perda por idosos que não referiram possuir outro tipo de mecanismo, que ao ajudar o próximo no seu sofrimento minimizam o seu. O que denota, no dizer de Morin (2007, p. 22) que esta é uma forte característica social, com base em “(...) normas e regras que impõe aos indivíduos um comportamento solidário. É como se existisse uma harmonia preestabelecida que estimula os indivíduos a aderir a uma ética de solidariedade dentro de uma comunidade e leva a sociedade a impor aos indivíduos uma ética de solidariedade”. Aspecto confirmado no relato de S3 “*Acho bom. Temos apoiado uns aos outros, as famílias. Quem me apoia é o meu filho. Há de me apoiar os amigos, se ninguém me apoiar, pronto, mas eu gosto de apoiar as pessoas*”.

- **Alívio através da emoção.** Esta subcategoria é expressa pelos idosos através do choro, tal como nos narra S10 “*a gente não chora só com os olhos, também chora com o coração. As lágrimas dos olhos são visíveis, as lágrimas do coração sentem-se, mas não sem vêem*” e S29 “*Às vezes choro, mas que ninguém vê chorar e rezo*”, como se a demonstração do sofrimento fosse indigna e proibida. O choro é para Moody e Arcangel (2006, p. 64) a “ (...) expressão básica do sofrimento, mas as pessoas aprenderam a associar o choro à fraqueza”.

- **Nenhum.** Esta subcategoria foi expressa quando os idosos não se socorreram de qualquer tipo de mecanismo para a minimização da dor, não achando que necessitassem dele

ou quando simplesmente mantiveram-se sós e geriam o processo da perda através do sofrimento ‘calado’, como nos relata S2 *“Fiquei completamente desorientada, fiquei muito triste. Sofri calada, (...)”*.

Através da **Categoria VI - “Concepção do apoio após a perda”** evidenciámos o apoio recebido pelo idoso nestes momentos dolorosos vivenciais da perda do *outro*. Este apoio percebido está expresso no Quadro nº 22.

Desta categoria surgiram três subcategorias:

- **Atributo positivo.** Esta subcategoria indica-nos que há uma boa percepção do apoio fornecido pelas instituições, que há uma satisfação. Referem que o apoio é ‘Adequado’, tal como nos narra: S22 *“Não posso dizer nada de nenhuma, é tudo o que é bom. Não posso dizer uma palavra de nenhuma”*; S27 *“Quando morreu a minha mulher deram muito apoio, muito apoio mesmo (...)”*. Outra questão a aprofundar é o que é feito efectivamente pelo idoso, visto que S5 nos relata que *“As funcionárias são impecáveis, andavam sempre de volta de mim a dizer que isso passa, mas não passa”*, o que evidencia que embora seja acompanhada não considera minimizado o seu sofrimento.

- **Atributo negativo.** Esta subcategoria indica-nos aspectos menos positivos do apoio fornecido mediante a percepção do idoso, em que este é afastado da morte do *outro* através da ‘Ocultação’ como nos relata R4 *“quando acontecem coisas dessas, elas fazem de forma que a gente não esteja em contacto com a situação”*, ou referem quando é ‘Ausente’, por exemplo o idoso S29 *“Não dão. É a vida de todos os dias. Continua a vida de todos os dias”* ou quando esse apoio é ‘Insuficiente’: *“Tentam fazer o melhor possível, mas não aquilo que nós necessitamos. Cada um tem a sua sensibilidade”* (S11).

Quadro nº 22 - Categoria VI - “Concepção do apoio após a perda”

Categoria VI - Concepção do apoio após a perda		
Subcategoria I	Subcategoria II	Evidências de unidades de texto
Atributo positivo	Adequado	<p>“Acho que dão o apoio normal” (R5)</p> <p>“Elas dão bom apoio, dão” (R6, S3, S8, S13, S15, S17, S18, S21, S23, S24, S28)</p> <p>“Acho o apoio muito satisfatório. Não tenho razão de queixas” (S1, S16, S22, S27)</p> <p>“Para mim são boas, são simpáticas e quando me vêm mais em baixo perguntam se estou mais bem-disposta” (S2, S9)</p> <p>“São impagáveis, muito amigas, muito simpáticas” (S4, S25)</p> <p>“As funcionárias são impecáveis (...)” (S5)</p> <p>“Bem, tratam bem, as pessoas que desaparecem também” (S12)</p>
Atributo negativo	Ocultação	<p>“(…) quando acontecem coisas dessas, elas fazem de forma que a gente não esteja em contacto com a situação” (R4)</p>
	Ausente	<p>“Não dão nada, não dão nada” (R2, S29)</p> <p>“Elas não nos dão apoio, podem dar apoio à família, mas para nós não dizem nada” (S14)</p> <p>“Não tive apoio, pois, elas não conhecem a gente, assim como a gente não as conhece a elas” (S26)</p>
	Insuficiente	<p>“Tentam fazer o melhor possível, mas não aquilo que nós necessitamos. (...) não é lamechinhas nem coisa nenhuma, é apoio moral” (S11)</p>
Atributo neutro	Indiferença	<p>“(…) toda a gente me trata bem também” (S7)</p> <p>“(…) não assisti a ato nenhum para me pôr à vontade para dizer se procederam bem ou se procederam mal” (S10)</p> <p>“Elas, mais ou menos. Porque eu também sou uma pessoa que estou muito fora. Como saio, vou aviar as minhas vidas” (S19)</p>
	Alheamento	<p>“(…) raramente nos apercebemos, só depois. (...) a vida é normalíssima, não altera absolutamente nada” (R1)</p> <p>“Às vezes a gente nem sabe... quando acontecem dizem-nos (...)” (S6)</p> <p>“Sei lá, as pessoas ... eu acho que elas gostam da gente, pronto, tratam-nos bem, não são agressivas” (S20)</p>

• **Atributo neutro.** Verificámos um afastamento por parte do idoso nos momentos da morte do *outro*, observando-se demonstrações de 'Indiferença' e de 'Alheamento', por exemplo em R1 "(...) nós não nos apercebemos que, pronto que uma pessoa faleceu, raramente nos apercebemos, só depois" e S20 "Para mim principalmente nunca senti. Foram e têm sido sempre muito amáveis, tudo".

Em relação à **Categoria VII - "Necessidade de apoio após a perda"** ela é vista como parâmetro na habilidade de avaliar e dar opinião acerca da comparação entre o apoio fornecido e o apoio que considera como fundamental após a perda do *outro* a nível institucional (Quadro nº 23).

Mediante as respostas foram estabelecidas cinco subcategorias:

• **Satisfatório.** Demonstra que o apoio oferecido após a perda do *outro*, mediante a sua percepção, pode ser adequado e suficiente, não referindo necessidade de melhorias e/ou alterações, como nos relata S17 "Eu acho que não, eu acho que está tudo bem", além de se sentirem apoiadas, como nos narra S8 "Tanto as empregadas como as que mandam, todas ... todas são muito queridas".

• **Necessário.** Esta subcategoria é referenciada pelos idosos que sentem necessidade de receber apoio, entretanto não sabem especificar que tipo de apoio necessitam, mas grande parte sente necessidade simplesmente de verbalizar o seu sofrimento, como nos narra S7 "Eu não sei explicar bem, se quisessem sempre poderiam falar alguma coisa, não sei..." e S21 "Tratar-nos bem, do melhor que elas possam".

Quadro nº 23 - Categoria VII - "Necessidade de apoio após a perda"

Categoria VII - Necessidade de apoio após a perda		
Subcategoria I	Subcategoria II	Evidências de unidades de texto
Satisfatório		"Acho que está tudo bem" (S5, S8, S11, S17, S19, S20, S27)
Necessário		"Acho que têm um psicólogo, que por vezes é preciso" (S6) "Talvez poderia ser feito alguma coisa" (S7) "O melhor possível. Ajudá-los em tudo aquilo que eles precisassem (...)" (S13, S21, S24) "Boa vontade, fazer de nós, estar a fazer como a menina está a falar" (S14) "É dar apoio. Olhe assim de uma palavra de conforto" (S29)
Indiferente		"(...) a pessoa que vem para este tipo de casa, à partida vem para falecer (...)" (R5) "O que é que podem fazer?" (S9) "(...) as funcionárias não falam nada para mim sobre uma pessoa que morre. Porque essa pessoa que morre, eu também não a conheço e as pessoas que que não são da terra dessa pessoa que morre também não se importam" (S26)
Não é necessário		"Nada, nada" (R1, R3, R4) "Eu não preciso de nada" (R2) "Acho que não filha, a gente é que tem que ... tem que quê? Tem que reagir" (S12)
Apoio oferecido	Intervenção limitada (rotinas/tempo)	"Não, elas não podem fazer mais nada" (R6, S2, S4) "Não. Elas não fazem mais porque não podem" (S1, S15, S16, S18, S22) "Se não faz o melhor é porque não tem meios para isso" (S10) "(...) algumas podiam, mas outras fazem de mais" (S25) "Não acho que não, as coisas não estão nas mãos delas" (S28)
	Falta de preparação	"(...) pareciam umas madalenas, choravam, tanto, tanto, tanto... como é que elas haviam de me apoiar. (...), se elas também estavam a precisar de apoio, pois" (S3)
	Indiferença	"Elas querem lá saber, as que ficam, ficam" (S23)

- **Indiferente.** Esta subcategoria indica-nos aspectos como algo inalterável, um dado certo e adquirido quando ocorre a institucionalização, como nos diz R5 “*quando vem para estas casas a gente já vem para falecer, ir embora, mas já não liga à vida como liga há alguns anos. Chega ali, pronto acabou*”; quando não pensam nessa necessidade, como diz S9 “*Não sei o que é que possam fazer*”; quando não há a criação de laços, há assim uma afastamento da realidade ao seu redor, o que porventura diminui o sofrimento, como nos narra S26 “*(...) não a conheço e as pessoas que não são da terra dessa pessoa que morre também não se importam. Faz-se de conta que aqui se conhece pouca gente. Eu conheço toda a gente*”.

- **Não necessário.** Esta subcategoria refere-se à verbalização de não necessitar de apoio, visto sentirem-se capazes de superar a fase da perda fazendo uso de suas próprias capacidades de enfrentamento, referem-se como ‘fortes’, ‘capazes’, que se evidencia no relato de R2 “*Sou uma pessoa livre e de vontade de resolver tudo e de passado por tudo*”.

- **Apoio fornecido.** Nesta subcategoria os idosos não referem a necessidade ou não de apoio, mas avaliam a sua qualidade, mediante as suas vivências institucionais. Aquele apoio desdobra-se:

- *-**Intervenção limitada** (rotinas/falta de tempo), os idosos referem que há o cuidado, principalmente, com o *outro* e seus familiares dentro da limitação das suas funções, referindo-se às cuidadoras directas, como nos narra S2 “*Fazem o que devem, não podem fazer mais nada a meu ver. Nem todos pensamos na mesma maneira. São dedicadas, não podem fazer mais nada*” e S18 “*Pouco mais podem fazer porque eu acho que às vezes até fazem bastante. Mas as pessoas precisam. Elas ainda fazem muito, (...)*”.

- *-**Falta de preparação**, quando sentem a necessidade de apoio, mas que não verificam que haja uma preparação adequada por parte do profissional, como narra S3 “*(...) pareciam umas madalenas, choravam, tanto, tanto, tanto... como é que elas haviam de me apoiar. Por exemplo a mim e a outra, se elas também estavam a precisar de apoio, pois*”;

- *-**Indiferença**, quando a percebem por parte do profissional, no cuidado prestado após a perda, como nos narra S23 “*Quando morre um, dizem, penso eu, isto está no meu pensamento, quando morre um – Olha menos um! É menos trabalho*”, pensamento estereotipado e negativista das capacidades profissionais que necessitaria ser melhor compreendido e trabalhado.

Os profissionais que trabalham em lares residenciais vivem os processos de luto pela perda do *outro* de duas formas, o seu próprio processo, que muitas das vezes não é autorizado e compreendido, bem como o processo do idoso sob o seu cuidado. Neste contexto a percepção do idoso quanto ao cuidado que recebe é o reflexo deste profissional, das suas características de enfrentamento. O idoso observa, necessita, restringe-se, nega, cobra esse cuidado, deve assim haver preparação por parte de quem cuida.

2.2. Entrevistas aos técnicos/responsáveis

Os profissionais que trabalham em lares residenciais, são os atores privilegiados que convivem/lidam/cuidam de idosos e deparam-se com a realidade da morte a nível institucional. Estes prestam o apoio ao idoso que fica, à família do *outro* e na preparação do *outro*. Encontram-se igualmente susceptíveis, porque também enfrentam o momento da perda do *outro* e as reacções decorrentes do processo de enfrentamento dos idosos sob os

seus cuidados. Neste contexto estes profissionais são uma rica fonte de informação, pela constante presença, na prática do cuidado, no quotidiano institucional.

A análise às entrevistas semiestruturadas direccionadas aos técnicos/responsáveis dos lares teve a finalidade de complementar a compreensão da percepção da ‘morte’ e da ‘morte do outro’ do idoso sob o seu cuidado, foi feita através da análise de conteúdo. A partir dos conteúdos que emergiram nas suas falas, foram evidenciadas as categorias temáticas, que compõem o sentido das narrações. O guião da entrevista encontra-se no ANEXO 2.

As categorias evidenciadas foram:

I - Significado da morte na instituição. Evidenciámos os significados atribuídos à percepção da morte num ambiente institucional que tinham antes de trabalhar no lar residencial. Foi constatado que a maioria dos entrevistados não pensava nesta questão quando iniciaram as suas funções no lar, que não faziam ideia do que os esperava quanto a esta questão, como destacamos discursos narrativos de:

*- T2 *“Não, nunca tinha trabalhado com esta faixa etária. Eu trabalhei sempre com jovens, nunca sequer tinha pensado na morte como penso agora e nunca tinha encarado a morte como encaro agora. Então, nesse aspecto acho que foi um crescimento e uma aprendizagem que eu fiz aqui. Até encaro a vida de outra forma, há coisas que eu já não dou tanta relevância como dava até aqui”.*

*- T4 *“Não porque eu também tinha os meus avós. Nos estamos rodeados de pessoas, na instituição a trabalhar não. Custou-me, antes custava-me mais. Mas aqui no trabalho, aqui mais não há aqueles laços de sangue de família e torna-se ... é triste, mas ao mesmo tempo, torna-se um trabalho. Não ... Como talvez os enfermeiros também. É ou não é?”.*

Entretanto houve profissionais que foram despertados para essa realidade antes de iniciarem funções no lar ou que já estavam cientes dela, como nos narra:

*- T1 *“Sim, várias vezes, mesmo antes de entrar neste trabalho, porque era uma das dificuldades que eu ia ter, como eu ia gerir. (...) houve uma pessoa que me disse quando vim trabalhar para uma instituição para idosos: - Ah! Não te agentas lá muito tempo! Porque ... depois as pessoas morrem e depois tu te apegas às pessoas. - esta é uma versão e depois já outra versão que diz que: Ah! Isso custa-te os primeiros, que depois isso faz parte da tua rotina e tu já não... - e eu balanço já mais para a primeira É inevitável isso, mesmo com o passar do tempo e com muitas situações que haja. Não é por já terem falecido vinte ou trinta, que com o próximo sentiremos menos, porque cada pessoa é única na instituição e passa pela nossa vida de forma única. Cada um deixa a sua marca de forma diferente e todas as pessoas são únicas e eu acho que é sempre diferente a cada pessoa que passa”.*

*- T3 *“Sim sempre pensei, sempre pensei. (...) E tudo é uma questão de tempo ... quando tiver que chegar a minha hora. Só peço para sofrer, o problema que tenho. O medo da morte para mim não é a morte. Eu só tenho medo do sofrimento”.*

Todos os técnicos revelaram que não há experiência acerca da questão da ‘morte’ e que esta foi aparecendo gradualmente e foram integrando esta realidade como parte do seu dia-dia, no cuidado aos idosos, como nos revela T3 *“(...)uma situação aqui e uma situação ali e a gente vai absorvendo e vai guardando para nós e vai-nos dando uma carapaça, como às vezes posso dizer isso, para nós tentarmos ... para sabermos lidar com essas situações e dá-nos*

experiencia para isso". Observa-se aqui uma aprendizagem empírica, mediante as sucessivas perdas estes profissionais aprendem a enfrentá-las e a actuar.

II - Percepção de morte no quotidiano. Esta categoria destacou a percepção da morte no quotidiano institucional, na prestação de cuidados aos idosos e suas reacções. Evidenciámos que a percepção da morte na instituição associa-se à aceitação como um fim natural, mas como perdas 'sentidas', com demonstrações de reacções mediante o nível de ligação com os mesmos, o que podemos evidenciar pelos relatos:

*- T1 *"(...) a morte, dependendo do nível a que estamos mais ligados à pessoa, também é sentida de forma diferente. É sempre uma perda, porque é uma pessoa com quem a gente convive tantas horas, neste trabalho passamos muito tempo em contacto com as pessoas que acaba sempre por ser uma perda"*.

*- T2 *"(...) algumas pessoas que me têm marcado mais do que outras. Essa... eu tenho pessoas que já faleceram há dez anos e que eu ainda me lembro delas. Portanto é assim, eu tento manter alguma distância, aparente, mas depois no fundo, no fundo eu acabo também por sofrer com a morte de alguns. Alguns que marcam mais, aqueles que me são mais próximos, em termos de afectos"*.

*- T3 *"(...) eu aceito como um facto corrente da vida, todos nós temos uma hora para nascer e uma hora para morrer"*.

*- T4 *"Ao início quando entrei afectava-me, mas com os anos começou ... não é dizer que não seja sensível, mas aceito, eu aceito a morte e a minha também. ... E aceito muito bem. Não aceito o sofrimento, o sofrimento não aceito"*.

Em relação à morte no quotidiano do lar destaca-se nas narrações, que apesar de esta fazer parte da rotina de trabalho, os cuidadores evidenciaram que também sofrem. Observa-se que há dificuldade de lidar com determinadas perdas, como refere:

*- T1 *"Tendo em conta a dimensão da instituição é inevitável nós apegarmos mais a uns utentes do que outros, pelas dificuldades, pela própria historia de vida, o que os traz a instituição e nesse sentido, claro que os vínculos são diferentes de cada. Até devido ao nível das necessidades de cada um, se são mais dependentes, se são mais carentes"*.

*- T2 *"Os que marcam mais! Eu... esses continuo a me lembrar, como já disse desde que entraram, no ano que esta casa abriu, que muitas vezes, em que até em situações que estou mais triste ou de uma situação particular de minha vida lembro-me deles sempre. Porque acho que eles estão lá em cima e estão também a olhar por mim"*.

Entretanto, como o cuidado presta-se a quem 'cá está', estes cuidadores apercebem-se das necessidades dos idosos, que evidenciámos através dos relatos:

*- T1 *"Por vezes acontece, eu acho que a pessoa que perdeu ali o colega do lado, está muito em baixo, triste, muito triste e vejo que até está e vejo que a pessoa não quer demonstrar. Por vezes parece que, que se o fizerem é como que se nota uma fraqueza. Que não é fraqueza nenhuma. E os comentários são por vezes – Ah! Ele já estava muito mal! Ah! Ele já tinha muita idade! – e às vezes de idades muito próximas. E há aqueles, que talvez seja uma defesa, não demonstram e tentam ocupar-se com outras coisas, há outros... Outros que precisam realmente de algum acompanhamento"*.

*- T2 *“Aqui o que eu sinto quando alguém acaba por falecer, é que aquelas que são mais próximas sofrem, mas sofrem momentaneamente. Depois quando fazem o seu luto, quando vão ver a colega que faleceu e choram um bocadinho, aliviam e no dia seguinte já estão um bocadinho mais leves e bem-dispostas”.*

*- T3 *“Mas eles aceitam, o problema maior deles é ver o cadáver. Eles aceitam. Mas ver a pessoa em si morta e porque eles ficam com aquela imagem. Acho que é como as crianças, se eles não virem a imagem da pessoa eles ficam com ela como ela viveu. E é uma recordação diferente”.*

*- T4 *“O medo desses idosos, muitas vezes, não é o facto de morrerem, é o facto de doer. Não é a morte, a morte é uma... acho que é uma coisa banal. O sofrimento é que acarreta muita dor... acarreta-nos dúvidas”.*

Pelos relatos podemos constatar que os cuidadores reconhecem que os idosos sofrem com a perda e que entretanto há uma aceitação, esta faz parte da rotina, embora alguns idosos não queiram aceitar ajuda e/ou partilhar o seu sofrimento. Nestas condições o cuidado centra-se não só nas suas necessidades, bem como no respeito pela sua individualidade.

III - Conceção do apoio. Evidenciámos a percepção do apoio fornecido ao idoso após a perda, onde estes profissionais nos narram, não só o apoio fornecido bem como a sua própria percepção de que nem sempre se consegue alcançar os objectivos de minimizar o sofrimento, porque estes também são ‘humanos’ a lidar com uma realidade que nem todos aceitam, a morte. O que podemos constatar através das narrações:

*- T1 *“Aqui é fazer aquilo que está ao nosso alcance e nunca conseguimos fazer tudo. Às vezes, agora vai parecer egoísta, mas por falta de tempo, outras vezes porque se nos envolvemos também nós ficamos mais fragilizados nem sempre ... nem sempre os dias são bons e temos força suficiente para conseguirmos levantar a pessoa e dar-lhe o apoio que ela precisa”.*

*- T2 *“Neste momento o apoio que se dá é um bocadinho de conforto, dado pela equipa técnica, sobretudo pela enfermagem, por mim e também por algumas funcionárias, porque elas também sofrem com a morte dos idosos. Era mais o apoio a nível da psicologia”.*

*- T3 *“(…) desenvolver essa situação e conseguir fazê-los entender melhor, nem que seja através da religião. Muitas coisas conseguem-se mais fácil, e essa é uma delas através da religião. E acho que sim, que a instituição está completamente capacitada para isso”.*

*- T4 *“(…) a gente tenta distraí-los de toda a maneira possível, e o apoio psicossocial que é dado nesse sentido. Até através mesmo das actividades. E quando isso ... isso tem de ser individual, não é? Temos de ver se o idoso está assim, o que se passou. Todos nós tentamos qualquer das pessoas que trabalha na instituição puxar o idoso para cima, não é?”.*

Verificámos que os profissionais promovem o cuidado centrado na pessoa, há uma preocupação pelo idoso. A questão da morte a nível institucional é uma questão de difícil abordagem por parte de alguns cuidadores, estes buscam e percebem alguns dos pontos essenciais no apoio ao idoso.

Podemos constatar que procuram proteger o idoso de um maior sofrimento pelo relato de T3, através da ocultação: *“Normalmente tentamos não mostrar a realidade da morte, escondemos o cadáver para ninguém ver. Mesmo quando vem a agência, tentamos sempre passar por aquela porta lá em baixo, para ninguém ver. Fechamos as portas que dão acesso ao*

sítio onde o senhor estava ou senhora, ao quarto e tentamos sempre... porque a maioria deles não gosta que se fale directamente da morte, a maioria”.

Através do relato de T4, evidenciamos a importância da família como factor de minimização do sofrimento: *“Mas penso no meu ver, o que os faz muito viver são os familiares, a presença dos familiares. E temos cá muita gente que não tem, não tem esse miminho. São aqui colocados e adeus. Porque fazem-nos viver”.*

Percebem que a religião também pode auxiliá-los, como nos diz T3, que em simultâneo promove o apoio espiritual na instituição onde trabalha: *“(…) religiosa que sou e como catequista consigo. Sinto-me perfeitamente habilitada para fazer isso. Para desenvolver essa situação e conseguir fazê-los entender melhor, nem que seja através da religião”.*

Podemos também observar que há a consciência dos passos neste tipo de acompanhamento, o cuidado é contínuo, tão bem referido por T1 *“(…) de um dia para o outro aquele lugar vai ficar desocupado de uma pessoa que ali viveu, muito ou pouco tempo, dependendo do tempo que está. Portanto é a perda da pessoa e é depois todo o trabalho a seguir, ao nível do acompanhamento do utente que ficou, da família, que por vezes precisa de acompanhamento também, é muito natural que isso aconteça. Portanto o trabalho, quando uma pessoa deixa de viver não termina com ela, porque continua com todos os que estão e se for necessário com a família”.* Este é o cerne do acompanhamento, porque como já referimos a morte atinge todos ao redor de quem se foi. Esta não pertence ao morto, porque as suas repercussões sentem-se por quem fica.

IV - Mecanismos de minimização da perda. Nesta categoria evidenciamos quais foram os mecanismos utilizados pelos profissionais após a perda do idoso. Verificamos que cuidadores necessitam de algum tipo de mecanismo para lidar com certas perdas, mediante o nível de ligação estabelecido com o idoso, como se verifica pelos relatos:

*- T1 *“Preciso, assim, de um tempinho, não digo de reflexão, eu não sei, mas não sei que tipo de reflexão a morte no trás ... que reflexão é possível sobre a morte? E apesar de ser uma pessoa muito crente, há sempre dúvidas. Então eu preciso desse tempinho para me preparar a mim, a pessoa já não está, terminou, vamos continuar com quem está à volta dela e ver o que é necessário com a família e também, muitas vezes, o que é necessário com os colaboradores que temos aqui”.*

*- T2 *“O mecanismo que eu uso é aquele que está cá dentro. Quando a minha consciência está tranquila, que fiz tudo, que dei tudo, o melhor de mim àquele idoso, eu uso isso como defesa para aceitar a morte. Porque ele já tem alguma idade e a morte é inevitável, portanto eu uso mais essa estratégia, sabendo que dei o melhor que dei carinhos, que dei beijinhos, que dei conversa quando foi preciso e isso para mim serve de alento”.*

Enquanto outros cuidadores referem serem capazes de lidar com as perdas devido às suas experiências vivenciais, que lhes promovem uma melhor aceitação das perdas, como nos narra:

*- T3 *“Não, não... nunca precisou. Porque a mim, a minha vida sempre foi ... eu desde sempre nunca tive receio da morte, mas quando era mais jovem tinha mais, mas a própria idade dá-nos mais experiência e dá-nos coisas na vida que nós começamos por aceitar perfeitamente”.*

*- T4 *“Não porque eu tenho uma abordagem da morte tão diferente, talvez por aquilo que eu passei... talvez não, mesmo, não ... é normal, enfim lá foi e pronto. É normal, passo muito bem... claro, a gente sente sempre uma magoazita, mas passo por cima”.*

A partir dos relatos podemos concluir que cuidar do idoso, após a perda do *outro*, é uma tarefa que realça a vida a ser vivida no quotidiano do lar residencial, que torna a morte mais presente. Sendo assim o profissional, não só deve acompanhar o idoso, bem como também aprender a lidar com os seus próprios sentimentos. O sofrimento, pelo que verificámos não é unilateral, mas bilateral, ambos necessitam de ajuda e apoio e a preparação deste profissional é importante. Saber cuidar e cuidar-se, o que requer um cuidado ‘com’ e não ‘para’, estabelecendo-se um bom alicerce através da relação de ajuda.

2.3. Análise à associação livre de palavras

Neste estudo, durante a entrevista foi solicitado aos idosos que associassem livremente uma palavra para completar duas fases: ‘Quando vivencio a perda de algum companheiro de instituição eu me sinto...’ e ‘A morte para mim é...’.

De seguida, foi aplicada a técnica de associação livre de palavras no tratamento das duas questões. Esta é uma técnica que evoca respostas dadas a partir da “(...) audição das palavras indutoras (estímulos), outras palavras (respostas) ou palavras induzidas” (Bardin, 2009, p. 54). Cabe ressaltar que os idosos mencionaram palavras e também expressões ao explicarem as ideias associadas às questões. De facto, a técnica permite a evidência de universos semânticos de palavras que após a análise são classificadas criando-se categorias, ordenando-as de forma a produzir informação.

2.3.1. ‘Quando vivencio a perda de algum companheiro de instituição eu me sinto ...’

Os termos obtidos para esta primeira frase estão associados aos sentimentos expressos pela morte do *outro* durante o período de institucionalização.

Quadro nº 24 - Distribuição das palavras atribuídas pelos idosos institucionalizados na resposta - ‘Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...’

	Frequência	% Percentagem	% Acumulada
triste	9	25,7%	25,7%
pena	4	11,4%	37,1%
um bocadinho chocado	2	5,7%	42,9%
a falta da pessoa	1	2,9%	45,7%
certa	1	2,9%	48,6%
dá-me um choque	1	2,9%	51,4%
doente	1	2,9%	54,3%
dor	1	2,9%	57,1%
emocionado	1	2,9%	60,0%
frustrada	1	2,9%	62,9%
mágoa e dor	1	2,9%	65,7%
mal	1	2,9%	68,6%
mal disposto	1	2,9%	71,4%
meio preparado para ser a minha	1	2,9%	74,3%
muito só	1	2,9%	77,1%
não me sinto culpado, mas tenho pena	1	2,9%	80,0%
não sinto nada	1	2,9%	82,9%
necessária	1	2,9%	85,7%
normal	1	2,9%	88,6%
perturbada	1	2,9%	91,4%
saudades	1	2,9%	94,3%
semelhante	1	2,9%	97,1%
tristeza	1	2,9%	100%
Total	35	100%	

A partir da análise do Quadro nº 24, evidenciámos 23 palavras/expressões, as mais frequentemente mencionadas são: triste (25,7%), pena (11,4%), um bocadinho chocado (5,7%). As restantes palavras/expressões foram referenciadas uma única vez, como se verifica. Por exemplo, o termo triste foi o mais evocado (indicador de tristeza). A tristeza anteriormente, nas pequenas localidades, tinha a capacidade de promover simpatia e apoio por partes dos outros, entretanto Actualmente nas sociedades modernas, este sentimento pode não atrair a atenção de ninguém, levando ao isolamento que pode potenciar a tristeza-isolamento, desencadeando a depressão (Lelord & André, 2002). Sendo assim, a sua detecção é importante na promoção do apoio após a perda, a fim de minimizarmos os seus efeitos.

Reunidas as palavras, procurámos classificá-las, visto referirem-se a emoções, sentimentos e pensamentos. As respostas obtidas foram classificadas em 3 categorias, Termos negativos, Termos neutros e Termos positivos (Quadro nº 25), onde apurámos os seus simbolismos negativos, neutros e positivos. Verificou-se uma maior percentagem de Termos negativos (62,9%) referenciados pelos idosos, seguidos dos Termos neutros (31,4%) e por fim os Termos positivos (5,7%). O que nos revela a presença de sentimentos fortemente negativos mediante uma perda, que não identificados e acompanhados podem levar à desestruturação e a problemas futuros.

Quadro nº 25 - Lista de termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'

Termos negativos - 62,9%	Termos neutros - 31,4%	Termos positivos - 5,7%
Muito só Mal/Muito mal /Mal disposto Perturbada Triste/tristeza Um susto Frustrada / Mágoa e dor Dor Doente ... muito doente A falta da pessoa/ saudades Dá-me um choque	Necessária/certa Não me sinto culpado, mas tenho pena/pena Semelhante Emocionado Não sinto nada	Meio preparado para ser a minha Normal

Verifica-se quanto ao 'Género', que há 62,9% de idosos a referirem Termos negativos, com uma predominância do sexo feminino (85%); há 31,4% dos idosos a referirem Termos neutros, com uma predominância no sexo masculino (53,3%) e só o sexo masculino refere Termos positivos, com 5,7% da amostra. Observámos que o sexo masculino exibiu uma maior frequência nas compreensões neutras e positivas, numa atitude mais conformista frente às perdas, ao referirem: 'Necessária/certa', 'Semelhante', 'Não sinto nada', além de 'Meio preparado para ser a minha' e 'Normal' (Quadro nº 26).

Quadro nº 26 - Distribuição dos participantes por género, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Negativos	N	5	17	22
	% Total	33,3%	85,0%	62,9%
Neutros	N	8	3	11
	% Total	53,3%	15,0%	31,4%
Positivos	N	2	0	2
	% Total	13,3%	0,0%	5,7%
Total	N	15	20	35
	% Total	100%	100%	100%

Averigua-se quanto à 'Idade', que dos 62,9% dos idosos que referem Termos negativos, 80% encontram-se na faixa etária dos 81-85 e 57,1% na faixa etária dos 86-90. Em relação aos 31,4% que referem Termos neutros, há 42,9% na faixa etária dos 86-90.

Quadro nº 27 - Distribuição dos participantes por idade, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'

		Idade					Total
		65 - 70	76 -80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	
Negativos	N	0	3	8	8	3	22
	% Idade	0,0%	60,0%	80,0%	57,1%	60,0%	62,9%
Neutros	N	0	1	2	6	2	11
	% Idade	0,0%	20,0%	20,0%	42,9%	40,0%	31,4%
Positivos	N	1	1	0	0	0	2
	% Idade	100%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%
Total	N	1	5	10	14	5	35
	% Idade	100%	100%	100%	100%	100%	100%

O que nos leva a considerar que o aumento da idade propicia a encarar de forma mais negativa o processo da perda do *outro*, visto, as percentagens mais elevadas encontrarem-se na faixa etária dos 86-90 anos (Quadro nº 27).

Ao associarmos a 'Religião', observámos que dos 62,9% idosos a referirem Termos negativos e dos 31,4% a referirem Termos neutros, todos são católicos. O idoso ateu apresentou um dos termos positivos referenciados (2,9%) e um só católico também (2,9%) (Quadro nº 28).

O que nos leva a observar que, embora a religião católica seja predominante, não quer dizer que seja uma condicionante que favoreça a vivência da perda, isto é, que diminua os sentimentos negativos. A perda durante a institucionalização é um momento de sofrimento e dor. Este seria um aspecto a ser aprofundado em estudos subsequentes, visto que para Koenig, Larson e Larson (2001), as crenças religiosas fornecem uma estrutura cognitiva que pode reduzir o sofrimento e aumentar seu propósito e significado face à perda. Na perspectiva cristã, não importa quais sejam as circunstâncias ou dificuldades do momento, sempre há esperança de que as coisas vão melhorar ao depositar a confiança em Deus.

Quadro nº 28 - Distribuição dos participantes por religião, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'

		Religião		Total
		Católica	Ateu	
Negativos	N	22	0	22
	% Religião	64,7%	0,0%	62,9%
Neutros	N	11	0	11
	% Religião	32,4%	0,0%	31,4%
Positivos	N	1	1	2
	% Religião	2,9%	100,0%	5,7%
Total	N	34	1	35
	% Religião	100%	100%	100%

Quanto ao 'Estado civil', verificámos que do total dos Termos negativos foram referenciados na sua maioria por 71,4% dos idosos viúvos e por 50% dos idosos solteiros, de seguida os Termos neutros por 28,6% dos idosos viúvos. Quanto aos Termos positivos estes foram referenciados por um idoso solteiro e um idoso divorciado. Considerando assim que a viuvez seja uma condicionante que favorece a sentimentos/expressões negativas na vivência da perda do *outro* (Quadro nº 29).

Quadro nº 29 - Distribuição dos participantes por estado civil, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'

		Estado civil				Total
		Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo	
Negativos	N	2	0	0	20	22
	% Estado civil	50,0%	0,0%	0,0%	71,4%	62,9%
Neutros	N	1	2	0	8	11
	% Estado civil	25,0%	100,0%	0,0%	28,6%	31,4%
Positivos	N	1	0	1	0	2
	% Estado civil	25,0%	0,0%	100,0%	0,0%	5,7%
Total	N	4	2	1	28	35
	% Estado civil	100%	100%	100%	100%	100%

Pretendemos saber o valor das relações entre as variáveis sociodemográficas e a 'Perda do *outro*' e, por isso, utilizámos algumas técnicas correlacionais.

Quadro nº 30 - Correlação entre variáveis sociodemográficas em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'Quando vivencio a perda do outro, eu me sinto ...'

		Género	Idade	Religião	Estado civil	Habilitações literárias	Perda do outro
Género	Correlação de Pearson	1					
	Sig. (2-tailed)						
Idade	Correlação de Pearson	,099	1				
	Sig. (2-tailed)	,570					
Religião	Correlação de Pearson	-,198	-,550**	1			
	Sig. (2-tailed)	,254	,001				
Estado civil	Correlação de Pearson	,209	,253	-,421*	1		
	Sig. (2-tailed)	,228	,143	,012			
Habilitações literárias	Correlação de Pearson	,028	-,189	,229	-,474**	1	
	Sig. (2-tailed)	,872	,277	,186	,004		
Perda do outro	Correlação de Pearson	-,443**	-,229	,349*	-,284	,157	1
	Sig. (2-tailed)	,008	,186	,040	,099	,369	
	N	35	35	35	35	35	35

** . Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2-tailed).

*. Correlação é significativa ao nível de 0,05 (2-tailed).

Os valores observados na correlação entre as variáveis sociodemográficas e 'Perda do *outro*' (Quadro nº 30) apontaram um nível de significância do estudo de $p \geq 0,01$. Evidencia-se uma correlação moderada positiva entre a perda do *outro* e a religiosidade ($r = ,349$; $p < ,01$). O que nos leva a inferir que a 'perda do *outro*' está associada à religiosidade para os idosos em estudo, maioritariamente católicos. Como nos narra S10 "Todo o ser vivo morre, é uma Lei geral da natureza e dos poderes divinos, se quiser, para quem tem fé, para quem não

tem fé, é uma lei da natureza. E para as coisas se renovarem, com certeza que aquilo que tem que ser renovado tem que ocupar o lugar de outros que deixaram de existir”.

Quanto ao nível de significância $p \geq 0,05$, observámos uma moderada correlação negativa entre a religião e a idade ($r=-, 550$; $p < .05$), sugere que a idade avançada está associada à ‘perda do *outro*’; além das habilitações literárias e o estado civil ($r =-,474$; $p <.05$), isto é, a baixa iliteracia e o estado de viuvez; e o género ($r =-,443$; $p <.05$) maioritariamente feminino correlaciona-se com a ‘perda do *outro*’.

2.3.2. ‘A morte para mim é ...’

Os termos obtidos para a frase, ‘A morte para mim é...’, também apresentavam palavras/expressões com várias compreensões associadas aos sentimentos revelados ao narrarem o seu conceito de morte.

Quanto às maiores percentagens dos termos, podemos observar novamente a tristeza (20%), além de natural (14,3%), o fim (11,4%) e triste (8,6%). Estes termos perfazem um total de 54,3% de frequência acumulada das palavras/expressões referenciadas, as restantes uma única vez, como se verifica (Quadro nº 31).

Quadro nº 31 - Lista de termos (negativos, neutros, positivos) atribuído pelos idosos institucionalizados na resposta - ‘A morte para mim é ...’

	Frequência	% Percentagem	% Acumulada
tristeza	7	20,0%	20,0%
natural	5	14,3%	34,3%
o fim	4	11,4%	45,7%
triste	3	8,6%	54,3%
acabar com o sofrimento	1	2,9%	57,1%
alívio para a doença	1	2,9%	60,0%
alívio se estiver em bons pensamentos	1	2,9%	62,9%
eterno descanso	1	2,9%	65,7%
magoado	1	2,9%	68,6%
não é vida	1	2,9%	71,4%
o fim da minha vida	1	2,9%	74,3%
o fim da vida	1	2,9%	77,1%
o fim do ser	1	2,9%	80,0%
o final de tudo	1	2,9%	82,9%
o termo de uma vida de sofrimento	1	2,9%	85,7%
o principio da vida eterna	1	2,9%	88,6%
terrível	1	2,9%	91,4%
uma coisa escura	1	2,9%	94,3%
uma coisa muito má	1	2,9%	97,1%
uma morte santa	1	2,9%	100%
Total	35	100%	

Reunidas as palavras, classificámo-las nas três categorias, Termos negativos, Termos neutros e Termos positivos, conforme o Quadro nº 32, onde apurámos os seus simbolismos negativos, neutros e positivos.

Verificou-se novamente uma maior percentagem de Termos negativos (62,9%) referenciados pelos idosos, seguidos dos Termos positivos (34,3%) e por fim os Termos neutros (2,9%).

Quadro nº 32 - Distribuição das palavras atribuídas pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'

Termos negativos - 62,9%	Termos neutros - 2,9%	Termos positivos - 34,3%
O fim/o final de tudo/o fim do ser Triste/Tristeza/Magoado Uma coisa muito má/terrível Desapareço, acabou tudo Uma coisa escura	Não é a vida	Natural/Necessária para renovação Alívio para a doença/ Acabar com o sofrimento/ Alívio se estiver em bons pensamentos Princípio da vida eterna/Uma morte santa/Eterno descanso

Os Termos negativos (62,9%) nos revelam uma presença de sentimentos fortemente negativos mediante a sua concepção de morte. Podemos verificar nestes termos a referência de que a morte é o Fim/o final de tudo/o fim do ser, que é natural. Neste contexto, o fim é o rompimento com a vida, o termo da sua jornada, mas com alguma aceitação pelo facto de referir que é natural, por ser um acontecimento inevitável.

Quanto aos Termos de compreensão positiva (34,3%), estes associam-se à sua aceitação da morte pelo idoso como um facto Natural/Necessária à renovação. Como também uma necessidade para o Alívio para a doença/ Acabar com o sofrimento/ Alívio se estiver em bons pensamentos, numa visão de que a morte é um reconforto para quem sofre e se encontra dependente. Outro aspecto é a religiosidade com a Princípio da vida eterna/uma morte santa/Eterno descanso, com a forte conotação de uma crença da vida além da morte e a recompensa pelo que passou durante a sua vida. O Termo neutro encontrado foi referenciado pelo 'idoso ateu' da amostra, ao referir-se que a morte é a ausência da vida, morre-se e tudo acaba, numa demonstração de conformismo perante a morte.

Verifica-se, quanto ao 'Género', que há uma variação semelhante tanto a nível dos termos negativos com 45,5% e 54,5% respectivamente, bem como para os termos positivos, com 41,7% e 58,3% respectivamente (Quadro nº 33).

Quadro nº 33 - Distribuição dos participantes por género, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Negativos	N	10	12	22
	% a_morte_e	45,5%	54,5%	100,0%
	% Género	66,7%	60,0%	62,9%
Neutros	N	0	1	1
	% a_morte_e	0,0%	100,0%	100,0%
	% Género	0,0%	5,0%	2,9%
Positivos	N	5	7	12
	% a_morte_e	41,7%	58,3%	100,0%
	% Género	33,3%	35,0%	34,3%
Total	N	15	20	35
	% a_morte_e	42,9%	57,1%	100,0%
	% Género	100%	100%	100%

Observa-se quanto aos termos negativos, que ambos os géneros têm uma visão da morte como parte da totalidade, por ser o fim do ser e como uma interrupção da vida porque desapareço, acaba-se, e ser uma coisa escura. Na verdade, as pessoas mais velhas orientam o seu desenvolvimento em direcção à morte, entretanto a construção do seu conceito é uma tarefa complexa que leva a um grande esforço de aceitação da mesma.

Quanto aos termos positivos, ambos os géneros parecem, em parte, em paz com a ideia da morte ser algo natural, um alívio ao sofrimento e incluem o aspecto religiosos como confortador. Aspectos associados às suas vivências da vida anterior, incorporam-se às suas capacidades de se engajar nas rotinas institucionais e no estabelecimento de novos laços.

Pode-se depreender que a morte nos homens é mais aceite, interiorizada, não pensada, como nos referiu um idoso ao narrar que “(...) é um ato natural que a gente não pode ignorar” (R4), “(...) é uma etapa necessária das pessoas” (R5). Enquanto nas mulheres propícia a sentimentos mais negativos, recorrendo-se à religiosidade para conforto, como podemos verificar nas suas narrações, “Sou católica, mas tenho medo de morrer. Estou com Jesus (...)” (S3), “Custa muito ficar assim, sem as pessoas” (S4), “(...) sinto uma frustração moral tão grande. É uma luta ingloriosa, é uma luta ingloriosa” (S11).

Quadro nº 34 - Distribuição dos participantes por idade, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - ‘A morte para mim é ...’

		Idade					Total
		65 - 70	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	
Negativos	N	1	4	7	7	3	22
	% a_morte_e	4,5%	18,2%	31,8%	31,8%	13,6%	100,0%
	% Idade	2,9%	11,4%	20,0%	20,0%	8,6%	62,9%
Neutros	N	0	0	1	0	0	1
	% a_morte_e	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% Idade	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	2,9%
Positivos	N	0	1	2	7	2	12
	% a_morte_e	0,0%	8,3%	16,7%	58,3%	16,7%	100,0%
	% Idade	0,0%	2,9%	5,7%	20,0%	5,7%	34,3%
Total	N	1	5	10	14	5	35
	% a_morte_e	2,9%	14,3%	28,6%	40,0%	14,3%	100,0%
	% Idade	2,9%	14,3%	28,6%	40,0%	14,3%	100,0%

Quanto à ‘Idade’, podemos observar através do Quadro nº 34 que a maior prevalência de termos negativos verifica-se na faixa etária dos 81-90 anos (40%), seguindo a faixa etária dos 76-80 anos (11,4%) e dos 91-95 anos (8,6%). De igual percentagem verificámos que os termos positivos concentraram-se na faixa etária dos 86-90 anos (20%), seguido de 5,7% nas faixas dos 81-85 anos e 91-95 anos.

Pelo que o avançar da idade, unido às vivências, são promotoras de uma visão negativa da morte, mas alguns dos idosos vêm a morte como algo natural e necessária.

Quadro nº 35 - Distribuição dos participantes por religião, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - ‘A morte para mim é ...’

		Religião		Total
		Católica	Ateu	
Negativos	N	21	1	22
	% a_morte_e	95,5%	4,5%	100,0%
	% Religião	61,8%	100,0%	62,9%
Neutros	N	1	0	1
	% a_morte_e	100,0%	0,0%	100,0%
	% Religião	2,9%	0,0%	2,9%
Positivos	N	12	0	12
	% a_morte_e	100,0%	0,0%	100,0%
	% Religião	35,3%	0,0%	34,3%
Total	N	34	1	35
	% a_morte_e	97,1%	2,9%	100,0%
	% Religião	100%	100%	100%

Relativamente à ‘Religião’, a morte é vista para os católicos como algo negativo, com 61,8% da amostra a referir ser o fim de tudo, uma tristeza. E o único ‘idoso ateu’ a referir-se negativamente também. Quanto aos termos positivos, observamos 35,3% dos católicos a aceitá-la de forma natural e necessária (Quadro nº 35). Dados que vão de encontro ao estudo de Koenig, Larson e Larson (2001), que estudaram a questão religiosa em doentes com saúde debilitada e incapacidade crónica. Observaram que as crenças religiosas fornecem uma estrutura cognitiva que pode vir a reduzir o sofrimento e aumentar o seu propósito e significado em face da perda de outros, com forte embasamento na auto-estima. As actividades religiosas privadas, tais como a oração reduzem a sensação de isolamento.

Quadro nº 36- Distribuição dos participantes por estado civil, em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - ‘A morte para mim é ...’

		Estado civil				Total
		Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo	
Negativos	N	3 _a	0 _a	1 _a	18 _a	22
	% Total	8,6%	0,0%	2,9%	51,4%	62,9%
Neutros	N	0 _a	0 _a	0 _a	1 _a	1
	% Total	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%
Positivos	N	1 _a	2 _a	0 _a	9 _a	12
	% Total	2,9%	5,7%	0,0%	25,7%	34,3%
Total	N	4	2	1	28	35
	% Total	11,4%	5,7%	2,9%	80,0%	100,0%

a - Cada letra subscrita denota um subconjunto de categorias do Estado Civil cujas proporções por coluna não diferem significativamente entre sino nível , 05.

Quanto ao ‘Estado civil’ podemos observar, que dos termos negativos, temos uma maior prevalência dos viúvos (51,4%), seguido dos solteiros (8,6%) e divorciados (2,9%). Dos termos positivos podemos verificar a maior prevalência também nos viúvos (25,7%), seguidos dos casados (5,7%) e dos solteiros (2,9%). O que nos leva a depreender que o estado de viuvez leva à percepção da morte de forma negativa, como o fim, uma coisa triste, má e escura. Embora também tenham sido os viúvos com maior prevalência dos termos positivos. Neste caso percebem a morte de forma natural, necessária e como um alívio (Quadro nº 36).

Quadro nº 37 - Correlação entre variáveis sociodemográficas em função dos termos (negativos, neutros, positivos) atribuídos pelos idosos institucionalizados na resposta - 'A morte para mim é ...'

		Género	Idade	Religião	Estado civil	Habilitações literárias	a_morte_e
Género	Correlação de Pearson	1					
	Sig. (2-tailed)						
Idade	Correlação de Pearson	,099	1				
	Sig. (2-tailed)	,570					
Religião	Correlação de Pearson	-,198	-,550**	1			
	Sig. (2-tailed)	,254	,001				
Estado civil	Correlação de Pearson	,209	,253	-,421*	1		
	Sig. (2-tailed)	,228	,143	,012			
Habilitações literárias	Correlação de Pearson	,028	-,189	,229	-,474**	1	
	Sig. (2-tailed)	,872	,277	,186	,004		
a_morte_e	Correlação de Pearson	,044	,241	-,130	-,055	-,094	1
	Sig. (2-tailed)	,803	,163	,457	,754	,593	
	N	35	35	35	35	35	35

** . Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2-tailed).

* . Correlação é significativa ao nível de 0,05 (2-tailed).

Os valores observados na correlação entre as variáveis sociodemográficas e 'a morte é' que se verifica através do Quadro nº 37, apontaram um nível de significância do estudo, $p \geq 0,01$, observámos uma moderada correlação negativa entre religião e idade ($r = -, 550$; $p < . 01$) e as habilitações literárias e o estado civil ($r = -, 474$; $p < . 01$).

Valores idênticos aos encontrados na relação entre a 'perda do *outro*', embora de nível de significância $p \geq 0,05$, em que a correlação entre as variáveis sociodemográficas indica predisposição negativa na percepção da morte, como a idade avançada, como relata S25 "A morte é uma defesa, a gente anda até ser capaz, quando o tempo não é capaz, já tá tudo ..."; o estado civil de viuvez em que se verificou uma maior incidência na referência de termos negativos (51,4%), como refere S2 "Faleceram os meus pais, faleceu o meu marido, que quer que lhe diga. (choro) É triste, é o que lhe posso dizer" e S5 "Eu tenho muitas recordações da minha mulher. Vou todas as semanas ao cemitério, ver a minha mulher. Portanto eu sofro muito pela minha mulher e ela faz-me muita falta" e a religião, predominantemente católica, pelo que se pode verificar na narração de S3 "Tenho medo de morrer. Sou católica, mas tenho medo de morrer. Estou com Jesus, mas peço ao Nosso Senhor, que não me leve ainda, que me deixe cá andar mais algum tempo".

Quanto ao nível de significância $p \geq 0,05$, numa correlação moderada negativa entre o estado civil e a religião ($r = -, 421$).

2.4. Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30)

A depressão é um problema de saúde mental mais comum na terceira idade, promovendo um impacto negativo em todos os aspectos da vida do idoso, principalmente a nível institucional. Entretanto, este aspecto foi avaliado a fim de efectuarmos a correlação com as perspectivas da morte e da morte do *outro*, do idoso institucionalizado.

A depressão é frequente em qualquer faixa etária, entre 15% a 20% de pessoas a apresentar sintomas depressivos. Entretanto preconiza-se que esta percentagem aumenta

depois dos 65 anos de idade, embora seja uma questão importante na pessoa idosa, não é específica deste grupo etário, bem como não aumenta após os 60 anos (Fontaine, 2000).

Diante da importância desta questão e para a melhor compreensão do fenômeno em estudo foi aplicada a Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage (GDS-30), que fez parte do instrumento de recolha de dados. A escala encontra-se no ANEXO 4.

Trata-se de uma escala psicométrica de natureza ordinal, com vários estudos sobre a sua fiabilidade e aplicabilidade, composta inicialmente por 30 itens. Utilizámos a versão portuguesa em que, todos os itens obtêm-se duas respostas alternativas (SIM/NÃO) sobre o modo 'como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá'.

Quadro nº 38-Valores de validade dos itens da GDS-30

		N	%
Casos	Validos	35	100%
	Excluídos	0	,0%
	Total	35	100%

A aplicação da GDS-30 decorreu durante os meses de Novembro a Março de 2013, apoiando os idosos que não apresentavam condições de preencher, e como já referimos tendo o cuidado de explicar as questões, quantas vezes as necessárias, para que este entendesse a questão e respondesse. À aplicação, verificámos 100% na validade dos itens aplicados (Quadro nº 38).

Quadro nº 39-Valores do Coeficiente alfa de Cronbach (α) dos itens da GDS-30

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach Baseado nos Itens Estandarizados	N de Itens
,821	,816	30

A consistência interna Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30) foi obtida através da análise da consistência interna dos seus itens (Quadro nº 39), cujo resultado deste coeficiente de precisão, o *alfa* de Cronbach (α) foi de 0,821. Atendendo a este valor, pode-se considerar razoável ou mesmo boa.

Quadro nº 40 - Distribuição dos participantes em função do nível de depressão medida através da GDS-30

	Frequência	% Percentagem	% Acumulada
Ausência de depressão	17	48,6%	48,6%
Depressão ligeira	17	48,6%	97,1%
Depressão grave	1	2,9%	100,0%
Total	35	100,0%	

Quanto à prevalência da depressão nas instituições, observámos a presença de depressão grave em um único idoso e depressão ligeira em 48,6% da amostra e a mesma percentagem para a ausência de depressão (Quadro nº 40).

Quadro nº 41 - Distribuição dos participantes por género e em função do nível de depressão medida através da GDS-30

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Ausência de depressão	N	8_a	9_a	17
	% Total	22,9%	25,7%	48,6%
Depressão ligeira	N	7_a	10_a	17
	% Total	20,0%	28,6%	48,6%
Depressão grave	N	0 _a	1 _a	1
	% Total	0,0%	2,9%	2,9%
Total	N	15	20	35
	% Total	42,9%	57,1%	100,0%

a - Cada letra subscrita denota um subconjunto das categorias de género cujas proporções não diferem significativamente entre si ao nível de 0,05.

Quanto à distribuição por 'Género', verifica-se uma maior prevalência de no sexo feminino (57,1%) que no masculino (42,9%). Não se averiguando uma grande discrepância entre os níveis Ausência de depressão e Depressão ligeira. O único caso de Depressão grave verifica-se no sexo feminino (Quadro nº 41).

Quanto às medidas de tendência central, observa-se que a maior incidência de Depressão ligeira e grave sobre cai no sexo feminino, no intervalo de idades de 91-95 anos e estado civil viúvo, com religião católica. O único ateu apresenta Depressão ligeira (Quadro nº 42).

Quadro nº 42 - Medidas de tendência central e de dispersão em função do nível de depressão medida através da GDS-30 relacionada com o género, idade, religião e estado civil

Escala da Depressão		Género	Idade	Estado civil	Religião
Ausência de depressão	N	17	17	17	17
	Desvio Padrão	,514	,943	1,115	,000
	Mínimo	Masculino	76 - 80	Solteiro	Católica
	Máximo	Feminino	91 - 95	Viúvo	Católica
	Variância	,265	,890	1,243	,000
	%Total N	48,6%	48,6%	48,6%	48,6%
Depressão ligeira	N	17	17	17	17
	Desvio Padrão	,507	1,222	,996	,485
	Mínimo	Masculino	65 - 70	Solteiro	Ateu
	Máximo	Feminino	91 - 95	Viúvo	Católica
	Variância	,257	1,493	,993	,235
	%Total N	48,6%	48,6%	48,6%	48,6%
Depressão grave	N	1	1	1	1
	Desvio Padrão
	Mínimo	Feminino	91 - 95	Viúvo	Católica
	Máximo	Feminino	91 - 95	Viúvo	Católica
	Variância
	%Total N	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%
Total	N	35	35	35	35
	Desvio Padrão	,502	1,094	1,040	,338
	Mínimo	Masculino	65 - 70	Solteiro	Católica
	Máximo	Feminino	91 - 95	Viúvo	Ateu
	Variância	,252	1,197	1,081	,114
	%Total N	100%	100%	100%	100%

Dados que estão de acordo com a literatura e estudo de Barros-Oliveira e Neto (2004), que observaram que a depressão nas mulheres é 2 vezes mais prevalente que nos homens. Outros factores de risco que aumentam em até 5 vezes esta prevalência são a presença de comorbidades, a história prévia de depressão, a perda recente do companheiro e não ter um companheiro (solteiro/separado).

Já a OMS refere que vários estudos verificaram que o sexo, a idade, o estado civil e o nível social estão directamente associados à depressão, em que as mulheres têm duplo risco de depressão relativamente aos homens, as pessoas separadas ou divorciadas têm significativamente maiores índices de depressão do que os actualmente casados, e a taxa de depressão geralmente diminui com a idade. Refere que esta evidência, no entanto, vem principalmente a partir de estudos realizados em países ocidentais (Bromet, et al., 2011).

Dos 35 idosos do estudo verifica-se uma maior predominância do sexo feminino, o intervalo de idade máximo de 91-95, a viuvez e a religião católica presentes tanto para a depressão ligeira como grave, bem como para os não deprimidos. O ateu da amostra apresenta uma depressão ligeira. Aspectos já referenciados na literatura (Quadro nº 42).

Relativamente à distribuição dos idosos quanto à 'Idade', verifica-se que existe similaridade entre as faixas etárias dos 81-85 (14,3%) e 86-90 (20,0%), com pouca diferenciação, apresentando depressão ligeira. E um caso de depressão grave na faixa etária mais envelhecida, dos 91-95 anos (Quadro nº 43).

Quadro nº 43 - Distribuição dos participantes por idade e em função do nível de depressão medida através da GDS-30

		Idade					Total
		65 - 70	76 -80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	
Ausência de depressão	N	0 _a	3 _a	5 _a	7 _a	2 _a	17
	% Total	0,0%	8,6%	14,3%	20,0%	5,7%	48,6%
Depressão ligeira	N	1 _a	2 _a	5 _a	7 _a	2 _a	17
	% Total	2,9%	5,7%	14,3%	20,0%	5,7%	48,6%
Depressão grave	N	0 _a	0 _a	0 _a	0 _a	1 _a	1
	% Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%
Total	N	1	5	10	14	5	35
	% Total	2,9%	14,3%	28,6%	40,0%	14,3%	100,0%

a - Cada letra subscrita denota um subconjunto das categorias de idade cujas proporções não diferem significativamente entre si ao nível de 0,05.

Quanto à 'Religião', averiguámos uma presença de depressão ligeira (48,6%) e grave nos católicos e o único ateu manifesta sinais de depressão ligeira. Observamos valores similares quanto à ausência de depressão e depressão ligeira, de 48,6% da amostra (Quadro nº 44).

Quadro nº 44 - Distribuição dos participantes por religião e em função do nível de depressão medida através da GDS-30

		Religião		Total
		Católica	Ateu	
Ausência de depressão	N	17 _a	0 _a	17
	% Total	48,6%	0,0%	48,6%
Depressão ligeira	N	16 _a	1 _a	17
	% Total	45,7%	2,9%	48,6%
Depressão grave	N	1 _a	0 _a	1
	% Total	2,9%	0,0%	2,9%
Total	N	34	1	35
	% Total	97,1%	2,9%	100,0%

a - Cada letra subscrita denota um subconjunto das categorias de religião cujas proporções não diferem significativamente entre si ao nível de 0,05.

No que se refere ao 'Estado civil', os dados vão ao encontro do que relata a bibliografia citada, ser estatisticamente mais acentuada em pessoas viúvas, tanto nos níveis de depressão ligeira (42,9%), como grave (2,9%) e o solteiro (5,7%) com depressão ligeira (Quadro nº 45).

Quadro nº 45 - Distribuição dos participantes por estado civil e em função do nível de depressão medida através da GDS-30

		Estado civil				Total
		Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo	
Ausência de depressão	N	2 ^a	2 ^a	1 ^a	12 ^a	17
	% Total	5,7%	5,7%	2,9%	34,3%	48,6%
Depressão ligeira	N	2 ^a	0 ^a	0 ^a	15 ^a	17
	% Total	5,7%	0,0%	0,0%	42,9%	48,6%
Depressão grave	N	0 ^a	0 ^a	0 ^a	1 ^a	1
	% Total	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%
Total	N	4	2	1	28	35
	% Total	11,4%	5,7%	2,9%	80,0%	100,0%

a - Cada letra subscrita denota um subconjunto das categorias de estado civil cujas proporções não diferem significativamente entre si ao nível de 0,05.

Em suma, verifica-se uma taxa de depressão de 51,5%, com uma maior prevalência do sexo feminino (57,1%), que no masculino, com (42,9%), relacionando-se às faixas etárias entre os 81 e 90 anos de idade (34,3%), à religião católica (48,9%) e à viuvez (45,8%).

Resultados similares ao estudo de Vaz e Gaspar (2011), efectuado na região de Bragança utilizando o mesmo instrumento, observou alta prevalência de depressão (47%), mais acentuada entre as mulheres (51%) do que nos homens (40%), relacionando-a ao menor nível cognitivo, menor adaptação à vida institucional, menor importância dada às actividades de lazer, maior índice de solidão e maior dependência nas actividades de vida diárias.

2.5. Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte

A aplicação das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte decorreu nos meses de Dezembro de 2012 a Março de 2013, com o cuidado de explicar as questões, quantas vezes as necessárias, para que o idoso a entendesse e respondesse. Foi de difícil aplicação pela quantidade de itens e necessidade de explicarmos vários deles, como Barros-Oliveira e Neto (2004) referem que na sua aplicação exige-se certa cultura. A escala encontra-se no ANEXO 3.

Quanto às medidas de tendência central verificadas para os 43 itens, temos uma média de 201,48, uma variância de 461,84 e um desvio padrão de 21,49% (Quadro nº 46).

Quadro nº 46 - Valores de validade e de medidas de tendência central e dispersão para a idade das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte

		SS	VA	MI	MD	MA	MC	MF	MN
Casos	Validos	35	35	35	35	35	35	35	35
	Excluídos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		29,20	29,20	18,49	30,17	20,54	27,09	24,26	22,54
Mediana		30,00	31,00	17,00	30,00	21,00	27,00	25,00	24,00
Variância		27,341	47,871	24,257	19,440	32,373	36,257	18,432	3,373
Desvio Padrão		5,229	6,919	4,925	4,409	5,690	6,021	4,293	1,837

Nota: SS = Sofrimento e Solidão; VA= Vida Além Recompensa; MI = Morte com Indiferença; MD = Algo Desconhecido; MA = Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade; MC = Morte como Coragem; MF = Morte como Fracasso; MN = Morte como Algo Natural.

Quanto à sua aplicação, verificámos 100% na validade dos itens aplicados, de acordo com o Quadro nº 46, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as oito subescalas, com uma média que variou entre os M=18,49 na escala MI a M=30,17 na escala MD, com mediana que variou de Md=17 na escala MI a Md=30 na escala MD. Uma variância de V=47,871 na escala VA e V=3,373 na escala MN e o desvio padrão entre DP=1,837 (MN) e DP=6,919 (VA).

Antes da análise dos resultados das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte foi efectuada uma análise psicométrica baseada na consistência interna avaliada pelo Alpha de Cronbach (α).

Quadro nº 47 - Alpha de Cronbach das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach Baseado nos Itens Estandarizados	N de Itens
,826	,844	43

A consistência interna global obtida das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte foi de 0,844 (Quadro nº 47), e as diferentes dimensões apresentam valores entre 0,527 e 0,822 (Quadro nº 48), revelando assim uma boa consistência interna a nível global.

Quadro nº 48 - Alpha de Cronbach dos itens estandarizados das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte

	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach Baseado nos Itens Estandarizados	N de Itens
SS	,618	,627	6
VA	,810	,822	6
MI	,520	,527	5
MD	,618	,638	6
MA	,743	,739	5
MC	,766	,766	6
MF	,640	,617	5
MN	,777	,774	4

Nota: SS = Sofrimento e Solidão; VA= Vida Além Recompensa; MI = Morte com Indiferença; MD = Algo Desconhecido; MA = Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade; MC = Morte como Coragem; MF = Morte como Fracasso; MN = Morte como Algo Natural.

A nível das subescalas, todos os valores de consistência interna situam-se acima dos 0,60, excepto na dimensão MI que apresenta um $\alpha=,527$. Foi observado para as restantes subescalas o valor de $\alpha =,810$ para a subescala VA, $\alpha =,777$ para a subescala MN, $\alpha =,766$ para a subescala MC revelando uma boa consistência interna por apresentar valores elevados (Quadro nº 48).

Valores um pouco abaixo dos encontrados no estudo de validação do questionário, com uma amostra heterogénea, realizado pelos autores, cujos resultados foram para os oito factores de: SS ($\alpha = 0,83$); VA ($\alpha = 0,94$); MI ($\alpha = 0,84$); MD ($\alpha = 0,86$); MA ($\alpha = 0,83$); MC ($\alpha = 0,83$); MF ($\alpha = 0,87$); MN ($\alpha = 0,78$) (Barros-Oliveira & Neto, 2004), embora se verifique uma boa consistência interna neste estudo.

Quadro nº 49 - Correlações entre as oito subescalas das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e variáveis sociodemográficas

	SS	VA	MI	MD	MA	MC	MF	MN	Género	Idade	Religião	Estado civil	Habilitações literárias
SS	1												
VA	,292	1											
MI	-,176	,052	1										
MD	,284	,125	-,391*	1									
MA	,354*	-,157	-,176	,460**	1								
MC	,398*	,458**	-,033	,425*	,406*	1							
MF	,351*	,088	-,482**	,548**	,590**	,604**	1						
MN	-,012	-,013	,094	,235	,295	,177	,194	1					
Género	,179	-,017	-,306	,459**	,146	-,007	,148	,100	1				
Idade	,153	,372*	-,070	,276	-,013	,155	,181	,151	,099	1			
Religião	-,206	-,357*	,230	-,480**	-,047	-,349*	-,091	-,241	-,198	-,550**	1		
Estado civil	,083	-,060	-,200	,307	,006	,087	-,011	-,104	,209	,253	-,421*	1	
Habilitações literárias	-,296	,216	-,061	,015	-,242	-,101	,027	-,049	,028	-,189	,229	-,474**	1

Nota: SS = Sofrimento e Solidão; VA= Vida Além Recompensa; MI = Morte com Indiferença; MD = Algo Desconhecido; MA = Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade; MC = Morte como Coragem; MF = Morte como Fracasso; MN = Morte como Algo Natural.

* Correlação significativa para nível 0.05;

** Correlação significativa para nível 0.01

Ao analisar a correlação entre as Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e as suas 8 dimensões (Quadro nº 49), verifica-se a existência de associações moderada a alta e estaticamente significativas entre cada dimensão e a escala global, variando estas entre $r=,520$ e $r=,810$, com maior destaque nas dimensões Vida Além da recompensa (VA), Morte como algo Natural (NM), Morte como Coragem (MC), Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade (MA).

Da análise dos resultados, quanto às correlações das oito subescalas entre si, podemos destacar as associações mais satisfatórias, que apontaram um nível de significância do estudo de $p \geq 0,01$:

- uma moderada correlação positiva entre a Morte como Fracasso (MF) e Morte como Coragem (MC) com $r=,604$; a Morte como Fracasso (MF) e o Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade (MA) com $r=,590$; a Morte como Fracasso (MF) e Algo Desconhecido (MD) com $r=,548$; o Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade (MA) e Algo Desconhecido (MD) com $r=,460$; e a Morte como Coragem (MC) e Vida Além Recompensa (VA) com $r=,458$.

Dados que estão relacionados com o estudo de Alves (2008, p. 80) quando menciona o seu medo da morte através da afirmativa: “Mas eu tenho medo do morrer. Pode ser doloroso. O que eu espero: não sentir dor. (...). Quero também estar junto das coisas e das pessoas que me dão alegria”. Pelo que o desprendimento deste mundo que se conhece ser de difícil aceitação e considerado como um fracasso na luta da vida, além da importância que se dá a quem se ama;

Da análise dos resultados, quanto às correlações das oito subescalas entre si, podemos destacar as associações mais satisfatórias, que apontaram um nível de significância do estudo de $p \geq 0,05$:

- uma moderada correlação positiva entre a Morte como Coragem (MC) Algo Desconhecido (MD) com $r=,425$; a Morte como Coragem (MC) Morte como Sofrimento e Solidão (SS) com $r=,398$; o Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade (MA)

Morte como Sofrimento e Solidão (SS) com $r=,354$; a Morte como Fracasso (MF) Morte como Sofrimento e Solidão (SS) com $r=,351$.

Correlações concordantes com o pensamento de Moody e Arcangel (2006, p. 91) que narram, ser

comum que os sobreviventes à perda se apoiem nas suas doutrinas religiosas para trazerem uma certa ordem ao caos do sofrimento. Essas pessoas procuram esperança, conforto, compaixão nos sermões que escutam, nas leituras que fazem das escrituras, e na comunidade religiosa em que estão inseridas. Infelizmente, contudo, as pessoas em luto só encontram medo e perseguição nos universos religiosos.

Da análise dos resultados, quanto às correlações positivas das oito subescalas e as variáveis sociodemográficas, podemos destacar as associações mais satisfatórias, que apontaram um nível de significância do estudo de $p < .01$ e $p < .05$:

- Género - moderada correlação positiva com a Morte como Desconhecido ($r=,549$; $p < .01$);
- Idade - moderada correlação positiva com a Morte como Vida do Além e Recompensa ($r=,372$; $p < .05$).

Relativamente à correlação entre a Perspectiva de Morte e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30), como se pode observar através do Quadro nº 50, a depressão relaciona-se de forma moderada e positiva com a dimensão Sofrimento e Solidão ($r=, 353$; $p < .05$). Assim, os dados sugerem uma moderada relação directa entre o sofrimento, abandono de quem se ama e a culpa perante a morte associa-se a sinais depressivos.

Quadro nº 50 - Correlações entre as oito subescalas das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e a GDS-30

	SS	VA	MI	MD	MA	MC	MF	MN	GDS-30
SS	1								
VA	,292	1							
MI	-,176	,052	1						
MD	,284	,125	-,391*	1					
MA	,354*	-,157	-,176	,460**	1				
MC	,398*	,458**	-,033	,425*	,406*	1			
MF	,351*	,088	-,482**	,548**	,590**	,604**	1		
MN	-,012	-,013	,094	,235	,295	,177	,194	1	
GDS-30	,353*	-,234	-,120	,152	,006	-,197	,001	-,238	1

Nota: SS = Sofrimento e Solidão; VA= Vida Além Recompensa; MI = Morte com Indiferença; MD = Algo Desconhecido; MA = Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade; MC = Morte como Coragem; MF = Morte como Fracasso; MN = Morte como Algo Natural.

* Correlação significativa para nível 0.05

** Correlação significativa para nível 0.01

3. Discussão dos resultados e verificação das questões de investigação

Antes de darmos início aos resultados e discussão propriamente ditos, faz-se necessário reconhecermos algumas limitações no estudo. Por um lado, o tamanho da amostra do estudo não nos permite extrapolar os resultados a toda a população e o número de instituições só nos permite revelar parte da realidade vivencial da morte do *outro* nesse contexto, mas os conhecimentos dela decorrente podem ser transpostos para outras realidades. O que pode favorecer ao apoio de uma população, por si só já fragilizada e viver em um ambiente no qual teve que se adaptar.

Contudo, o número de idosos sujeitos à perda do *outro* durante a institucionalização não é tão reduzida como a nossa amostra, isto porque há perdas sucessivas e idosos que não se encontram em condições de se expressar mas que também as vivenciaram, o que leva à pertinência do estudo.

Pretende-se assim, compreender qual a percepção dos idosos, quanto à morte e à morte do 'outro' em contexto institucional de lar residencial e, simultaneamente, as implicações dessa percepção na sua vida quotidiana institucionalizada, a fim de se promover uma adequada intervenção que lhe mantenha a dignidade num momento de sofrimento. Sendo assim, temos de ter em conta que para "(...) conhecer melhor grupos ou sistemas de relações não é forçosamente pertinente, em termos sociológicos, estudá-los como somas individuais" (Quivy & Champenoudt, 2005, p. 161).

Neste estudo, optou-se, através do estudo de caso (descritivo, exploratório), trabalhar com memórias de idosos acima dos 65 anos e institucionalizados há mais de um ano, resgatadas através de entrevistas semiestruturadas e depoimentos de técnicos/responsáveis dos lares acerca da percepção da morte e da morte do *outro*.

A escolha justifica-se pelo facto dos idosos que já vivenciaram falecimentos antes da institucionalização e que lhes marcaram profundamente, têm na morte uma presença constante no lar, o que proporciona elementos indispensáveis para a compreensão do que ocorre num ambiente institucional; as suas vivências ricas e as transformações pelas quais passaram para adaptação à institucionalização, bem como às sucessivas perdas, podem fornecer elementos imprescindíveis para entender a morte neste contexto fechado; por fim, as suas memórias não são precisamente únicas e individuais, na medida em que estas estão emaranhadas à memória do todo colectivo do lar residencial em que moram.

Dito isso, procederemos às respostas das questões colocadas no estudo, que nos levaram à compreensão dessa percepção dos idosos.

- **Que.1** - *Qual o perfil sociodemográfico do idoso institucionalizado em lar residencial na cidade de Castelo Branco e dos respectivos técnicos/responsáveis dessas duas instituições em estudo?*

Quanto ao perfil sociodemográfico das amostras, iniciamos pelos idosos (n1=35). Estamos perante idosos com particularidades e vivências que diferem, inseridos num mesmo ambiente limitador, cujas características são:

- Quanto ao género verifica-se uma maior predominância do sexo feminino (57,1%);

- Com maior representatividade de pessoas idosas no grupo etário dos 86-90 anos (40%), seguindo-se o grupo etário dos 81-85 anos, com 28,6%. Observando-se uma população bastante envelhecida, com apenas 1 idoso jovem, com 67 anos;
- Com maior representatividade da religião católica (97,1%) e um único ateu;
- O estado civil de viúvos com 80%, seguido dos solteiros (11,4%), casados (5,7%) e um único indivíduo divorciado. Os casados encontram-se acompanhados pelos cônjuges;
- Nas habilitações literárias, verificou-se uma baixa iliteracia (1^o/2^o ciclo de escolaridade - 51,4%, sem escolaridade - 37,1%), um único idoso com curso médio e um com instrução superior. Esta variável foi condicionante na recolha de dados, visto terem tido necessidade de auxílio no preenchimento as escalas;
- Provenientes, principalmente do Concelho de Castelo Branco (60,3%) seguido de Idanha (14,4%) e Penamacor (8,6%), e de outras zonas do distrito;
- O perfil profissional indica-nos maior representatividade de donas de casa (40%), e uma mão-de-obra sem qualificação, características rurais (agricultura), como as donas de casa e trabalhador rural. Verificámos um enfermeiro (com nível superior) e técnico de fundição com nível intermédio. Também encontrámos trabalhadores ligados à função pública como a PSP/GNR (8,6%), CTT (2,9%) e contínua – escola (2,9%);
- O tempo de institucionalização indica-nos uma alta percentagem de idosos a residir nas instituições num período de 1 a 4 anos (74,3%) e de seguida idosos com 5 a 10 anos de institucionalização, perfazendo 25,7% da amostra. O que nos leva a depreender, visto a população encontrar-se bastante envelhecida, ocorrer uma renovação da população das instituições. Entretanto, chama-se a atenção à população com mais anos de institucionalização, estes já se encontram intrinsecamente submersos na cultura institucional;
- No motivo da institucionalização, verificámos justificações como problemas de saúde (60%), a solidão (22,9%), outros motivos (14,3%) e por fim a saúde e solidão em simultâneo apontado por 2,9% da amostra. Em outros referimo-nos a situações de doença do cônjuge, a incapacidade de se auto cuidar e ausência de apoio familiar. Embora grande parte dos idosos tenha referido que a institucionalização foi opção pessoal (Notas de campo), não é indício de que haja uma boa adaptação à institucionalização, o que levaria a um estudo subsequente;
- A classificação atribuída pelos idosos à sua estadia na instituição foi satisfatória (42,9%) e muito satisfatória (37,1%), sem pontuação para não satisfatória. Entretanto verificou-se que embora tenham mencionado estar satisfeitos, alguns dos idosos referenciam a casa como o melhor sítio para a velhice, mas não permanecem no seu lar devido às dificuldades de independência e apoios (Notas de campo);
- A classificação atribuída à relação que desenvolvem com os outros idosos institucionalizados foi satisfatória (62,9%) e muito satisfatória (31,4%). Entretanto durante as entrevistas verificou-se que as relações desenvolvem-se com outros idosos com os quais sentem alguma afinidade ou se já conhecem antes do período da institucionalização. A maior afinidade observada foi pelos companheiros de quarto.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos técnicos/responsáveis dos lares das duas instituições (n=4), revela-nos que são todos do sexo feminino, três Técnicos Superiores de

Serviço Social e uma Animadora Sócio Cultural, com idades compreendidas entre os 32 e 49 anos. Todos estes profissionais desempenham funções de Directora Técnica do respectivo estabelecimento (S), Técnico Superior de Serviço Social (R) e Animador Sociocultural/administrativo (R), com tempo de serviço nas instituições que varia dos 2 aos 13 anos. As suas funções são de administradores das diversas valências das instituições e apresentam alguma autonomia nas suas decisões de acompanhamento ao idoso.

• **Que.2** - *As perdas (falecimentos) mais significativas para o idoso antes da sua institucionalização influenciam a sua aceitação da perda do outro durante a institucionalização actual nos lares residenciais?*

No que diz respeito aos relatos dos idosos quanto às principais experiências de perdas na sua rede de relações, antes da institucionalização, foram os seus familiares directos, principalmente os pais, os cônjuges, os irmãos e os filhos. Estas perdas foram muito sentidas e durante as entrevistas observou-se o sofrimento evidente durante as suas narrações, levando ao choro (Notas de campo). O que demonstra a forma na qual as perdas consideradas mais significativas, antes da institucionalização, foram importantes.

Estes discursos levam-nos a constatar uma relação entre as perdas mais significativas, que são os seus familiares directos, com o sofrimento pela sua não-aceitação, que pode perdurar até hoje e influenciar na aceitação da perda do *outro* durante a sua institucionalização. Isto porque consideram que a perda dos familiares ainda mantém-se como uma forte lembrança e foram as mais importantes de suas vidas.

Durante a institucionalização, a importância que o idoso dá às perdas está directamente relacionada ao tipo de vínculo estabelecido com o *outro*, em que há referência a maior sofrimento quando são o cônjuge e/ou familiares. As emoções referidas face às perdas na instituição foram primárias, como tristeza, saúda/falta, pena, sofrimento/sentir-se mal, desgosto/mágoa, dor e choque; sociais como conformismo e solidão e ausência sentimentos.

A expressão destes sentimentos leva-nos a considerar que a perda do *outro* é promotora de sofrimento que também perdura na memória do idoso e pode repetir-se após sucessivas perdas, o que levará ao seu desgaste. A expressão destas emoções pode indicar que o idoso não tem o apoio necessário para o enfrentamento da perda do *outro*, que pode afectar de forma negativa a sua vida quotidiana no lar. O que, eventualmente, pode vir a desencadear alterações psicológicas, bem como torná-lo apático ao seu meio envolvente, evitando o contacto e/ou novas relações. O seu acompanhamento é necessário para minimização dos efeitos das perdas sucessivas que enfrenta.

• **Que.3** - *Qual o significado da 'morte' e da 'morte do outro' para o idoso institucionalizado em lares residenciais na cidade de Castelo Branco?*

Quanto à percepção da 'morte' em geral, o que ele pensa e sente, face às suas vivências anteriores, têm em vista as concepções da morte pelo idoso em termos gerais. A interligação e as expressões das mesmas, no seu desenvolvimento humano, dependem do perfil de cada idoso e da realidade em que se encontra inserido. Como subcategorias surgiram nove, onde encontramos: Aceitação; Suscita o medo; Fim do sofrimento; Término da vida; Processo natural; Religiosidade/recompensa/continuidade; Negação; Perda; Sofrimento. Em suas

narrativas, entrelaçaram diferentes tempos e espaços e fornecem material para pensar outras questões.

O conceito de morte atribuído pelos idosos da amostra associa-se aos aspectos naturais da vida e do curso da natureza, numa atitude de aceitação, embora alguns refiram que esta não seja bem-vinda e que não estejam preparados para morrer, por diversos motivos, como medo do sofrimento e de abandonar a família.

A morte também associa-se ao fim do sofrimento do *outro*, que é o término da vida, acaba tudo, como um processo natural, porque nascemos para morrer. A religiosidade foi referenciada ao referirem que para eles que a morte é uma recompensa e a continuidade da vida, 'que bem-aventurado será aquele que morre'. De acordo com Kastenbaum (2000), esta visão da recompensa após a morte associa-se ao pecado original, ao pecado pessoal, à culpa, à esperança, à fé, à ressurreição na carne, e à salvação.

Quanto aos aspectos negativos associados à concepção da morte evidenciamos a negação, que leva a que os idosos não queiram pensar nela ou que seja repudiada, entretanto a sua proximidade leva a que se pense nela involuntariamente e que se sofra em silêncio. Sendo a morte considerada como uma perda na luta pela vida e um momento de sofrimento pessoal.

O que foi evidenciado na associação livre de palavras, quando lhes questionámos sobre 'A morte para mim é ...', foi a inversão dos sentimentos expressados de que ela é natural e faz parte do curso da natureza. Quanto aos termos de complemento para a frase referenciados pelos idosos, verificou-se uma maior percentagem de termos negativos (62,9%), seguidos dos termos positivos (34,3%) e por fim os neutros (2,9%).

Os termos negativos (62,9%) nos revelam uma presença de sentimentos fortemente negativos mediante a sua concepção de morte, como a morte é o Fim/o final de tudo/o fim do ser, que é natural. Neste contexto, o fim é o rompimento com a vida, o termo da sua jornada, mas com alguma aceitação pelo facto de referir que é natural, por ser um acontecimento inevitável.

Quanto aos termos de compreensão positiva (34,3%), estas associam-se à sua aceitação da morte pelo idoso como um facto Natural/Necessária à renovação, como também uma necessidade para o Alívio para a doença/ Acabar com o sofrimento/ Alívio se estiver em bons pensamentos, numa visão de que a morte é um reconforto para quem sofre e se encontra dependente. Outro aspecto é a religiosidade com a Princípio da vida eterna/uma morte santa/Eterno descanso, com a forte conotação de uma crença da vida além da morte e a recompensa pelo que passou durante a sua vida.

O termo neutro encontrado foi referenciado pelo idoso ateu da amostra, ao referir-se que a morte é a ausência da vida, morre-se e tudo acaba, numa demonstração de conformismo perante a morte.

Quanto à percepção da 'morte do *outro*' a nível institucional, podemos observar que evidenciam-se os aspectos negativos da perda. Pelo que a evidência de que as perdas tenham impacto na maioria dos idosos da amostra, entretanto podem diferir de idoso para idoso devido aos factores intrínsecos, à sua adaptabilidade e aos seus modos de enfrentamento de situações stressantes, bem como ao nível de vínculo estabelecido com o *outro*.

Como subcategorias surgiram Tristeza/dor/saudade, Aceita com naturalidade, Indiferença, Aceitação quando há sofrimento e/ou idade avançada e Reflexões de vida. A

referência a emoções fortemente negativas mediante a perda do *outro*, através dos termos tristeza, dor e saudade, que são narrados mesmo quando não existe qualquer tipo de vínculo. A indiferença sugere que as perdas anteriores foram as mais importantes, pelo que as que vivencia na instituição não o afectam. A aceitação quando há sofrimento e/ou idade avançada por parte do *outro*. Quando esta é aceite com naturalidade, visto que no envelhecimento, sugere que se sente um alívio quando o *outro* estava a sofrer e que esta seja mais bem aceite do que em etapas de vida mais novas. E por fim quando a morte do *outro* faz com que pense que a sua está próxima, influi na sua percepção de morte e finitude, o que pode desencadear sentimentos negativos e levar muitas vezes à ansiedade.

Ao relacionarmos a percepção da morte do *outro* aos termos obtidos para a frase, ‘Quando vivencio a perda de algum companheiro de instituição eu me sinto...’, observámos que as palavras/expressões, mais frequentemente mencionadas são: triste (25,7%), pena (11,4%), um bocadinho chocado (5,7%). Verificou-se uma maior percentagem de termos negativos (62,9%), seguidos dos neutros (31,4%) e por fim os positivos (5,7%). O que nos revela a presença de sentimentos fortemente negativos mediante a perda do *outro*. O idoso sofre quando vivencia a perda.

Ao relacionarmos a percepção da ‘morte’ e da ‘morte do *outro*’, observámos que ambas encontram-se interligadas, em que a resposta emocional narrada vai de acordo com as diversas características pessoais, ambientais e de apoio a que o idoso esteve e está sujeito. E que durante o período de institucionalização a morte do *outro* é promotora de sofrimento em grande parte da amostra, que não acompanhados podem levar a problemas futuros. O que torna importante a detecção destes sentimentos negativos e a promoção do apoio após a perda, a fim de minimizarmos os seus efeitos.

• **Que.4** - *Os significados das representações atribuídos pelo idoso institucionalizado quanto à ‘morte’ e à ‘morte do outro’ diferem de acordo com as variáveis: género, idade, escolaridade, religião e tempo de institucionalização e níveis de depressão?*

As variáveis sociodemográficas aferidas quanto aos termos da ‘morte é’ foram:

• O género - tanto o masculino como o feminino, apresentam uma variação semelhante tanto a nível dos termos negativos com 45,5% e 54,5% comparativamente, bem como para os termos positivos, com 41,7% e 58,3% respectivamente. Quanto aos termos positivos, ambos os géneros parecem, em parte, em paz com a ideia da morte ser algo natural, um alívio ao sofrimento e incluem o aspecto religioso como confortador. No sexo masculino pode depreender que a morte é mais aceite, interiorizada, não pensada;

• A idade - verifica-se a maior prevalência de termos negativos na faixa etária dos 81-90 anos (40%), seguindo a dos 76-80 anos (11,4%) e dos 91-95 anos (8,6%). De igual percentagem verificámos que os termos positivos concentraram-se na faixa etária dos 86-90 anos (20%), seguido dos 81-85 anos (5,7%) e 91-95 anos. Pelo que o avançar da idade, conjuntamente com as vivências são promotoras de uma visão negativa da morte, entretanto observa-se que mesmo assim parte da amostra vê a morte como natural e necessária;

• A religião - predominantemente católica, averigua-se que a morte é vista como algo negativo, com 61,8% da amostra a referir ser o fim de tudo, uma tristeza. E o único ateu a

referir-se negativamente também. Quanto aos termos positivos, observamos 35,3% dos católicos a aceitá-la de forma natural e necessária;

- O estado civil - indica-nos quanto aos termos negativos uma maior prevalência dos viúvos (51,4%), seguido dos solteiros (8,6%) e divorciados (2,9%). Dos termos positivos observamos maior prevalência também nos viúvos (25,7%), seguidos dos casados (5,7%) e dos solteiros (2,9%). O que nos leva a depreender que o estado de viuvez leva à percepção da morte de forma negativa, como o fim, uma coisa triste, má e escura. Embora também tenham sido os viúvos com maior prevalência dos termos positivos. Neste caso percebem a morte de forma natural, necessária e como um alívio;

As variáveis sociodemográficas aferidas quanto ao termos da 'morte do *outro* ' foram:

- O género - do sexo feminino 85% referem termos negativos, 31,4% termos neutros, no sexo masculino 53,3% referem termos neutros e 5,7% de termos positivos. Observa-se assim que o sexo masculino exibiu uma maior frequência nas compreensões neutras e positivas, numa atitude mais conformista frente às perdas;

- A idade - verifica-se a maior prevalência de termos negativos dos 62,9% dos idosos a referirem termos negativos - 80% na faixa etária dos 81-85 e 57,1% na faixa etária dos 86-90; há 31,4% a referirem termos neutros - 42,9% na faixa etária dos 86-90. O que nos leva a considerar que o aumento da idade propicia a encarar de forma mais negativa o processo da perda do *outro*;

- A religião - a religião católica apresenta 62,9% de negativas e 31,4% de neutras, sendo que o idoso ateu referenciou termos positivos (2,9%). A perda do *outro* durante a institucionalização é um momento de sofrimento, sendo que esta variável não seja uma condicionante que favoreça e diminua os sentimentos negativos;

- O estado civil - indica-nos que do total dos termos negativos, 71,4% são viúvos e 50% solteiros, de seguida os neutros por 28,6% viúvos. Quanto aos positivos estes foram referenciados por um idoso solteiro e um idoso divorciado. Considerando assim que a viuvez seja uma condicionante que favorece a sentimentos/expressões negativas na vivência da perda do *outro*.

As variáveis sociodemográficas estão associadas aos significados das representações dos idosos quanto à 'morte' e à 'morte do *outro*', ao longo do processo de institucionalização. Observa-se que o sexo masculino aceita de forma mais interiorizada a morte e exibe uma atitude mais conformista frente às perdas; que a idade avançada é promotora de pensamentos negativos e que propicia a encarar de forma mais negativa o processo da perda do *outro*; que a religião católica promove uma aceitação da morte como facto natural e que não é uma condicionante que favoreça e diminua os sentimentos negativos após a perda; que a viuvez leva à percepção da 'morte' e 'morte do *outro* 'de forma negativa.

Ao observarmos os valores na correlação entre as variáveis sociodemográficas, ou seja a relação das representações da 'morte' e 'morte do *outro*', e verificamos que:

- Os valores observados na correlação entre as variáveis sociodemográficas e 'a morte é' demonstram uma moderada correlação negativa entre religião e idade ($r=-,550$; $p < .01$) e as habilitações literárias e o estado civil ($r=-,474$; $p < .01$). Valores idênticos aos encontrados na relação entre a 'perda do *outro*', embora de nível de significância $p \geq 0,05$, em que a correlação entre as variáveis sociodemográficas indica associação negativa na percepção da

morte, como a idade avançada e a viuvez. E uma correlação moderada negativa entre o estado civil e a religião ($r = -,421$; $p < .05$), que nos leva a inferir que a percepção da morte pode estar associada à religiosidade, para o idoso da amostra, maioritariamente católica.

- Os valores observados na correlação entre as variáveis sociodemográficas e 'perda do *outro*', apontaram uma correlação moderada positiva entre a perda do outro e a idade ($r = ,349$; $p < .01$). E uma moderada correlação negativa entre religião e idade ($r = -,550$; $p < .05$), as habilitações literárias e o estado civil ($r = -,474$; $p < .05$) e a perda do outro e o género ($r = -,443$; $p < .05$). Quanto às variáveis sociodemográficas a moderada correlação negativa entre a religião e a idade sugere que a idade avançada associa-se à perda; além das habilitações literárias e o estado civil, isto é, a baixa iliteracia e o estado de viuvez; e o género maioritariamente feminino correlaciona-se com a 'perda do *outro*'.

- Que.5** - *Quais as diversas perspectiva dos idosos institucionalizados em dois lares residenciais da cidade de Castelo Branco sobre a 'morte' mensuradas pelas pontuações/scores obtidas nas Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte?*

As Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte apresentaram uma boa consistência com *alfa* de Cronbach de 0,826, cujas correlações das oito subescalas entre si, em podemos destacar as associações mais satisfatórias, que apontaram um nível de significância do estudo de $p \geq 0,01$, com uma moderada correlação positiva entre a Morte como Fracasso (MF) e Morte como Coragem (MC) com $r = ,604$; a Morte como Fracasso (MF) e o Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade (MA) com $r = ,590$; a Morte como Fracasso (MF) e Algo Desconhecido (MD) com $r = ,548$; o Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade (MA) e Algo Desconhecido (MD) com $r = ,460$; e a Morte como Coragem (MC) e Vida Além Recompensa (VA) com $r = ,458$. Pelo que o desprendimento deste mundo que se conhece ser de difícil aceitação e considerado como um fracasso na luta da vida, além da importância que se dá a quem se ama;

Quanto ao nível de significância do estudo de $p \geq 0,05$, encontrámos uma moderada correlação positiva entre a Morte como Coragem (MC) Algo Desconhecido (MD) com $r = ,425$; a Morte como Coragem (MC) Morte como Sofrimento e Solidão (SS) com $r = ,398$; o Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade (MA) Morte como Sofrimento e Solidão (SS) com $r = ,354$; a Morte como Fracasso (MF) Morte como Sofrimento e Solidão (SS) com $r = ,351$. Há assim, a expressão de que a morte eleva os maiores temores que temos, que é o fim e o desconhecido, além do sofrimento que advém para quem morre e para quem deixamos cá.

Da análise dos resultados, quanto às correlações positivas das oito subescalas e as variáveis sociodemográficas, podemos destacar as associações mais satisfatórias, que foram o Género, com moderada correlação positiva com a Morte como Desconhecido ($r = ,549$; $p < .01$) e a Idade com moderada correlação positiva com a Morte como Vida do Além e Recompensa ($r = ,372$; $p < .05$).

Todos estes dados levam-nos a inferir que ao género masculino associa-se à percepção da morte como algo que não se conhece e indiferença. A idade indica-nos que os idosos mais envelhecidos acreditam que existe vida além da morte. Quanto à religião, pode-se inferir, pelos dados, que não apresenta grande representatividade na minimização do sofrimento perante a morte. O estado civil, maioritariamente viúvos, apresentam medo da morte como algo desconhecido, encarando-a com alguma coragem, embora com receio do sofrimento que

poderá advir no processo e abandono dos que ama. As habilitações literárias apresentam baixas correlações com acreditar na vida além morte e como recompensa, como sendo um fracasso na luta pela vida e medo do desconhecido.

Relativamente à correlação entre as Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte e a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30), observa-se uma moderada e positiva correlação com a dimensão Sofrimento e Solidão ($r = .353$; $p < .05$), o que sugere uma moderada relação directa entre o sofrimento, abandono de quem se ama e a culpa perante a morte como promotor de sinais depressivos. Indicadores de que os sinais depressivos apresentados podem estar relacionados com a percepção da morte, dentre outros.

- **Que.6** - *Qual o apoio institucional fornecido aos idosos dos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco após a perda do outro?*

Mediante o apoio fornecido após a perda do *outro*, pelas duas instituições de acordo com a concepção dos idosos, vimos surgir três subcategorias: Atributo positivo, com subcategoria II de Adequado; Atributo negativo, com subcategorias II de Ocultação, Ausente e Insuficiente e Atributo neutro, com subcategorias II de Indiferença e Alheamento.

O Atributo positivo, nos indica que há uma boa percepção do apoio fornecido pelas instituições, que há uma satisfação, relatam que o apoio é Adequado. Entretanto uma questão a aprofundar é a relação com o apoio efectivamente prestado ao idoso, por se evidenciar, que embora sejam acompanhados, há relato de que não consideram minimizado o sofrimento da perda. Através do Atributo negativo, observámos a Ocultação, em que o idoso é afastado da morte do *outro*, e o apoio Ausente e por vezes Insuficiente. Quanto ao Atributo neutro, verifica-se um afastamento por parte do idoso nos momentos da morte do *outro*, observando-se demonstrações de Indiferença e de Alheamento.

Pelo que evidenciámos, que embora grande parte dos idosos narre que o apoio é satisfatório, torna-se necessário observar e acompanhar os idosos que o consideram Ausente e Insuficiente e trabalhar a questão da Ocultação. Além de promover a dignidade perante a morte, deve-se respeitar os valores e crenças dos idosos, avaliando as suas reacções e a sua necessidade de apoio e/ou afastamento. Sendo assim, existe necessidade por parte de quem cuida ter/obter conhecimentos acerca do envelhecimento e do processo de morte e do morrer, para assim promover um adequado cuidado/accompanhamento.

- **Que.7** - *Os idosos institucionalizados nos dois lares residenciais na cidade de Castelo Branco sentem necessidade de receber apoio após a perda do outro?*

Os idosos sentem a necessidade de terem qualquer tipo de apoio após a perda do *outro*, para avaliar essa necessidade analisámos a sua opinião acerca do apoio fornecido após a perda a nível institucional e procurar compreender qual o apoio que considera necessário mediante a actual característica da instituição.

Mediante as respostas foram evidenciadas cinco subcategorias I, como Satisfatório, Necessário, Indiferente, Não necessário e por último o Apoio fornecido, onde observámos três subcategorias II. Estas subcategorias II são a Intervenção limitada (rotinas/tempo), a Falta de preparação e a Indiferença. Quanto ao apoio oferecido encontrou-se: não podem mais, não conseguem e não querem saber.

Mediante as respostas evidenciámos que o apoio é 'Satisfatório', quando é considerado adequado e suficiente, não havendo necessidade de melhorias e/ou alterações; o apoio é Necessário, quando sentem necessidade de o receber, entretanto não sabem referenciar o que efectivamente necessitam; o apoio é Indiferente, quando considera a morte como algo inalterável, como um dado certo e adquirido durante o processo de institucionalização, quando não pensa nessa necessidade e quando não se evidenciam a criação de laços com o *outro*, há assim um afastamento da realidade ao seu redor, o que porventura não é promotor de grande sofrimento; o apoio é considerado Não necessário, quando os idosos sentem-se capazes de superar a fase da perda, fazendo uso das suas próprias capacidades de enfrentamento, referem-se como 'fortes' e 'capazes'.

Quando o apoio fornecido é avaliado pelo idoso mediante as suas vivências de morte na instituição, podemos observar que consideram a Intervenção limitada (rotinas/tempo), quando só evidenciam o cuidado com quem parte e seus familiares dentro da limitação das suas funções; quando há Falta de preparação, quando sentem a necessidade de apoio, mas que não observam a preparação adequada por parte do profissional e há Indiferença, quando a percebem por parte do profissional no cuidado prestado após a perda, em que não lhes promove qualquer tipo de cuidado e/ou meramente atenção.

Estes relatos são importantes, visto que o apoio por parte destes profissionais apresenta algumas limitações. Temos de ter em conta que os profissionais que trabalham em lares residenciais vivem os processos de luto pela perda do *outro* de duas formas, o seu próprio processo, que muitas das vezes não é autorizado e compreendido, bem como o processo do idoso sob o seu cuidado.

O que nos leva a reiterar a necessidade de preparação por parte deste profissional, quanto às suas próprias características de enfrentamento e capacidade de apoio num momento complexo como é o da morte.

CONCLUSÃO

Em resumo, os progressos na saúde aumentaram a esperança média de vida, o que levou ao aumento de idosos em idade avançada e de dependência. O envelhecimento não é só um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social do indivíduo, como também modifica a sua relação com o tempo, com o mundo e com a sua própria história. O envelhecimento aproxima-nos da morte, cuja percepção é distinta em cada um de nós, pelas diversas concepções, crenças e representações, fundamentadas não só na sua ocorrência, como no contexto familiar, social em que estejamos inseridos. A inserção social do idoso por vezes é alterada devido a diversos factores que o levam à dependência e à solidão e procuram a institucionalização como meio de promover a sua qualidade de vida. Entretanto com a institucionalização há uma mudança cultural gradativa, vem a dificuldade em acompanhar o mundo exterior e a perda de papéis. Durante a institucionalização dá-se um duplo aproximar da morte, a consciencialização da sua e a proximidade com a morte do *outro*.

Chegados a este ponto da nossa reflexão, importa relembrar a questão orientadora deste trabalho: *Qual a percepção que têm os idosos, em contexto institucional, quanto à 'morte' e à 'morte do outro' e, simultaneamente, as implicações dela na sua vida quotidiana institucionalizada?*

Este Projecto de Mestrado em Gerontologia Social está, assim, subordinado à temática da 'Morte', ao envelhecimento e à institucionalização dos idosos, associado à perda do *outro*. A pertinência na reflexão deste tema prende-se ao facto da 'morte' ser uma realidade complexa e um problema real, já que neste ciclo de vida institucional o idoso passa por sucessivas perdas.

Ao procurar descrever as experiências sob o ponto de vista dos idosos, optámos por um estudo de caso (descritivo e exploratório), de metodologia predominantemente qualitativa, sobre a 'morte' e 'morte do *outro*'. Preocupámo-nos analisar a experiência, tal como ela é vivenciada, já que é uma realidade que emerge da comunicação/linguagem dos sujeitos idosos.

Ao reflectirem sobre a experiência vivida, os idosos atribuem a 'morte' a aspectos naturais da vida e da natureza humana, numa atitude de aceitação e resignação (crenças), embora alguns refiram que ela não é bem-vinda, já que não estão preparados para morrer, por diversos motivos, principalmente pelo medo ao sofrimento, dor, desprendimento e abandonar a família.

Neste contexto, o 'fim' é o rompimento com a vida ou da sua jornada (desprendimento), mas com alguma aceitação (resignação) pelo facto de ser natural e um acontecimento inevitável. Evidenciamos a negação, que leva a que os idosos não queiram pensar nela ou que a repudiam ou afastem do seu pensamento. Entretanto a sua proximidade no ciclo de vida leva a que se pense nela involuntariamente e que se transmita uma sensação de dor em silêncio. A morte é considerada como uma perda na luta pela vida e um momento de

sofrimento pessoal. Na amostra do estudo, os homens percebem a morte como algo que não se conhece e de uma forma negativa e com alguma indiferença, as mulheres com uma maior compreensão e aceitação. Verificamos que os idosos mais envelhecidos acreditam que existe vida para além da morte (crenças) e que a religião não apresenta grande representatividade na minimização do sofrimento perante a morte.

Ao relacionarmos a morte com a depressão, observamos uma moderada relação directa entre a dor e o sofrimento, pois a morte representa um momento de angústia e solidão. O indicador de viuvez influi no aumento desses sinais depressivos, assim como o avançar da idade, a qual de acordo com a literatura inversamente diminui o índice de depressão. Estes dois factores podem estar relacionados com a percepção da morte do idoso na instituição.

Ao reflectirem sobre as perdas sofridas na sua rede de relações sociais e familiares, antes da institucionalização, os idosos atribuíram maior importância aos familiares directos (pais, cônjuges, irmãos), verificando-se a influência do choro, tristeza e mágoa que frequentemente apresentavam ao narrarem as suas vivências.

Quanto à percepção da 'morte do *outro*' a nível institucional, evidenciam-se os aspectos negativos da perda, verifica-se sempre algum tipo de impacto nos idosos da amostra, que diferem de idoso para idoso, devido a factores intrínsecos, à sua adaptabilidade e aos seus modos de enfrentamento de situações stressantes, bem como a nível do vínculo estabelecido com o *outro*. Verificamos a presença de emoções fortemente negativas mediante esta perda, expressa através dos termos tristeza, dor e saudade, mesmo quando não se verifique qualquer tipo de vínculo. A morte do *outro* faz com que pense que a sua 'está próxima', influenciando na sua percepção da morte e finitude, o que desencadeia sentimentos negativos, levando, muitas vezes, à ansiedade e a situações de depressão ou tristeza.

Ao relacionarmos a percepção da 'morte' e a 'morte do *outro*', observamos que ambas encontram-se interligadas, em que a resposta emocional narrada vai de acordo com as diversas características pessoais, ambientais e de apoio a que o idoso esteve e está sujeito. E que durante o período de institucionalização a morte do *outro* é promotora de sofrimento em grande parte da amostra, que não acompanhados podem levar a problemas futuros. Os seus discursos levam-nos a constatar uma relação entre as perdas mais significativas, no seu ambiente familiar, com o sofrimento e a sua não-aceitação. Estes sentimentos podem perdurar até hoje (estados de ânimo) e influenciar na aceitação da perda do *outro* durante a institucionalização. Ou seja, grande parte dos idosos considera que a perda dos familiares foram as mais significativas e mantêm-se como uma forte lembrança (recordação). Aspectos importantes na detecção de sentimentos negativos e na promoção do apoio após a perda, a fim de minimizarmos os seus efeitos.

Quanto à questão da concepção dos idosos quanto ao apoio após a 'perda do *outro*', há que aprofundar a relação com o apoio efectivamente prestado ao idoso, por se evidenciar, que embora sejam acompanhados, há relato de que não considera minimizado o sofrimento da perda. Embora grande parte dos idosos narre que o apoio é 'Satisfatório', torna-se necessário observar e acompanhar os idosos que o consideram 'Ausente' e 'Insuficiente', trabalhando essa questão da 'Ocultação'. Além de promover a dignidade perante a morte, deve-se respeitar os valores e crenças dos idosos, avaliando as suas reacções e a sua necessidade de apoio e/ou afastamento.

Quanto à percepção acerca da necessidade de apoio após a perda, evidenciámos que o apoio é considerado pela maioria dos idosos como 'Satisfatório', por ser adequado e suficiente, não havendo referências à necessidade de melhorias e/ou alterações. Quando ao apoio fornecido é avaliado pelo idoso mediante as suas vivências de morte na instituição, consideram a 'Intervenção limitada', a 'Falta de preparação' e a 'Indiferença'. Assim, embora os idosos considerem satisfatório, mediante a sua avaliação, esta não é a mais adequada, por apresentar algumas limitações. O que nos leva a reiterar a necessidade de preparação e formação por parte deste profissional, quanto às suas próprias características de enfrentamento e capacidade de apoio, num momento complexo como é o da morte.

As manifestações decorrentes da perda do *outro* numa instituição, não são produzidas de modo uniforme e claro, observam-se algumas manifestações em conversas de corredores, em seus quartos (choro, oração) na ausência dos seus cuidadores. Apesar deste olhar retrospectivo sobre a experiência profissional num lar de idoso, confrontámo-nos inúmeras vezes, com formas de expressão do sofrimento que comprometem a sua qualidade de vida na instituição, bem como futuras relações entre companheiros.

O que também foi evidenciado ao questionarmos alguns cuidadores sobre as perdas sofridas pelos idosos a seu cuidado. A partir dos relatos obtidos podemos concluir que cuidar do idoso, após a perda do *outro*, é uma tarefa que realça a vida a ser vivida no quotidiano do lar residencial, que torna a morte mais presente.

Apesar de reconhecerem as necessidades dos idosos institucionalizados quanto à perda do *outro*, os cuidadores confrontam-se sistematicamente com o sofrimento, o que pode levar a um desgaste na relação estabelecida entre estes e o idoso. Verificou-se que, mesmo sem experiência acerca da morte do idoso a nível institucional, estes profissionais foram gradualmente inserindo esta questão na prestação de cuidados aos idosos. Estes reconhecem a presença do sofrimento mediante as perdas pelas quais passa o idoso e percebem que mesmo assim há uma aceitação das mesmas, esta faz parte da rotina. Além de perceberem que alguns idosos não queiram aceitar ajuda e/ou partilhar o seu sofrimento.

Estas são promotoras de sofrimento e angústia que podem levá-lo a uma sobrecarga do luto, com repercussões na sua qualidade de vida. O idoso é merecedor do nosso cuidado (ética do cuidado), pois um apoio inadequado pode levar a um sentimento de solidão, rejeição e insignificância, que os leva a sentirem-se sós e pensarem que as suas próprias vidas e, previsivelmente, as mortes sejam insignificantes.

O que torna necessário, de acordo com Bertolletti & Carretta (2008), desenvolver princípios e acções orientadas à manutenção da qualidade de vida no seu quotidiano, aproximando os conhecimentos e construindo as suas práticas no dia-a-dia.

Nestas condições o cuidado centra-se não só nas suas necessidades, bem como no respeito pela sua individualidade. Nesse sentido os idosos narram que o apoio fornecido nem sempre consegue alcançar os objectivos de minimização do sofrimento, porque os seus cuidadores também são 'humanos', a lidar com uma realidade que nem todos aceitam, a morte. Sendo assim o profissional, não só deve acompanhar o idoso, bem como também aprender a lidar com os seus próprios sentimentos.

Evidenciámos que os cuidadores necessitam de algum tipo de mecanismo para lidar com certas perdas, mediante o nível de ligação estabelecido com o idoso. Este é o cerne do

acompanhamento, porque como já referimos a morte atinge todos ao redor de quem se foi. Esta não pertence ao morto, porque as suas repercussões sentem-se por quem fica. Pelo que é uma questão de difícil abordagem por parte de alguns cuidadores, estes buscam e percebem alguns dos pontos essenciais no apoio ao idoso, como a importância da família e da religião como factores de minimização do sofrimento.

O sofrimento, pelo que verificámos não é unilateral, mas bilateral, ambos necessitam de ajuda e apoio e a preparação deste profissional é importante. Saber cuidar e cuidar-se, o que requer um cuidado 'com' e não 'para', estabelecendo-se um bom alicerce através da relação de ajuda. Relação muitas vezes comprometida que desencadeia de sentimentos negativos, por parte do cuidador, ao lidar com este tipo de população, num ambiente limitador. Visto esta vivência ser uma experiência partilhada, para o 'bem-cuidar', o cuidador também deverá redescobrir-se.

Nesse sentido, Kovács (2005) propõe a educação para a morte, com a abertura à discussão do tema, para a 'rehumanização da morte'. Sendo assim, existe necessidade por parte de quem cuida dos idosos nas instituições (técnicos, cuidadores e voluntários), conhecer o processo de morte e do morrer nessa idade, para assim promover um adequado cuidado, trato e acompanhamento. No quotidiano de um lar de idosos, além de aprofundar conhecimentos acerca do processo de envelhecimento e velhice, estimular momentos de reflexão e diálogo acerca da morte, para assim promover um cuidado de qualidade. Questões que desafiam à continuidade deste trabalho, através de uma investigação/acção para a implementação de um plano de cuidado após a perda do *outro*.

Mediante o exposto, pensamos ter respondido à nossa questão de partida que foi o cerne deste estudo, contribuindo para o aprofundamento da questão. Entretanto a análise efectuada, não nos autoriza a generalizar conclusões do estudo, pelo tamanho da nossa amostra e pelo tipo de metodologia aplicada, indica-nos por exemplo, que há um sofrimento tangível em todos ao redor de quem morre, idosos, funcionários, bem como familiares.

Podemos concluir que os objectivos inicialmente propostos foram cumpridos, sendo de salientar as limitações do estudo, como a inexperiência do investigador, a subtilidade do tema e as suas questões enraizadas, as limitações em termos de tempo, o acesso aos idosos e a renitência de alguns em participar no estudo, as entrevistas propriamente ditas e o preenchimento das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte, que levaram o seu tempo mediante as capacidades cognitivas dos idosos.

Tudo isto tornou-se numa experiência enriquecedora e motivadora na compreensão dos idosos perante a 'morte' e a 'morte do *outro*', sabendo que este problema em estudo é de difícil compreensão, mas converteu-se num grande estímulo para o enriquecimento pessoal e profissional.

Sabemos que existem muitas mais realidades vivenciais, tantas quantas forem as suas interpretações que se faça das questões, mas a maior relevância dá-se ao sujeito no processo, o idoso, na construção do seu próprio conhecimento. Pelo que o cuidado é um processo contínuo, pois concluir-se que o medo, a dor e o sofrimento estão presentes nestes idosos após a perda do *outro*, mesmo quando aceite de forma natural. Isto porque espelhamo-nos na morte do *outro*, o medo do sofrimento e do abandono estão muito vinculados.

Após a realização deste trabalho, podemos afirmar, com muito humildade, que embora haja grande sofrimento entre quatro paredes de uma instituição de longa permanência para idosos, há quem se encontre adaptado à realidade institucional.

O tema abordado na nossa dissertação, ainda tabu, pela sua problemática e abrangência, pretende levar a novas reflexões, necessárias para alcançarmos um conhecimento mais aprofundado. Sendo assim, sem receios, pretendemos dar continuidade ao trabalho de aprofundamento da questão, por ser nossa convicção ser extremamente útil para a investigação, por ainda encontrar-se pouco explorada e apoiar o conhecimento e o desenvolvimento de competências para apoio dos profissionais que trabalham com este tipo de população tão específica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, M. (1997). *Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal [AICEP]. (2012). *Portugal - perfil do país*. Lisboa.
- Agostinho, P. (Janeiro/Junho de 2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), pp. 31-36.
- Alexopoulos, G. S., & Kelly Jr, R. E. (2009). Research advances in geriatric depression. *World Psychiatry*, 8 (3), pp. 140-149.
- Alves, E. (Janeiro/Junho de 2011). Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3 (1), pp. 16-23.
- Alves, R. (2008). *O médico* (7ª ed.). São Paulo: Papyrus Editora.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (Dezembro de 2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, III (2), pp. 45-53.
- Ariès, P. (1989). *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média* (2ª ed.). Lisboa: Teorema.
- Baixinho, C. (Dezembro/Maio de 2006-2007). Promoção da autonomia nas instituições de idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1 (1), pp. 64-76.
- Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, 166, 28, pp. 35-49.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barros-Oliveira, J., & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*, 2 (12), pp. 355-367.
- Bengston, V., Gans, D., Putney, N., & Walker, A. (Edits.). (2009). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Bertoletti, A., & Carretta, M. (2008). Desospitalização: cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio. In L. Bettinelli, M. Portella, & A. Pasqualotti, (Orgs). *Envelhecimento humano: múltiplas abordagens* (pp. 19-44). Passo Fundo: Editora da Universidade de Passo Fundo.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos* (Vol. 12). Porto: Porto Editora.
- Born, T. (2002). Cuidado do idoso em instituição. In M. Netto, *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 403-414). São Paulo: Atheneu.
- Bourdieu, P. (2008). Efeitos de lugar. In P. Bourdieu, (coord.). *A miséria do mundo* (7ª ed., pp. 159-166). Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., Girolamo, G., et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9 (90), pp. 1-16.

- Bulla, L., & Mediondo, M. (2004). Velhice, dependência e vida cotidiana institucional. In I. Cortelletti, M. Casara, & V. Herédia, *Idoso asilado. Um estudo gerontológico*. (pp. 85-100). Caxias do Sul: Educs/Edipucrs.
- Bussab, V., & Ribeiro, F. (1998). Biologicamente cultural. In L. Souza, M. Freitas, & M. Rodrigues, (Orgs.). *Psicologia: reflexões (im)pretinentes* (pp. 175-193). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cabete, D. (2004). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.
- Cabral, M., Fereira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processo de envelhecimento em portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campôa, E. (2009). *Qualidade de vida, competências cognitivas e funcionais em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Especialização em Psicologia da Saúde. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade do Algarve. Faro.
- Campos, C., & Turato, E. (Março/Abril de 2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico/qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17 (2). Obtido em 06 de Março de 2012, de www.eerp.usp.br/rlae
- Capitanini, M., & Neri, A. (2004). Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In A. Neri, M. Yassuda, (Orgs.), & M. Cachioni, (Colab.). *Velhice bem-sucedida. Aspectos afetivos e cognitivos* (3ª ed., pp. 71-90). São Paulo: Papirus.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cardella, B. H. (1994). *O amor na relação terapêutica: uma visão gestáltica* (3ª ed.). São Paulo: Summus.
- Carvalho, A. M. (Outubro de 1992). População do concelho de Idanha-a-Nova (1860-1910) - primeira abordagem. *Medicina na Beira Interior da Pré-história ao Século XX. Cadernos de Cultura*, 5, pp. 39-42.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Revista Millenium*, 40, pp. 161-184.
- Chaimowicz, F., & Greco, D. (1999). Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 33 (5), pp. 454-460.
- Cobo Domingo, J. (2000). *Geriatría y gerontología: atención integral al anciano*. Jaén: Formación Integrada Logoss.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humana: teoria e prática (2ª reimp.)*. Coimbra: Almedina.
- Davies, D. J. (2005). *História da morte*. Lisboa: Editorial Teorema.
- Debert, G. (2004). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo .
- Démuthová, S. (2012). The most frequent connotations of the concept of death in young adults. *Ostium*, 8 (2), pp. 1-11.

- Deslandes, S. (1999). A construção do projeto de pesquisa. In M. S. Minayo, S. Deslandes, O. Neto, & R. Gomes, *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade* (14^a ed., pp. 31-50). Petrópolis: Editora Vozes.
- Dias, C. (2007). *Dinâmicas de Castelo Branco: uma caracterização sócio-económica do distrito e das suas ONG's*. Castelo Branco: REAPN.
- Dias, J. (s.d.). *Beira baixa. Antologia da terra portuguesa* (Vol. 7). Lisboa: Livraria Bertrand.
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica. O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, pp. 139-156.
- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea. (2001). *Dificuldade*. (p.1252). Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa e da Fundação Calouste Gulbenkian: Verbo.
- Dickstein, L. S. (1972). Death concern: measurement and correlates. *Psychological Report*, 30, pp. 563-571.
- Djire, S., Levin, E., Schinke, R., & Porter, E. (2012). Five residents speak: the meaning of living with dying in a long-term care home. *Death Studies*, 36 (6), pp. 487-518.
- Doll, J., Gomes, A., Hollerweger, L., Pecoits, R., & Almeida, S. (2007). Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 12, pp. 7-33.
- Drago, S., & Martins, R. (Junho/Dezembro de 2012). A depressão no idoso. *Revista Millenium*, 43, pp. 79-94.
- Duarte, R. (Março de 2002). Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Caderno de Pesquisa*, 115, pp. 139-154.
- Faleiros, V. (2004). Violência na velhice. *O Social em Questão*, 1 (1), pp. 7-30.
- Fernandes, M. A. (Outubro de 1994). O povo da aldeia do Malhadal perante a dor. *Medicina na Beira Interior da Pré-história ao Século XX. Cadernos de Cultura*, 8, pp. 31-34.
- Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: diversidade de percursos. Um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidade Portucalense, Porto. Portugal.
- Ferrari, M. A. (2002). Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In M. P. Netto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 98-105). São Paulo: Editora Atheneu.
- Ferreira-Alves, J., & Novo, R. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), pp. 65-77.
- Fischer, J., Araújo, L. R., Wiegand, S. B., & D'Espíndula, T. C. (2007). *Manual de tanatologia* (21^a ed.). Coletânea Conexão Psi – Série Técnica. Curitiba: Unificado.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fonseca, A. (Julho/Dezembro de 2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3 (2), pp. 124-131.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Fragoeiro, I. (2004). Compreender as diversidades da pessoa. *Nursing*, 193, pp. 12-14.
- Frankl, V. (2012). *O homem em busca de um sentido*. Alfragide: Lua de Papel.
- Frumi, C., & Celich, K. (Julho/Dezembro de 2006). O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3 (2), pp. 92-100.
- Gallha, L. (2013). *Morte assistida*. Alfragide: Oficina do Livro.
- Giacoa Junior, O. (2005). A visão da morte ao longo do tempo. *Medicina*, 38 (1), pp. 13-19.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5^a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanidade. Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa : Instituto Piaget.
- Goffman, E. (2010). *Manicómios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Groisman, D. (1999). Velhice e história: perspectivas teóricas. *Envelhecimento e Saúde*, 10, pp. 43-56.
- Groisman, D. (2002). A velhice, entre o normal e o patológico. *História e Ciências da Saúde*, 9 (1), pp. 61-78.
- Guerra, A., & Caldas, C. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (6), pp. 2931-2940.
- Hall, C., Lindzey, G., & Campbell, J. (1998). *Teorias da personalidade* (3^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo. Parte II* (13^a ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Hennezel, M. (2005). *Diálogo com a morte*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Hennezel, M. (2006). *Morrer de olhos abertos*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Hennezel, M. d. (2001). *Nós não nos despedimos*. (L. F. Sarmento, Trad.) Lisboa: Editorial Notícias.
- Hennzel, M. d., & Leloup, J.-Y. (1999). *A arte de morrer* (2^a ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Henriques, F., Gouveia, J., & Caninas, J. (Outubro de 1992). Rabacinas - uma comunidade perante a morte. *Medicina na Beira Interior da Pré-história ao Século XX. Cadernos de cultura*, 5, pp. 28-32.
- Herédia, V., Cortelletti, I., & Casara, M. (2004). Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In I. Cortelletti, M. Casara, & V. Herédia, (Orgs.). *Idoso asilado: um estudo gerontológico* (pp. 13-62). Caxias do Sul: Editora da Universidade de Caxias do Sul.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Lisboa: Lusociência.
- Hossne. (2005). Prefácio. In L. Pessini, & C. Barchifontaine, *Problemas atuais de bioética* (7^a ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Houaiss, A., Villar, M., & Franco, F. (2011). Institucionalizar. In A. Houaiss, M. Villar, & F. Franco, *Dicionário do Português Atual*. (Vol. 2, p. 1355). Lisboa: Círculo de leitores e Sociedade Houaiss - Edições Culturais Lda.

- Instituto de Segurança Social [ISS]. (2005). *Manual de boas práticas. Um guia para o acolhimento residencial das pessoas em situação de deficiência para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Lisboa: Instituto de Segurança Social.
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24 (4), pp. 602-611.
- Jimenez, M. (1997). *A psicologia da percepção*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kastenbaum, R. (2000). *The psychology of death* (3ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Keetele, J., & Rogiers, X. (1993). *Metodologia da recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Keleman, S. (1997). *Viver o seu morrer*. São Paulo: Summus.
- Kierkegaard, S. (2013). *Ou-ou. Um fragmento de vida. Primeira Parte*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Koenig, H. G., Larson, D. B., & Larson, S. S. (March de 2001). Religion and coping with serious medical illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35, pp. 352-359.
- Kovács, M. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kóvacs, M. (2010). *Morte e desenvolvimento humano*. (1ª reimp). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (Setembro de 2005). Educação para a morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25 (3), pp. 484-497.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Morte – estágio final da evolução* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Kübler-Ross, E. (1979). *Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kübler-Ross, E. (1991). *A morte: um amanhecer*. São Paulo: Pensamento.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a morte*. (P. Soares, Trad.) Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Kübler-Ross, E. (2011). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Latron, F., & Étienble, J. (2000). Será o envelhecimento celular a chave? *Servir*, 49, pp. 250-252.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, pp. 234-247.
- Lazarus, R. (2006). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lelord, F., & André, C. (2002). *A força das emoções. Amor, cólera, alegria*. Cascais: Pergaminho.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2005). *Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Levinas, E. (1999). *Alterity and transcendence*. London: The Athlone Press.
- Levinas, E. (2000). *God, death, and time*. California: Stanford University Press.
- Levy, B., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), pp. 261-270.

- Lima, C., & Murai, H. (2005). Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. *Revista de Enfermagem*, 6, pp. 15-22.
- Loureiro, A. M. (2000). *A velhice, o tempo e a morte: subsídios para possíveis avanços no estudo*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Magalhães, C. P. (2012). A problemática dos esteriótipos acerca das pessoas idosas. In F. Pereira, (Coord.). *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 93-100). Viseu: Psico & Soma.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Revista Millenium*, 32, pp. 126-140.
- Martins, R., & Rodrigues, M. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Revista Millenium*, 29, pp. 249-254.
- Matos, A. M. (Outubro de 1992). A morte no Alcaide, uma aldeia da gardunha - atitudes e rituais. *Medicina na Beira Interior da Pré-história ao Século XX. Cadernos de Cultura*, 5, pp. 33-38.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Metelo, C., Mateus, E., Gonçalves, J., Nogueira, J., Guterres, M., & Nicola, R. (2010). *O papel da rede de serviços e equipamentos sociais*. Sociedade e Trabalho, nº 14. Lisboa: GEP/MTSS.
- Miller, S. (1997). *Depois da vida: desvendando os mistérios da jornada*. São Paulo: Summus.
- Ministério da Saúde [MS]. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas, Circular Normativa nº 13/DGCG de 02/07/04*. Lisboa: MS/DGS.
- Mitterrand, F. (2005). Prefácio. In M. Hennzel, *Diálogo com a morte* (6ª ed.). Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados com a experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Moody, R., & Arcangel, D. (2006). *Vida depois da perda. Como ultrapassar a dor e encontrar a esperança*. Cascais: Pergaminho.
- Moragas, R. (1997). *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Edições Paulinas.
- Morin, E. (2000). *Os setes saberes necessários à educação do futuro* (2ª ed.). São Paulo: Cortez Editora.
- Morin, E. (2007). *O Método 6: ética* (3ª ed.). Porto Alegre: Editora Meridional.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1 (2), pp. 13-22.

- Nelson, T. D. (2005). Ageism: prejudice against our feared futureself. *Journal of Social Issues*, 61 (2), pp. 207-221.
- Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. Neri, (Org.). *Qualidade de vida e idade madura* (7ª ed., pp. 9-55). São Paulo: Papirus Editora.
- Netto, M., & Borgonovi, N. (2002). Biologia e teorias do envelhecimento. In M. P. Netto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 44-59). São Paulo: Editora Atheneu.
- Netto, M., & Ponte, J. (2002). Envelhecimento: desafio na transição do século. In M. P. Netto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 3-12). São Paulo: Editora Atheneu.
- Nóbrega, T. (2008). Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. *Estudos de Psicologia*, 13 (2), pp. 141-148.
- Oliveira, A. (2001). *SobreViver* (1ª ed.). Lisboa: Âncora.
- Oliveira, A. (Janeiro de 2006). Olhar inquieto - o jovem perante a morte. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 20, pp. 16-30.
- Oliveira, A. (2008). *Ilusões na Idade das Emoções* (1ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Oliveira, A. (2008). *O Desafio da Morte - convite a uma viagem interior* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Notícias.
- Oliveira, A. (2009). *Passagem entre as margens da vida*. Lisboa: Âncora Editora.
- Oliveira, A. (2011). *O desafio da vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Oliveira, A., Freitas, A., & Rodrigues, R. (Novembro de 2011). Death through the eyes of innocence - perceptions of death in childhood. *8th Global Conference - Making Sense of: Dying and Death*. Praga.
- Oliveira, C., Souza, C., Freitas, T., & Ribeiro, C. (2006). Idosos e família: asilo ou casa. *Portal Psicologia*, pp. 1-13.
- Oliveira, A. (2008). *O desafio da morte* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Papaléo-Netto, M. (1996). Envelhecimento: desafio na transição do século. In M. Papaléo-Netto, J. Ponte, A. Duarte, A. Ribeiro, A. Cervado, & A. Donato (Edits.), *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 3-12). São Paulo: Editora Atheneu.
- Papaléo-Netto, M. (2006). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In E. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. Cançado, & M. L. Gorzoni, (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed., pp. 1-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Papalia, D., & Olds, S. (1998). *Desenvolvimento humano* (7ª ed.). Porto Alegre: Edições Loyola.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.
- Parkes, C., Laugani, P., & Young, B. (2003). *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista Sociologia*, pp. 275-287.
- Pereira, D. (2011). *Políticas públicas locais de ação social*. Tese de Mestrado em Economia e Políticas Públicas. Instituto Superior de Economia e Gestão - Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa.
- Pereira, F. (Janeiro/Junho de 2008). A importância da manutenção das relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1 (2), pp. 6-10.
- Pereira, F., & Pimentel, H. (2012). Emergência da gerontologia e do gerontólogo. In F. Pimentel, (Coord.). *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores idosos* (1ª ed., pp. 27-40). Viseu: Psicosoma.
- Pereira, F., Gomes, M., & Galvão, A. (2012). Ética e humanidade no cuidado ao idoso. In F. Pereira, (Coord.). *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores idosos* (1ª ed., pp. 81-92). Viseu: PsicoSoma.
- Pereirinha, J., & Carolo, D. (2009). *A construção do estado-providência em Portugal: evolução da despesa social de 1935 a 2003*. (Documento de Trabalho/ Working Paper nº36). Lisboa: Gabinete de História Económica e Social.
- Perista, H., & Perista, P. (2012). *Gênero e envelhecimento: planejar o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Gênero. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, 2012.
- Perlini, N., Leite, M., & Furini, A. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41 (2), pp. 229-236.
- Pessini, L. (2005). In L. Pessini, & C. Barchifontaine, *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Edições Loyola.
- Pessini, L. (2006). Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In E. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. Cançado, & M. L. Gorzoni, (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed., pp. 154-163). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pessoa, F. (2009). *Frases de Fernando Pessoa* (2ª ed.). Alfragide: Casa das Letras.
- Pimentel, L., & Albuquerque, C. (Agosto/Dezembro de 2010). Solidariedades familiares e apoio a idosos. Limites e implicações. *Texto e Contexto Enfermagem*, 9 (2), pp. 251-263.
- Pinazo, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. In S. Pinazo, & M. Sánchez, (Coords.). *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 221-256). España: Pearson Prentice Hall.
- Pinazo, S. (2006). Relaciones sociales. In C. Triadó, & F. Villar, (Coord.) *Psicología de la vejez* (pp. 253-282). Madrid: Alianza.
- Pincus, L. (1989). *A família e a morte: como enfrentar o luto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Pinho, L., & Kantorski, L. (2004). Reflexionando el contexto psicosocial de familias de pacientes internados en la unidad de urgencias. *Ciencia y Enfermería, Concepción*, 10 (1), pp. 67-77.

- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal, S. (2008). *As mulheres e a produção de bem-estar em Portugal*. (Oficina nº319). Coimbra: Centro de Estudos Sociais/Laboratório Associado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Puigdengolas, F. (2003). *Acompanhar pessoas idosas em lares*. São Paulo: Edições Paulinas.
- Quivy, R., & Champenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramos, L. (2008). *Avaliação do estado nutricional de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, R.S.* Dissertação Mestrado em Gerontologia Biomédica. Instituto de Geriatria e Gerontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Rebello, J. (2004). *Desatar o nó do luto*. Lisboa: Casa das Letras.
- Rebello, J. (2009). *Amor, luto e solidão*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Rey, F. G. (2004). O sujeito, a subjetividade e o outro na dialética complexa do desenvolvimento humano. In L. M. Simão, & A. M. Martínez, (Orgs.) *O outro no desenvolvimento humano. Diálogos para a pesquisa e a prática profissional profissional em psicologia* (pp. 1-27). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Riponche, S. (1999). *O livro tibetano do viver e do morrer*. São Paulo: Talento, Palas Atena.
- Rodrigues, E. (2010). O estado e as políticas sociais em Portugal. *Revista Sociologia*, 20, pp. 191-230.
- Rodrigues, R., & Moreira, J. (2013). *Salvaterra do Extremo, a terra que nos viu nascer*. Idanha-a-Nova: Câmara Municipal de Idanha-a-Nova.
- Rosa, M., & Vieira, C. (2003). *A população portuguesa no século XX*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Ruiz. (1989). *La descodificacion*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Runcan, P. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, pp. 109-113.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, pp. 13-39.
- Santo, P. (2010). *Introdução à metodologia das ciências sociais – génese, fundamentos e problemas*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Santos, F., & Encarnação, F. (1997). *Modernidade e gestão da velhice*. Faro: Centro Regional de Segurança Social do Algarve.
- Santos, M. (1998). *Trabalhos de curso e monografias: formatação básica*. Cuiabá: UFMT.
- Santos, P. (2002). *A depressão no idoso* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Saramago, J. (2005). *As intermitências da morte*. Lisboa: Caminho.

- Sardinha, O. (Junho de 1991). Amuletos e ex-votos na Beira Interior na coleção do Museu Nacional de Arqueologia e Etnografia. *Medicina na Beira Interior da Pré-história ao Século XX. Cadernos de Cultura*, 3, pp. 24-39.
- Schaie, K. (2001). Theories of aging. In N. Smelser, & P. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. (pp. 317- 322). Oxford, UK: Pergamon.
- Schwartz, M. (2006). *Amar e viver. Lições de um mestre*. Cascais: Pergaminho.
- Serrão, D. (2006). Seniores: um novo estrato social. In P. Frassinetti (Ed.), *Intervenção social. Saberes e contextos* (pp. 129-137). Porto: Escola Superior de Educação Porto.
- Serrão, D. (2011). Prefácio. In A. Oliveira, *O desafio da vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Silva, C., & Castela, A. (1999). Globalização e estado-providência: tendências e desenvolvimentos recentes. *III Congresso da Geografia Portuguesa* (pp. 343-350). (Setembro de 1997). Porto: Edições Colibri e Associação Portuguesa de Geógrafos.
- Silva, C., Carvalho, L., & Menezes, M. (Janeiro/Março de 2007). Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16 (1), pp. 97-104.
- Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim*. Loures: Lusociência.
- Silva, L., Nunes, E., Martins, L., Squarcini, C., & Barbosa, F. (2011). A arte de expressar o significado da família – uma experiência de ensino-extensão em enfermagem. *Revista Conexão*, 7 (1), pp. 70-79.
- Siqueira, R., Botelho, M., & Coelho, F. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4), pp. 899-906.
- Soares, J., Silva, R., Rosa, L., Galvão, E., & Ribeiro, R. (Janeiro de 2009). O idoso institucionalizado e a reflexão sobre a própria morte. *Kairós*, 12 (1), pp. 135-147.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos [SFAP]. (1999). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos. "Cuidar": Éticas e práticas*. Loures: Lusociência.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família – os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), pp. 364-371.
- Souza, J. (2003). Asilo para idosos: o lugar da face rejeitada. *Jornal da Universidade Federal do Paraná*, 4 (1), pp. 77-86.
- Strech, P. (2010). *Uma luz no meio de nós - as crianças e os adolescentes perante a morte*. Lisboa: Assírio & Alvin.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem, avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência .
- Tolstoi, L. (2009). *A morte de Ivan Ilitch* (2ª ed.). Alfragide: Leya, S.A.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: a developmental theory of positive aging*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

- Vara, M. (2012). O olhar do gerontólogo. In F. Pereira, (Coord.). *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores idosos* (1ª ed., pp. 65-77). Viseu: PsicoSoma.
- Vaz, S. F., & Gaspar, N. M. (Julho de 2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), pp. 49-58.
- Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueiroa, C. (Julho/Agosto de 2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4), pp. 349-361.
- Wang, Y. (Outubro/Dezembro de 2007). On the cognitive processes of human perception with emotions, motivations, and attitudes. *The International Journal of Cognitive Informatics and Natural Intelligence*, 1 (4), pp. 1-13.
- Wortman, C. B., & Boerner, K. (2007). Beyond the myths of coping with loss: prevailing assumptions versus scientific evidence. In H. Friedman, & R. Silver (Edits.), *Foundations of Health Psychology* (pp. 285-324). New York: Oxford University Press.
- Yin, R. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (4ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zimerman, G. (2000). *Velhice - aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

WEBGRAFIA

- Barroso, V. (2008). *Órfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento - estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados*. Porto: Psicoglobal. Obtido em 23 de Maio de 2013, de <http://www.psicopatologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população portuguesa: dependência, ativação e qualidade*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa. Obtido em 21 de Junho de 2013, de http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Concelho Local de Acção Social de Castelo Branco. (2010). *Diagnóstico social do concelho de Castelo Branco*. Obtido em 12 de Junho de 2013, de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.cm-castelobranco.pt%2Fpdf%2Faccasocial%2Fdocs%2Fdiagnostico_social_CB.pdf&ei=MctEUradHoWDhQes04HwAg&usg=AFQjCNFg2itu9YZqtCo3olTWch55WQ5uvA&bvm=bv.53217764,d
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV]. (1995). *Parecer 11/CNECV/95 sobre os "Aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida"*. Presidência do Conselho de Ministros. Obtido em 25 de Abril de 2013, de <http://www.cnecv.gov.pt/cnecv/pt/>

- Decreto Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (1983). *Diário da República nº 46 - I Série*. Lisboa. Obtido em 20 de Janeiro de 2013, de <https://dre.pt/>
- Decreto Lei nº 64/2007 de 14 de Março do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2007). *Diário da República nº 52 - I Série*. Lisboa. Obtido em 20 de Janeiro de 2013, de <https://dre.pt/>
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado . *Revista IGT na Rede, 5 (8)*, 51-61. Obtido em 28 de Janeiro de 2013, de <http://www.igt.psc.br>
- França, L. (2006). *Quando o entardecer chega ... o envelhecimento ainda surpreende muitos*. Obtido em 20 de Março de 2013, de <http://www.guiarh.com.br/pp46.html>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP]/Ministério do Trabalho e Solidariedade Social [MTSS]. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa. Obtido em 6 de Dezembro de 2013, de <http://www.gep.msss.gov.pt/>
- Gonçalves, C. (2003). *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os censos*. *Revista de Estudos Demográficos (artigo 4º)*, pp.41-60. Obtido em 16 de Junho de 2013, de <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2011). *Censos 2011. Resultados definitivos - Região Centro*. Obtido em 10 de Junho de 2013, de <http://www.ine.pt>
- Jorge, E. d., & Duarte, M. S. (s.d.). *Idosos institucionalizados: auto percepção da vivência acerca da qualidade de vida*. Obtido em 20 de Agosto de 2013, de Idosos. Trabalhos Feitos: <http://www.frasce.edu.br/nova/prod_cientifica/idosos_asilamento.pdf>
- Miguel, M., Pinto, M., & Marcon, S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrónica de Enfermagem, 9 (3)*, pp., 784-795. Obtido em 10 de Maio de 2013, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>
- Ministério do Trabalho e da Segurança Social [MTSS]. (2012). *Carta Social. Rede de serviços e equipamanetos. Relatório de 2012*. Lisboa: GEP/MSSS. Obtido em 02 de Março de 2013, de http://www.cartasocial.pt/elem_quant2.php
- Ministério do Trabalho e Solidariedade Social [MTSS]. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Obtido em 6 de Dezembro de 2013, de <http://www.gep.msss.gov.pt/>
- Motta, A. B. (Julho/Dezembro de 1998). Reinventando fases: a família do idoso. *Caderno CRH, 29*, pp. 13-21. Obtido em 24 de Maio de 2013, de <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/anpocs00/gt05/00gt0533.doc>>. Acesso em: 18 jan. 2011.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2008). *Estudo do perfil de envelhecimento da população portuguesa*. (GERPI, Ed.) Obtido em 20 de Janeiro de 2013, de <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/estudo-do-envelhecimento-em-portugal.pdf>

- Pessini, L. (2009). *Distanásia: até quando investir sem agredir?* Obtido em 06 de Maio de 2013, de <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/DISTAN%C1SIA%20-%20AT%C9%20QUANDO%20INVESTIR%20SEM%20AGREDIR.PDF>
- Portugal. (2004). Direcção-Geral da Saúde. *Circular Normativa nº 13/DGCG. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. 02/07/04*. Lisboa. Obtido em 2013 de Janeiro de 20, de <http://www.portaldasaude.pt>
- Prochnau, N., & Pastório, W. F. (s.d.). *A auto-estima em idosos institucionalizados*. Obtido em 26 de Julho de 2013, de http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_181.pdf
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD]. (2011). *Relatório de desenvolvimento humano 2011. Sustentabilidade e equidade: um futuro melhor para todos*. Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD). Obtido em 30 de Maio de 2013, de http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_PT_Tables.pdf
- Risman, A. (2010). Envelhecimento: um processo multideterminado e multideterminante? *Revista Portal de Divulgação*. Obtido em 10 de Maio de 2013, de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>
- Sánchez Martín, M. (2003). Técnica de recogida de datos en análisis de una situación social. *Departamento de Sociología. UCM*. Obtido em 28 de Maio de 2013, de <http://www.ucm.es/info/socio6ed/Profesorado/edu/temas/entrevis.pdf>
- Segurança Social. (2013). *Idosos*. Obtido em 13 de Março de 2013, de <http://www4.seg-social.pt/idosos>
- Tavares, M. (2004). Trecho do livro 'Não te Deixarei Morrer, David Crockett'. *Revista Época*. Obtido em 20 de Maio de 2013, de <http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0,6993,EPT987990-1655,00.html>
- Veríssimo, R. (2002). Desenvolvimento psicossocial (ErikErikson). *SlimBooks Series*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Obtido em 20 de Fevereiro de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/1761.pdf>
- World Health Organisation [WHO]. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Obtido em 28 de Março de 2013, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- World Health Organisation [WHO]. (2011). *Global health and ageing*. National Institute of Aging. Department of Health and Human Services. Obtido em 10 de Outubro de 2012, de http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

Quadro nº 51 - Número de Repostas Sociais, adaptado da Carta Social 2012

Quadro nº 52 - Síntese das técnicas e metodologias utilizadas na recolha de dados

Quadro nº 51 - Número de Repostas Sociais, adaptado da Carta Social (2012)

Distritos	Creche	Centro de Actividades Ocupacionais	Lar Residencial	Centro de Dia	Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência)	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)
Aveiro	211	29	20	142	119	164
Beja	31	6	4	49	57	59
Braga	202	23	17	116	140	198
Bragança	29	5	4	79	88	89
Castelo Branco	60	8	6	125	79	145
Coimbra	142	23	15	163	116	185
Évora	52	10	7	80	82	73
Faro	136	9	5	57	67	72
Guarda	48	13	7	181	128	202
Leiria	129	15	13	105	140	132
Lisboa	615	83	53	231	331	310
Portalegre	38	4	5	68	71	68
Porto	371	61	28	190	200	263
Santarém	86	15	10	127	127	150
Setúbal	224	14	12	107	121	110
Viana do Castelo	46	12	3	46	49	71
Vila Real	52	6	3	52	64	104
Viseu	91	15	9	95	114	171
TOTAL	2 573	351	221	2 013	2 093	2 566

Fonte: http://www.cartasocial.pt/elem_quant2.php

Quadro nº 52 - Síntese das técnicas e metodologias utilizadas na recolha de dados

Aspectos Metodológicos/ Instrumentos	Idosos	Técnico/ Responsável	Dados da Instituição	Documentos
Análise Documental			X	-Estruturas e espaços -Estatutos /regulamentos - Publicações e normas
Entrevistas Individuais (semiestruturadas) (Pré-Teste)	Idosos (Pré-Teste)	Técnico/Responsável das ILP's	X	- Guião da entrevista - Gravações e transcrições das entrevistas
Escalas	Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30) aos idosos residentes nas ILP's			
Observações directas	Observações directas do contacto e de aproximação dos Idosos	Observações directas dos Técnicos/Responsáveis das ILP's	Observações directas	Grelhas e Registos informais
Análise de Conteúdo	Entrevistas aos Idosos N=35	Entrevistas aos Técnicos/Responsáveis das ILP's N=4		
Notas de Campo	X	X	X	X

ANEXO 2

Guião nº 1 - Entrevistas dos idosos

Guião nº 2 - Entrevistas dos técnicos/responsáveis dos Lares

Guião nº 1 - Entrevistas dos idosos



I MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL

GUIÃO DE ENTREVISTA

A entrevista pretende abranger a história das perdas durante o período de institucionalização do idoso, com ênfase à perda do *outro*, como o seu companheiro de instituição.

Itens a serem abordados:

1. Conte-me o que quiser sobre as suas perdas e os seus lutos, ao longo da vida. Como reagiu às suas perdas/lutos.
2. Gostaria que me contasse sobre as perdas que sofreu ao longo da sua estadia nesta instituição. O que pensa e sente acerca da perda de um companheiro de instituição.
3. Quando vivencio a perda de algum companheiro de instituição eu me sinto...
4. O que pensa e sente acerca do apoio que recebe na instituição durante a fase da perda.
5. O que pensa e sente acerca da morte.
6. Complete a frase: A morte para mim para mim é...
7. Quais os mecanismos que utilizou a fim de minimizar das perdas mais significativas durante o período de institucionalização.
8. O que poderia ser feito para minimizar os efeitos das perdas aqui na instituição.



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Educação

Guião nº 2 - Entrevistas dos técnicos/responsáveis dos Lares

--	--	--

I MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL GUIÃO DE ENTREVISTA AOS TÉCNICOS/RESPONSÁVEIS DOS LARES

O enfoque central deste estudo leva-nos a *Analisar e comparar a percepção quanto à morte e à morte do outro, entre idosos em contexto institucional de lar residencial*. Para o estudo proposto há que evidenciar, nomeadamente o facto de a institucionalização ser uma necessidade para muitos idosos, mas em simultâneo um factor desencadeante de novos ajustes internos e novas interações e criação de laços com o *outro*. Estas interações, de acordo com as afinidades desenvolvidas, propiciam o desenvolvimento de reacções e desajustes após a perda do *outro*. Por isso, para validar os dados é importante entrevistar os Técnicos/Responsáveis do Lar, de modo a recolher informações sobre as suas percepções do fenómeno em estudo sobre o idoso a seu cuidado. O inquérito por entrevista é anónimo, e as suas respostas são confidenciais e sigilosas e os dados serão utilizados para fins estatísticos.

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1 SEXO

M	<input type="text"/>	[1]
F	<input type="text"/>	[2]

2 IDADE

3 ESTADO CIVIL

solteiro	<input type="text"/>	[1]	divorciado	<input type="text"/>	[3]
casado	<input type="text"/>	[2]	viúvo	<input type="text"/>	[4]
outro	<input type="text"/>	[5]			

4 HABILITAÇÕES LITERARIAS

sem escolaridade	<input type="text"/>	[1]	4.º ciclo (7-9 anos)	<input type="text"/>	[4]
1.º/2.º ciclos (1-4 anos)	<input type="text"/>	[2]	secundário	<input type="text"/>	[5]
3.º ciclo (5-6 anos)	<input type="text"/>	[3]	curso superior	<input type="text"/>	[6]

5 MORA EM

6 PROFISSÃO

7 TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO

ITENS A SEREM ABORDADOS NA ENTREVISTA:

- 1.** Diga-me o que pensa e sente acerca da morte de um idoso a nível da instituição onde trabalha?
- 2.** Já pensou alguma vez sobre esta questão? Porque?
- 3.** O que pensa e sente acerca do apoio que é dado ao utente na instituição durante a fase da perda?
- 4.** Se pudesse fazer algo, o que faria para minimizar os efeitos das perdas aqui na instituição?
- 5.** Já necessitou de usar os mecanismos a fim de minimizar a perda de algum idoso aqui na instituição?

ANEXO 3

Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte

Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte



--	--	--

ESCALAS BREVES SOBRE DIVERSAS PERSPECTIVAS DA MORTE

(Spilca e col., 1977; tradução portuguesa de Barros 2004)

Idosos residentes em lares da cidade de Castelo Branco

Área científica - Gerontologia Social

O presente instrumento enquadra-se no Trabalho de Projecto do Mestrado em Gerontologia Social da ESECB titulado “A Percepção da Morte pelo Idoso em Contexto Institucional de Lar Residencial”. Trata-se de um estudo sobre a concepção ou representação da ‘morte’ neste colectivo de idosos institucionalizados, sendo um dos aspectos subjectivos do ser humano, que tem a ver com o estado de ânimo e modo de vida dessas pessoas.

Pretendemos analisar se essas representações dos seus discursos se correlacionam ou variam entre os seguintes indicadores: Sofrimento e Solidão; Vida Além Recompensa; Morte com Indiferença; Algo Desconhecido; Abandono dos que dependem de nós com culpabilidade; Morte como Coragem; Morte como Fracasso; Morte como Algo Natural.

A importância da sua participação neste estudo centra-se no carácter individual das suas opiniões e na sua atitude perante a vida (julgamento).

O inquérito é anónimo e as suas respostas são confidenciais e sigilosas. Os dados serão utilizados

Período de aplicação do instrumento: Dezembro 2012 / Março de 2013

Coloque uma cruz no lugar adequado á sua resposta ou preencha o espaço em branco

I Parte: Caracterização dos sujeitos da amostra

1 - Sexo: M F 2- Idade: ____anos3 - Religião: católica não praticante não católica sem religião 4 - Estado civil: solteiro divorciado casado viúvo outro

Habilitações literárias: _____

Naturalidade: _____

Profissão / Ocupação: _____

Tempo de institucionalização: _____

Motivo da institucionalização: _____

Como classifica a sua estadia na instituição?

Muito satisfatória Satisfatória Razoável Não satisfatória

Como classifica a sua relação com os outros idosos?

Muito satisfatória Satisfatória Razoável Não satisfatória

II Parte:

ESCALAS BREVES SOBRE DIVERSAS PERSPECTIVAS DA MORTE
(Spilca e col., 1977; tradução portuguesa de Barros 2004)

Encontrará abaixo quarenta e três afirmações com as quais pode responder fazendo uma cruz no número que *melhor* corresponda ao seu caso. Usando a legenda abaixo, marque *só um* em cada pergunta, mas não esqueça nenhuma.

Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

OBRIGADO.

LEGENDA

- 1 - Totalmente em desacordo
- 2 - Bastante em desacordo
- 3 - Um pouco em desacordo
- 4 - Um pouco de acordo
- 5 - Bastante de acordo
- 6 - Totalmente de acordo

Itens/Indicadores para cada escala (variável)								
A morte é								
1	1.1	O último momento de agonia	1	2	3	4	5	6
	1.2	O fim de um tempo de isolamento	1	2	3	4	5	6
	1.3	A última miséria	1	2	3	4	5	6
	1.4	O destino de cair na berma da estrada	1	2	3	4	5	6
	1.5	A última angústia e tormento	1	2	3	4	5	6
	1.6	Uma experiência de solidão no momento da morte	1	2	3	4	5	6
2	2.1	A entrada num local de total satisfação	1	2	3	4	5	6
	2.2	Um limpar e renascer de si mesmo	1	2	3	4	5	6
	2.3	A própria ressurreição e recompensa	1	2	3	4	5	6
	2.4	União com Deus e eterna ventura	1	2	3	4	5	6
	2.5	Oportunidade de deixar esta vida em troca de outra melhor	1	2	3	4	5	6
	2.6	A porta de entrada no céu e na felicidade plena	1	2	3	4	5	6
3	3.1	Pouco importante tendo em conta tudo o resto	1	2	3	4	5	6
	3.2	De poucas consequências	1	2	3	4	5	6
	3.3	Algo a que devemos ficar indiferentes e esquecer	1	2	3	4	5	6
	3.4	Nem temida nem bem-vinda	1	2	3	4	5	6
	3.5	Coisa indiferente de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6
4	4.1	A maior das incertezas	1	2	3	4	5	6
	4.2	O maior dos mistérios	1	2	3	4	5	6
	4.3	O fim do conhecimento e o princípio do desconhecido	1	2	3	4	5	6
	4.4	Algo sobre que devemos dizer "não sei"	1	2	3	4	5	6

	4.5	Um ponto de interrogação	1	2	3	4	5	6
	4.6	A maior ambiguidade entre as complexidades da vida	1	2	3	4	5	6
5	5.1	Deixar os que dependem de nós sujeitos às dificuldades da vida	1	2	3	4	5	6
	5.2	Abandonar aqueles que amamos	1	2	3	4	5	6
	5.3	Razão para se sentir culpado por não poder continuar a ajudar a família	1	2	3	4	5	6
	5.4	Razão para se sentir culpado	1	2	3	4	5	6
	5.5	Deixar a família entregue à sua sorte	1	2	3	4	5	6
6	6.1	Uma oportunidade para provar que lutámos por algo na vida	1	2	3	4	5	6
	6.2	Uma ocasião para mostrar como podemos enfrentar o último teste da vida	1	2	3	4	5	6
	6.3	Um grande momento da verdade para si mesmo	1	2	3	4	5	6
	6.4	Uma oportunidade para uma grande realização	1	2	3	4	5	6
	6.5	Um tempo para recusar a humilhação ou a derrota	1	2	3	4	5	6
	6.6	Um teste ao compromisso em relação aos valores pessoais da vida	1	2	3	4	5	6
7	7.1	Um acontecimento que impede a realização do potencial pessoal	1	2	3	4	5	6
	7.2	O fim das nossas esperanças	1	2	3	4	5	6
	7.3	O falhanço pessoal na procura do sentido de vida	1	2	3	4	5	6
	7.4	A destruição da última oportunidade de plena realização	1	2	3	4	5	6
	7.5	A derrota na luta por ser bem-sucedido e alcançar objectivos	1	2	3	4	5	6
8	8.1	Uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo	1	2	3	4	5	6
	8.2	O ato final de harmonia com a existência	1	2	3	4	5	6
	8.3	Um aspecto natural da vida	1	2	3	4	5	6
	8.4	Parte do ciclo de vida	1	2	3	4	5	6

O máximo de pontuação por escala é:

<i>Escala 1 (morte como sofrimento e solidão),</i>	<i>36;</i>
<i>Escala 2 (morte como vida do Além de recompensa),</i>	<i>36;</i>
<i>Escala 3 (indiferença frente à morte),</i>	<i>30;</i>
<i>Escala 4 (morte como desconhecido),</i>	<i>36;</i>
<i>Escala 5 (morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade),</i>	<i>30;</i>
<i>Escala 6 (morte como coragem),</i>	<i>36;</i>
<i>Escala 7 (morte como fracasso),</i>	<i>30;</i>
<i>Escala 8 (morte como fim natural),</i>	<i>24.</i>

ANEXO 4

Escala Geriátrica de Depressão - GDS30

Escala Geriátrica de Depressão (GDS-30)



--	--	--

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

(Yesavage, 1983)

Idosos residentes em lares da cidade de C. Branco

Área científica - Gerontologia Social

O presente instrumento enquadra-se no Trabalho de Projecto do Mestrado em Gerontologia Social da ESECB titulado "A Percepção da Morte pelo Idoso em Contexto Institucional de Lar Residencial".

Trata-se de um estudo sobre a concepção ou representação da 'morte' neste colectivo de idosos institucionalizados, sendo um dos aspectos subjectivos do ser humano, que tem a ver com o estado de ânimo e modo de vida dessas pessoas.

Pretendemos analisar se essas representações dos seus discursos se correlacionam ou variam com o indicador da depressão. A importância da sua participação neste estudo centra-se no carácter individual das suas opiniões e na sua atitude perante a vida (juízo).

O inquérito é anónimo e as suas respostas são confidenciais e sigilosas. Os dados serão utilizados para fins estatísticos. Pedimos-lhe que seja o mais sincero, objectivo e claro nas suas respostas. **Obrigado.**

Período de aplicação do instrumento: Dezembro 2012 /Março de 2013

Coloque uma cruz no lugar adequado á sua resposta ou preencha o espaço em branco

I Parte: Caracterização dos sujeitos da amostra

1 - Sexo: M F 2- Idade: ____anos3 - Religião: católica não praticante não católica sem religião 4 - Estado civil: solteiro divorciado casado viúvo outro

Habilitações literárias: _____

Naturalidade: _____

Profissão / Ocupação: _____

Tempo de institucionalização: _____

Motivo da institucionalização: _____

Como classifica a sua estadia na instituição?

Muito satisfatória Satisfatória Razoável Não satisfatória

Como classifica a sua relação com os outros idosos?

Muito satisfatória Satisfatória Razoável Não satisfatória

II Parte:

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO
(Yesavage, 1983)

Instruções: Encontrará abaixo trinta afirmações com as quais pode responder de forma positiva ou negativa. Usando a escala de resposta a seguir indicada (escala nominal), coloque uma cruz (x) no lugar adequado à sua resposta, que será **SIM ()** ou **NÃO ()**.

Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

Obrigado

	SIM	NÃO
1. Considera-se satisfeito com sua vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Abandonou muitos de seus interesses e actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sente que sua vida está vazia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente-se frequentemente aborrecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Você tem muita fé no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tem pensamentos negativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Na maioria do tempo está de bom humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tem medo de que algo de mal lhe possa acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sente-se feliz na maioria do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sente-se frequentemente intranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Prefere ficar em casa em vez de sair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Preocupa-se muito com o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Pensa que tem mais problemas de memória que os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Acha bom estar vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fica frequentemente triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sente-se inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Preocupa-se muito com o passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Considera a vida muito interessante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tem dificuldade em começar novos projectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sente-se cheio de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sente-se sem esperança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Considera que os outros têm mais sorte que você	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Preocupa-se com as coisas sem importância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sente frequentemente vontade de chorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tem dificuldade em concentrar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Sente-se bem ao despertar/acordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Prefere evitar as reuniões sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. É fácil para você tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. O seu raciocínio mantém-se tão claro como antigamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação: 0 quando for diferente da resposta em negrito
1 quando for igual à resposta em negrito.

Ausência de depressão=0-10

Depressão ligeira =11-20

Depressão grave =21-30

ANEXO 5

Notas de Campo das Entrevistas
Notas de Campo na Recolha de Dados da Escala da Morte

Notas de Campo das Entrevistas

A observação directa seguiu vários passos, durante a entrada nas instituições, durante as entrevistas aos idosos, técnicos/responsáveis e enquanto circulava pelas instituições à procura dos idosos.

Ao iniciar o processo de entrevistas encontrava-me num grande impasse, porque já havia trabalhado com grande parte desses idosos na SCMCB, assaltou-me uma grande dúvida; será que iria influenciar nas suas respostas? E o tema iria constrange-los? E os que não me conheciam, será que aceitariam falar de tal tema? Bem!, foi um pouco complicado ao início, entretanto à medida que ia fazendo as entrevista apercebi-me que eles comunicavam-se entre si. Transmitiam uns aos outros o que eu ia fazer e as questões que colocava. Inicialmente recebiam-me um pouco desconfiados, entretanto à medida que explicava-lhes os meus objectivos aceitavam participar do estudo, senti que tinham uma grande necessidade de falar dos seus sentimentos, dos seus pesares. A grande maioria dos idosos que recusaram participar do estudo não me deram oportunidade de explicar os meus objectivos, não estavam em condições psicológicas de falar devido às perdas muito recentes.

Os espaços das entrevistas em ambas as instituições foram acordados nos primeiros contactos com os diversos técnicos/responsáveis, que destinaram uma sala para este fim. Antes do início da recolha de dados, ao chegar para as entrevistas procurava alguém com quem pudesse comunicar a minha presença e poder assim me dirigir aos idosos que procurava. Recebi listas de identificação de idosos que porventura tenham vivenciado o fenómeno, o que facilitou inicialmente a procura dos mesmos. Entretanto, grande parte desses idosos não estava institucionalizada há um ano, pelo que foram excluídos antes da abordagem inicial.

O que chamou a atenção foi a grande movimentação dos idosos nas instituições, em que os mais independentes saíam frequentemente, pelo que regressei algumas vezes à procura dos mesmos idosos para proceder às entrevistas. Vemos mais mulheres do que homens, e características comuns na sua aparência.

Sendo um outro factor, a chamar-me a atenção o modo de vestir dos idosos, que cuidam da sua aparência e as viúvas mantêm as vestes escuras mesmo quando já o são há muito tempo. Os homens vestem-se com calças de tecido leves, camisas de manga longa, cinto e sapatos pretos encerados. As mulheres geralmente usam roupa de cores mais escuras, o castanho, o azul e principalmente o preto. Muitas das idosas tratam bem do seu cabelo, pintando-o e mantendo bem penteado, entretanto a maioria mantêm-no na cor natural e presa em um pequeno coque.

As mulheres e homens estão separados em quartos diferentes, entretanto vêm-se casais que também estão separados em quartos distintos. Mas observei um número reduzido de casais a coabitar o mesmo quarto numa das extensões da SCMCB.

Ao chegar às instituições durante as manhãs, foi-me pedido que fosse após o horário do pequeno-almoço, encontrava os idosos dispersos ou grande parte deles nas diversas salas de convivência que as instituições possuem. A maioria era composta por idosos cuja mobilidade era reduzida, em cadeira de rodas ou sentados em sofás. Entretanto ao abordar esses idosos verifica-se uma grande vivacidade mental, o que inicialmente surpreende. Já há a incorporação do pensamento de que o idoso dependente não é capaz, entretanto, já havia

aprendido muito com o convívio com eles, entretanto surpreendi-me a ter esses pensamentos. Além, do facto de idosos mais velhos não serem tão lentificados como se depreende, foram as melhores participações que este trabalho teve.

Em ambas as instituições verificava-se um cuidado quando à sua limpeza e organização, observando-se uma grande movimentação de funcionárias a fazer camas e limpar divisões. Havendo funcionárias destinadas a essas actividades.

Os quartos apresentavam uma organização institucional, embora os idosos procurassem reproduzir um ambiente mais personalizado, usando para isso alguns dos seus móveis de casa e muitos objectos pessoais, mas não podemos ter tudo o que temos acomodado num espaço pequeno e principalmente quando é partilhado com outra pessoa. O que se encontra são essencialmente fotografias, pequenos porta jóias, livros, bíblias e terços para a oração. Os quartos femininos encontram-se mais personalizados e acolhedores, com a disposição de vários objectos pessoais, o terço frequentemente encontrado no leito, ao pé da almofada.

Ambas as instituições oferecem várias actividades aos idosos, com o objectivo lúdico bem como actividades para estimulação física. Promovem também o cuidado com a imagem, com o cabeleireiro. Este último frequentado na sua grande maioria pelo sexo feminino.

A minha presença ao entrar nas instituições era logo notada, ao procurá-los para as entrevistas senti algumas dificuldades quando necessitava que se deslocassem para a sala destinada às mesmas, pelo que algumas delas foram efectuadas nos quartos dos idosos.

S1 - 25/janeiro/2013

Hoje inicio as entrevistas na SCMCB, encontro-me ansiosa. Procuo por ajuda para localizar os idosos mediante as listas que me foram fornecidas. Encontro-me com uma senhora relativamente nova e pergunto-lhe se gostaria de participar. Esta acedeu. Dirigimo-nos para a sala destinada às entrevistas. Começámos a conversar, após explicar os objectivos do trabalho, e por ser a primeira entrevista deixei-a falar sobre si. Refere que o motivo da sua institucionalização foi por incapacidade de auto cuidar-se, não dar trabalho à sua família e porque sofreu uma forte depressão. Foi longo o seu relato e tive que interromper o seu pensamento e direccionar o assunto. Foi complicado, porque senti que necessitava desabafar o seu sofrimento e devido à sua tentativa de suicídio, pelo que a deixei falar. Entretanto a entrevista acabou e a senhora encontrava-se calma.

S2 - 25/janeiro/2013

A segunda entrevista também decorreu na sala destinada às mesmas, a senhora foi abordada já no seu quarto após o pequeno-almoço. A entrevista iniciou e foram-lhe explicados os seus objectivos e apresentava logo de início uma forte labilidade emocional. Veio para a instituição com o esposo por este necessitar de cuidados e cá permanece. Chorava frequentemente ao se referir às perdas dos familiares e conhecidos. Percebe-se que ainda hoje a perda do pai foi a mais sentida e sofrida, por ter sido repentina, por atropelamento. Entretanto a entrevista foi interrompida, porque já estávamos na hora do almoço. Os idosos

foram dirigindo-se ao refeitório. Acompanhei-a e verificava-se que os lugares já estavam destinados. Para idosos independentes e para os que se mobilizavam em cadeira de rodas. Naquele momento senti-me observada, estava a ser avaliada pelos idosos que não conhecia e a ser cumprimentada pelos que já conhecia. Todos já sabiam o motivo da minha presença.

S3 - 28/janeiro/2013

A terceira entrevista decorreu na sala destinada às mesmas numa das extensões da SCMCB. Como já sabia da minha presença a idosa foi abordada ao pequeno-almoço e já havia sido convidada a fazer parte do estudo e acedeu. Combinámos de nos encontrar na sala de estar. A entrevista decorreu bem, a idosa demonstrava grande dificuldade de mobilização entretanto uma grade vivacidade mental. Refere que a institucionalização foi escolha sua por se sentir só, por ser viúva há 19 anos. Foi uma entrevista frutífera. Inicialmente muito renitente quanto ao tema, mas pareceu-me que se sentiu mais 'leve'. Após a entrevista ajudei-a a regressar aos seus aposentos, onde permanecia entre refeições.

S4 - 28/janeiro/2013

A quarta entrevista também foi efectuada na SCMCB e na sala destinada às mesmas, a senhora já estava à minha espera na sala ao lado, uma pequena capela. Foi logo após o almoço e já tínhamos conversado pela manhã. A idosa foi muito prestativa ao aceder participar da entrevista. Refere que a institucionalização foi sua opção, por incapacidade. Durante a entrevista mostrou-se muito reservada, não se observavam grandes demonstrações de sentimentos e/ou reacções ao referir as perdas passadas. Entretanto foi uma entrevista rica, aparentemente acomodada na sua condição de idosa, institucionalizada e frente às perdas de companheiros da casa. Refere que *"o mais importante já perdeu, e que o resto aguenta-se"*.

S5 - 29/janeiro/2013

A entrevista foi efectuada na sala destinada às entrevistas, refere que institucionalizou-se devido a problemas de saúde. Manteve-se muito calmo durante toda a entrevista, colaborante, apresentando forte labilidade emocional, choro fácil ao lembrar-se dos que faleceram. Muito cooperativo. Quando finalizámos a entrevista perguntei o que pensava sobre a morte em termos gerais. O início do diálogo foi: *"- A morte é isso, eu tenho dois filhos e três netos. O filho casou-se ..."* - passou quase 20 minutos a falar do seu filho, sobre as esposas e apoios que lhe foi dando ao longo da sua vida. Demonstra preocupação com o que deixará cá, porque sente-se como um forte alicerce da sua família, pelo apoio financeiro que sempre lhes prestou.

S6 - 04/março/2013

O idoso foi abordado enquanto tomava o pequeno-almoço, já tem conhecimento do motivo da minha presença e aceitou em participar do estudo hoje. A entrevista decorreu na sala destinada às mesmas, um senhor muito calmo e selecto, com grande optimismo e entusiasmo pela vida. Refere que optou pela institucionalização por estar sozinho e com dificuldades em auto cuidar-se. Esteve muito choroso quando falava do seu companheiro de quarto, referindo um sentimento de culpa por não terem tido uma convivência pacífica. Entretanto ao falecer manteve-se durante a noite ao seu lado, a dar-lhe apoio.

S7 - 05/março/2013

Neste dia fui para outra extensão e tive que ir à procura da sala destinada às entrevistas. Uma sala pequena e aquecida, mas confortável. Entretanto a idosa escolhida para a entrevista não se encontrava em condições de se mobilizar, pelo que a mesma foi feita no seu quarto. Encontra-se sentada num cadeirão, numa camarata de três camas. Apresenta uma aparência calma, sorridente, entretanto uma voz arrastada e triste. Quanto à institucionalização, esta deveu-se à dificuldade de auto cuidar-se e ao marido. Narrando que a instituição *“Não é como nas nossas casas, mas poderia ser pior”*. Por estarmos no seu quarto fomos interrompidas duas vezes pelas funcionárias que queriam efectuar a limpeza e a troca de roupa das camas, mas acederam que a entrevista prosseguisse. Enquanto falávamos manteve-se sempre muito calma, refere que tem pouco contacto com os outros utentes da instituição, pelo que as perdas que ocorreram foram as suas companheiras de quarto e sente-se triste quando pensa nelas. Menciona frequentemente que quer esquecer o que acontece, manteve uma conversa com respostas curtas.

S8 - 06/março/2013

Esta entrevista foi efectuada após uma busca longa pela extensão da SCMCB, muitos dos idosos não se encontravam disponíveis e/ou presentes. A senhora foi abordada no seu quarto e pretendia sair, mas concordou em participar do estudo, porque recentemente teve uma perda familiar. Motivo da institucionalização foi para recuperação após ter *“partido a perna”*. Apresentou-se durante a entrevista calma, com labilidade emocional, com choro forte, principalmente devido ao falecimento da sua sobrinha que trabalhava na instituição e que era a sua responsável. Sentia-se muito apoiada pela mesma, mas mesmo assim, também refere carinho e apoio por parte das funcionárias. Diz que a morte *“É acaba tudo”*. Aparenta ainda uma grande tristeza, mas ficou satisfeita por poder partilhar a sua experiência de vida e refere algum alívio após a entrevista.

S9 - 09/março/2013

A entrevista foi efectuada na sala destinada às mesmas, após o pequeno-almoço. A idosa foi abordada no seu quarto e auxiliada na sua mobilização. Refere que a institucionalização deu-se por vontade própria, o marido já estava na instituição há dois anos, a seguir ao falecimento da sua filha. Ficou assim sem qualquer apoio familiar. Durante a entrevista encontrava-se calma, com humor deprimido. Muito verborreica, chorosa ao referir ao falecimento do seu marido e filha. Foi complicada a nossa conversa, demonstrava intenso sofrimento, não só pelas suas perdas, mas pela sua condição de dependente. Ficou bastante cansada ao responder às Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte, necessitando de um incentivo para a sua continuidade. Posteriormente foi auxiliada a regressar aos seus aposentos, mantivemos uma conversa leve.

S10 - 09/março/2013

Nesta entrevista já tínhamos combinado para a parte da tarde e foi efectuada na sala destinada às mesmas, pelo que teve de deixar a sua esposa na sala de convívio com outros idosos. Motivo que o levou à institucionalização foi devido à sua incapacidade de continuar a cuidar de sua esposa que está totalmente dependente. Durante a entrevista fomos interrompidos uma vez pela visita de sua filha. Este teve uma breve conversa com a mesma e regressámos à entrevista. Encontrava-se muito calmo, muito selecto, com um discurso claro e com palavras caras. Muito calmo, não demonstrando emoções de pesar ao falar das perdas, embora tenha referido que *“Choro através da alma”*. Apresenta uma atitude conformista frente a esta realidade, que faz parte e esta é *“necessária para renovação”*.

S11 - 23/março/2013

A idosa foi convidada a participar do estudo após o pequeno-almoço, já se dirigia ao seu quarto. Ao concordar em participar do estudo dirigimo-nos à sala destinada às entrevistas. Refere que foi institucionalizada por doença, teve um AVC e veio directamente do Hospital para acompanhamento. Foi ao longo da vida mulher muito activa, que trabalhou a ajudar o próximo, refere que foi ‘quase enfermeira’. Durante a entrevista apresentou períodos de choro, também ao lembrar da perda dos seus familiares. Nestas fases o que lhe valia era o trabalho, para manter a sua estabilidade e a sua religião. Mas diz que *“Aqui na casa é totalmente diferente”*, procura esquecer os que vão. Procura não fazer ligações. E finaliza a narrar quanto à morte, que *“A gente não sabe como vai reagir e como é o teto do ser humano reage, é uma incógnita”*.

S12 - 23/março/2013

A entrevista decorreu após o almoço e a idosa foi abordada no seu quarto e concordou em participar do estudo, entretanto mostrou-se renitente em deslocar-se à sala destinada à entrevista. Encontrava-se confortavelmente recostada no seu cadeirão após o almoço e a descansar. Perguntei-lhe se não se importava de fazermos ali a entrevista, visto estarmos sozinhas e também concordou. Ao iniciar a entrevista e explicados os seus objectivos houve uma certa relutância em falar do tema, entretanto disse-me que “*Vamos a isso*”, se fosse para me ajudar a conseguir o que pretendia. Uma idosa com a qual já tinha convivido e que sempre demonstrou grande vivacidade mental, embora com grandes problemas motores, muito culta e calma. A entrevista foi feita numa camarata de três camas e esta frequentemente olhava para a cama de uma antiga companheira que havia falecido há pouco. Uma idosa dependente, que não comunicava, mas que lhe fez companhia na camarata durante muitos anos. Via-se que foi uma perda sentida. Foi uma conversa sobre as questões da morte e ressentiu-se ao responder as Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte, que foi um pouco cansativa.

S13 - 04/abril/2013

Neste dia o idoso foi abordado na sala de estar, onde convivem e onde se encontra a televisão. Foi-lhe pedido a sua colaboração e este concordou em participar do estudo, após explicar os objectivos. A entrevista foi feita na sala destinada à entrevista. O idoso refere que institucionalizou-se devido a problemas de saúde, vindo acompanhado pela sua esposa dependente, entretanto que já falecera na instituição. Durante a nossa conversa houve grandes desvios do tema, pelo que foi necessário retomar a conversa algumas vezes. Apresenta um discurso fluido e necessidade de verbalizar as situações passadas, que o influenciaram no passado. Refere muitas vezes os pais e a esposa. Encontrava-se muito calmo, uma pessoa selecta, com boa disponibilidade. Houve momentos em que se apresentou choroso, principalmente quando falava de sua esposa, pessoa que sempre foi muito doente e dependente dele. Demonstra grande sofrimento pela sua perda, referindo muitas vezes que eram muito amigos. Preencheu ambos os questionários. Após a entrevista ainda conversámos um pouco. Já nos conhecemos e desejou-me sorte com o trabalho.

S14 - 04/abril/2013

A idosa foi interpelada também na mesma sala onde se encontrava o idoso da entrevista anterior. Refere que foi institucionalizada por se encontrar sozinha, sem apoio familiar. A entrevista foi efectuada na sala de apoio à enfermagem do piso onde a idosa reside, devido à sua dificuldade de mobilidade. Manteve-se ao longo da entrevista calma, com grande necessidade de expressar os seus sentimentos. Referiu o que para ela é a morte descrevendo o cortejo fúnebre realizado na sua terra natal. Sempre muito chorosa ao lembrar das suas perdas.

Ao lhe perguntar o que pensava da morte esta narra: *“O que penso, os pobres vão para baixo do chão, os ricos vão também, mas vão numa caixa que é o caixão e há pobres que vão para a terra. Põe uma toalha de lado, na urna, uma toalha aos pés, uma toalha aqui aos ombros, essas toalhas que a gente faz a renda, que é para toda a gente ver. Na minha terra é assim. E a gente tem aquelas toalhas que são dobradas ao meio e têm aquelas pontas que está dobrado por baixo e quando a gente morre que vai no caixão do povo põem-se uma ao meio nas pernas e uma ao meio dos ombros que é para puxar. A gente deita primeiro a parte direita e esta é a última e a gente fica direitos, todos que nem um pinheiro e quem leva o caixão pões uma peça toalha dobrada, mas a pessoa vai para debaixo da terra, mas a toalha vem para o povo. Quer dizer, vem para a família. Aquelas toalhas vão com os lençóis que metem dentro da urna, lavam-se, passam-se e arrecada-se. Quem leva o caixão, vem todo forrado de papel branco, põe um lençol por baixo, um por cima e tampam o caixão e vai para a terra”.*

S15 - 06/abril/2013

A idosa foi convidada a participar do estudo após o pequeno-almoço, já se encontrava instalada na sala de televisão, à conversa com a sua companheira do lado. Concordou prontamente e a entrevista decorreu na sala destinada para a mesma. Refere que institucionalizou-se por se encontrar doente e dependente de cuidados. Durante a nossa conversa foi muito participativa, embora demonstra-se algum cansaço ao preencher os questionários não quis interromper para uma pausa. Durante a entrevista apresentou períodos de choro. As perdas familiares são mais sentidas. Quanto às perdas durante a institucionalização narra: *“Está a gente habituada e dá-se a gente uns com os outros. É a vida, é a vida”.* Uma atitude de conformismo. Após a entrevista ainda conversámos mais um pouco, a idosa diz que *“A vida é mesmo assim, temos que ser humanos, uns para os outros”.*

S16 - 06/abril/2013

A entrevista foi efectuada no quarto da idosa. Esta foi abordada após o almoço e encontrava-se na casa de banho. Conversámos quando saiu e concordou em participar do estudo, entretanto pediu que a entrevista fosse feita no seu quarto. A sala destinada às entrevistas encontra-se no piso superior e custa deslocar-se. O seu quarto é uma camarata com três camas, onde apontou à cama em frente à sua, onde se encontrava uma outra utente que já tinha falecido. Uma utente dependente e que esta ajudava quando tinha hipótese. Conversámos durante algum tempo para desenvolver o tema e os objectivos do estudo, pelo que concordou em participar. Iniciámos a entrevista e a senhora apresentava um discurso rápido e fluido. Chorou algumas vezes ao lembrar-se da perda dos seus pais, que se verificou serem as mais sentidas. Uma idosa muito bem-disposta, que após a entrevista concordou em participar em outras caso fosse necessário.

S17 - 08/abril/2013

A idosa foi interpelada após o pequeno-almoço. Concordou em participar do estudo porque outras idosas já o fizeram. Idosa comunicativa e bem-disposta, encontra-se preocupada porque terá de sair para resolver 'problemas'. Refere ter sido institucionalizada por encontrar sozinha e solitária. A entrevista foi efectuada na sala destinada às entrevistas, não se prolongou muito, embora concordasse participar do estudo apresentou respostas muito curtas e evasivas, entretanto acabámos por preencher todos os questionários. Após o término da entrevista esta encaminhou-se à saída da instituição, tinha que resolver os seus problemas. Referiu-me que habitualmente sai pela manhã para tomar 'um cafezito'. Deduzi que talvez tenha sido um dos motivos da sua atitude evasiva, estava a comprometer-lhe as rotinas.

S18 - 08/abril/2013

O idoso, quando cheguei pela manhã à instituição encontrava-se já no seu quarto. Fui à sua procura e este concordou em participar da entrevista. Esta foi realizada no quarto do idoso para sua comodidade, encontrava-se a fazer as contas das suas despesas. O quarto é individual, com uma cama e guarda-fatos e uma escrivaninha. O idoso encontrava-se calmo, muito comunicativo, fala lenta, boa disposição durante a entrevista. Aparenta jovialidade, vestido com cores claras e muito afável, sempre com um sorriso posto. A entrevista decorreu de forma bastante satisfatória e o idoso preencheu ambos os questionários. Não se expressou durante o preenchimento dos mesmos. Após a entrevista ainda ficámos a conversar sobre a sua família, os seus sobrinhos que o apoiaram quando ficou viúvo. Essa foi o principal motivo da sua institucionalização, estar só e não ser capaz de se auto cuidar.

S19 - 12/abril/2013

A entrevista foi realizada na sala destinada para esse fim, refere que institucionalizou-se por se encontrar sozinha. Ao início da entrevista fomos interrompidas por uma estagiária do serviço social, que foi à procura do seu material para entretenimento dos idosos. A interrupção foi passageira. A idosa apresentava-se muito simpática, ansiosa porque tinha afazeres fora da instituição. Entretanto à medida que a entrevista avançava mais falava dos acontecimentos passados, havendo uma certa necessidade de se redireccionar a entrevista. A entrevista decorreu muito fluida, ainda mais quando se apercebeu que estivemos ambas no mesmo país. Falou imenso tempo do que foi a vida e o que deixou. Uma grande perda e uma grande mudança de vida.

S20 - 15/abril/2013

A idosa encontrava-se sentada na sala de estar com as suas companheiras, concordou em participar do estudo. Nós já tínhamos conversado anteriormente. A entrevista deu-se na sala destinada às mesmas. A entrevista decorreu dentro da normalidade, reviveu as suas perdas com demonstrações de choro, principalmente pelos pais e marido. Ao término da entrevista ainda conversámos um pouco, estava preocupada por ter de sair. Entretanto disse que *“ainda ia a tempo”*.

S21 - 15/abril/2013

A entrevista realizou-se no quarto da utente, para a sua comodidade e por dificuldade em locomover-se. Encontrava-se na hora do descanso após o pequeno-almoço. Está sentada num sofá no seu quarto e encontra-se de luto, veste roupas escuras. Bem-disposta, fala lenta e pensamento fluido. Como a entrevista foi realizada no quarto, tivemos a interrupção da colega de quarto que veio guardar algo na sua mesa-de-cabeceira e das funcionárias que vinham arrumar as camas. Estas concordaram aguardar para desempenhar tal tarefa. A idosa apresentava uma postura calma, conformada com as patologias que diminuem a sua autonomia. Aguarda pacientemente as pequenas melhoras. Mantém uma atitude positiva, frente às dificuldades. Assume as suas limitações, como fazendo parte da vida. Demonstra grande sofrimento e confia no seu cuidador, agradece os cuidados que recebe.

S22- 23/abril/2013

A entrevista foi efectuada no quarto da idosa, isto porque encontra-se numa das construções externas ao edifício principal, ao fundo da 'Quinta'. A idosa encontrava-se no seu quarto, deitada a seguir à hora do almoço. Venho interromper a sua sesta, entretanto concorda em participar do estudo. O seu quarto é duplo, onde observamos vários dos seus objectos pessoais espalhados pelo quarto. Parece muito religiosa, vemos uma bíblia e tem o terço à sua cabeceira. Iniciámos a entrevista e foi um tanto complicada, principalmente o preenchimento das Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte, foi de difícil compreensão. Diz-me, *“Menina, está a puxar muito. Isso já não é para mim”*. Entretanto, entre conversas acerca da sua família e preocupações, conseguimos completar o preenchimento dos instrumentos. Apresenta um comportamento depressivo, ao referir-me à morte, esta responde-me: *“Da morte, penso muita vez na morte e tomara-me lá já”*. Deixo-a cansada, mas refere ter gostado de conversar comigo, apresentou por diversas vezes choro fácil ao referir-se à perda dos seus familiares.

S23 - 23/abril/2013

A entrevista decorreu no quarto da idosa, tem dificuldades de deambulação. Estava a lanchar e concordou ser entrevistada enquanto comia. Iniciámos a conversa com os objectivos, uma senhora culta e demonstrou uma aparente calma, nos seus modos e maneiras de falar. Respostas curtas e fala de modo lento. Encontra-se limitada ao seu quarto, pelo que refere não ter grandes envolvimento com os restantes utentes a não ser as companheiras de quarto. Durante a entrevista apresentou períodos de choro ao referir-se aos seus pais. Ao acabar a entrevista ficámos um pouco à conversa, já nos conhecemos, já esteve sob o meu cuidado. Embora não estivesse com grande entusiasmo para falar deste tema, concordou e refere ter-se sentido bem por ter conversado comigo.

S24 - 23/abril/2013

O local da entrevista foi o quarto do idoso, a pedido do mesmo, por dificuldade de se deslocar à sala destinada para as entrevistas. Estivemos à conversa durante algum tempo antes do início propriamente da entrevista. O idoso passou por diversas experiências de vida que o levaram quase à morte, ficando ligado a 'máquinas', entretanto recuperou e agradece ao divino por isso. Aceita a morte como algo natural e já escapou dela. A entrevista decorreu de forma rápida, conseguiu responder aos questionários, entretanto pediu ajuda para o seu preenchimento, por não ver bem. Após a entrevista deixei o idoso no seu quarto a descansar, estávamos quase na hora do lanche.

S25 - 26/abril/2013

O local da entrevista foi o quarto do idoso, a pedido do mesmo, por dificuldade de se deslocar à sala destinada para as entrevistas. O quarto em que o Sr. se encontra é composto por duas camas e móveis. A disposição dos objectos pessoais é menos acentuada do que nas mulheres, vê-se pouca coisa, roupas, livros e pequenos ornamentos. Refere ter-se institucionalizado com a esposa por incapacidade de se auto cuidar, entretanto veio a falecer. O idoso apresenta-se como uma pessoa muito afável, comunicativa e deambula com apoio de canadianas. Ao início da entrevista chamou o seu companheiro de quarto para estar presente. Embora tenha-lhe explicado que a entrevista deveria preferivelmente ser privada, ele pediu-me para que o colega estivesse presente. Já eram conhecidos antes da institucionalização e mantinham uma relação estreita, porque ambos perderam as esposas e partilhavam conversas sobre as suas perdas. Entretanto o companheiro apresentou acessos de tosse, sendo-lhe solicitado a sua saída e que fosse beber um pouco de água. Um idoso muito colaborante e espirituoso. Franco ao falar e muito sensível ao lembrar do falecimento da esposa. Ao término da entrevista pedi-lhe para deixar-me com o seu companheiro, pois seria o próximo a ser entrevistado.

S26 - 26/abril/2013

Esta entrevista foi subsequente à anterior, pelo que foi efectuada no seu quarto para comodidade do idoso. Iniciámos a entrevista, como já tinha ouvido as instruções acerca do estudo, praticamente não nos demorámos nas formalidades. Concordou em participar do estudo prontamente. Durante a entrevista recebeu uma ligação do seu filho, que pretendia levar-lhe à terra. Procurou manter a conversa breve. Foi muito colaborante, mas demonstrou um aparente afastamento dos colegas no local onde se encontra. Apresenta sinais de humor deprimido, inconformado com o falecimento da esposa. Após o término das entrevistas juntámos os colegas de quarto e nos despedimos. Deixo-os à conversa que reaviva o pensamento nas perdas pessoais.

S27 - 26/abril/2013

A entrevista também foi efectuada no seu quarto, a seu pedido, devido às dificuldades de mobilização. O quarto é individual, observa-se tudo arrumado e uma mesa onde encontram-se apontamentos e livros. Gosta muito de ouvir rádio. Foi institucionalizado juntamente com a sua esposa, entretanto esta já falecera. O idoso apresentou-se colaborador e calmo enquanto respondia às questões. Aparente contradição entre querer morrer e continuar a sobreviver por causa da sua família. Refere-me que: *“Até já podia ser agora, que eu já não ando cá a fazer nada. Mas ainda me custa a ir, porque tenho uma filha e os meus netos. E para eles também era um problema se eu faltasse”*. Deixo-o no seu quarto um pouco triste devido às suas lembranças, entretanto refere que foi bom termos conversado.

S28 - 26/abril/2013

A entrevista foi efectuada no quarto do idoso porque já estávamos próximos da hora do almoço e este preferiu assim. O quarto era o que partilhava com a esposa que faleceu, agora tinha um novo companheiro, mais idoso que este. O idoso encontrava-se de luto, deambulava normalmente, falava rapidamente e expressava-se através de muitos gestos. A meio da entrevista tive de fechar a janela do quarto, porque ouvia-se muito o tráfego da rua. E também demos conta que o companheiro de quarto encontrava-se a um canto escuro sentado. É um idoso mais velho e com diminuição da acuidade auditiva e só demos conta porque levantou-se para sair do quarto. O idoso foi colaborante, demonstrou necessidade de falar da perda do seu afilhado, que criou desde pequeno, irmão da sua esposa. Foi uma morte repentina e dramática. Ainda refere o episódio com grande amargura e choro.

S29 - 04/maio/2013

A entrevista foi efectuada no quarto da idosa, por dificuldade de mobilização e para sua comodidade. Encontra-se num quarto individual, com televisão e está sentada numa poltrona, confortavelmente. Não anda sozinha. É uma idosa muito pequenita, magra, com ‘olhar sofrido’, apresentava-se muito ansiosa. Pedimos para participar do estudo, entretanto pediu-me para lhe fazer um favor ao final. Aparentemente não parecia estar lúcida, entretanto respondeu prontamente às questões, sendo mínima a necessidade de lhe explicar algum item dos questionários. Ao final da entrevista encontrava-se ansiosa quanto às suas economias, por não fazer a gestão das mesmas. Solicitou-me que procura-se ajuda e que mandasse alguém falar com ela sobre isso. Apresentava uma atitude conformista perante a sua condição actual e institucionalização, entretanto muito ansiosa e inconformada por não ter o controlo das suas economias. Prometi-lhe que falaria com a Diretora Técnica responsável, e foi o que fiz, transmitindo meramente as suas angústias.

R1 - 08/maio/2013

Foi o primeiro dia na segunda instituição seleccionada para o estudo. Pediram-me para cá estar a partir das 10 horas, hora mais indica após os cuidados iniciais do dia aos idosos e a alimentação. Quando cheguei contactei com ambas as técnicas da instituição e fui encaminhada à sala principal, onde já se encontravam vários dos idosos mais independentes. A estes foi-lhes explicada o objectivo da minha visita. Nesse momento observei que nem todos os idosos estariam predispostos a participar do estudo. É sempre uma coisa complicada falar-se a morte.

Fui apresentada ao idoso a ser entrevistado, este encontrava-se na sala destinada para as entrevistas. Nesta sala os idosos desenvolvem actividades lúdicas, há um computador, alguns sofás e cadeirões. Temos ao centro uma mesa. O idoso pintava.

Este acedeu participar do estudo com alguma relutância, entretanto após explicar-lhe os objectivos acabou por aceder. Ao iniciarmos a entrevista não pareceu muito comunicativo, pediu-me que lesse o instrumento. Continuava a pintar. Esta é a sua actividade preferida, aponta para outro quadro na parede também de sua autoria. Entretanto durante a entrevista sentiu-se que o idoso necessitava falar. Alongou-se nos seus diálogos, apresentou períodos de choro ao referir-se à mãe, a sua mãe também faleceu numa instituição. E indiferença ao referir-se da perda dos companheiros de instituição, porque não os conhece. Entretanto ao responder às Escalas Breves sobre Diversas Perspectivas da Morte, diz “Indiferente nunca se fica, portanto, nós sentimos sempre a morte dos outros”. O motivo de sua institucionalização foi a necessidade de apoio no cuidado à sua esposa dependente. Refere frequentemente que não está na instituição, “Não sou da casa”. Foi muito participativo e ao término da entrevista estivemos a conversar sobre as suas p na pintura e o que neste momento lhe trás alegria, a sua família.

R2 - 08/maio/2013

O idoso foi abordado para a entrevista na sala de estar, onde se encontrava à conversa com outros idosos, após o pequeno-almoço. Concordou prontamente em participar do estudo, referindo que não escrevia nada. Fomos ter à sala destinada às entrevistas e iniciámos o seu relato. Idosos muito expressivo e aparentemente 'de bem com a vida', aceitando as suas limitações e idade. Embora refira que não que aceita a morte e que não necessidade de apoio quando alguém falece, ao narrar que "(...) não os vejo. Vão-se embora, vão-se embora". A entrevista poderia ter-se alongado mais, porque ao iniciarmos o assunto o idoso não se sentia confortável, entretanto à medida que conversávamos e respondia à entrevista e questionários, tornou-se muito expressivo. Despedimo-nos e acompanhei-o ao refeitório, hora do almoço.

R3 - 09/maio/2013

A idosa encontrava-se já na sala de estar, instalada entre outras duas idosas, já a dormir. Quando lhe convidei a participar do estudo disse-me: "Oh menina, que coisa mais feia para se falar!". Entretanto concordou e tivemos uma excelente conversa. O seu motivo de institucionalização foi devido à incapacidade de se auto cuidar e não aparenta boa adaptabilidade quanto à institucionalização. Muito alegre e expressiva. Muito religiosa, remete o seu direito ao 'Céu' por participar da missa. Demonstrou pesar pela perda de alguns companheiros de lar, principalmente idosas com quem convivia. Ao término da entrevista acompanhei-a ao salão, apresenta alguma dificuldade de mobilidade.

R4 - 09/maio/2013

A entrevista foi efectuada na sala destinada às mesmas. O idoso veste-se com cores escuras e mobiliza-se com apoio de cadeira de rodas. Magrito e muito vivo, um sorriso sempre posto. Encontrei-o a passear pelo corredor a empurrar a sua cadeira. Concordou em participar do estudo. Durante a entrevista apresentou-se muito espirituoso, demonstra grande vivência. Este idoso após a entrevista disse-me que ainda teria muito o que falar. Porque, "*as pessoas aqui da terra pensam de uma maneira e nós que saímos e andámos pelo mundo temos outra visão*". Demonstrou uma percepção da vida muito profunda, aceitando o seu destino de regresso ao seu ambiente de infância e a institucionalização. Há minha saída falámos da hipótese de termos outras conversas mais aprofundadas, ele fez-me prometer que voltaria.

R5 - 10/maio/2013

A entrevista foi efectuada na sala destinada às mesmas. A idosa foi interpelada na sala de estar, já se encontrava instalada ao pé de suas companheiras. Conversámos e demonstrou grande aceitação e conformismo pelas suas limitações e perante a morte. Esta é natural para ela. Muito jovial, respondeu às questões sem grandes necessidades de explicações. Acabámos a conversa e já estava pronta para ir conversar com as suas companheiras.

R6 - 10/maio/2013

A entrevista foi efectuada na sala destinada às mesmas. A idosa encontra-se de luto pelo seu marido. É uma senhora muito expressiva e sorridente. Concordou em participar do estudo. Entretanto teve algumas dificuldades nos questionários e foi auxiliada. Apresenta uma ideia conformista relativamente à morte, narra: *“Penso que, pronto que é o nosso destino que chegar á altura é a morte”*. Ao falar dela não se observa grandes sinais de tristeza, as perdas mais importantes já aconteceram.

Notas de Campo na Recolha de Dados da Escala da Morte

ESCALAS BREVES SOBRE DIVERSAS PERSPECTIVAS DA MORTE

A morte é:	
1.1	<p>O último momento de agonia</p> <p>S2 “É o último momento de agonia, porque se a pessoa faleceu, pois não pensa mais na morte. Eu não estou em desacordo com a morte, porque todos nós caminhamos para a morte. Ninguém quer a morte de facto, mas não posso estar em desacordo, porque nós caminhamos para a morte. Por uma parte é o último momento de agonia, porque não sei o que se passa lá em cima. Para quem fica não, mas para o que parte sim”.</p> <p>S3 “Deve ser doloroso, não sei. Uns morrem sem dar por isso, esses não devem ter. Por exemplo o meu marido, mal eu lá cheguei ,ele já estava negrinho. Com certeza que nem sentiu a morte. Coitadinho. Não estou de acordo que a gente sofra, Nosso senhor que me dê uma morte mais, que a gente morra sem dar conta”.</p> <p>S10 “Enquanto à vida há esperança. Quando a pessoa está agónica, quando é que deixa de o estar?.Ainda há bocadinho li numa revista, quem um membro da família holandesa, salvo erro, sofreu um acidente e está há seis meses a viver à custa da máquina. Desligam a máquina e morrerá. E lá está o dilema da família. Que aquilo não pode estar mais do que seis meses e esses seis meses acho que estão a chegar e a família tem de decidir. Lá está o dilema”.</p> <p>S14 “Quando morre um e deixa filhos, é uma mágoa muito grande”.</p> <p>S21 “Deve ser um pouco de agonia, porque aqueles... É o que eu digo, gostava de deitar assim bem e já não acordar. Que a gente nem sentia a morte, não é? Estar a gente a sofrer e ver sofrer as pessoas. Isso é que deve ser um sofrimento muito na morte”.</p> <p>S24 “Não, não é agonia, acabou a vida”.</p>
1.2	<p>O fim de um tempo de isolamento</p> <p>S1 “Isolamento é a pessoa viver sozinha. Isolada, na solidão”. “Para mim foi. Vivi dois anos em Évora ainda, isolada sozinha. Chorava todos os dias. Não pode ser o fim do isolamento, para mim é o começo. Foi o começo”.</p> <p>S2 “O meu marido nunca esteve isolado, eu fiz-lhe sempre companhia. Eu nunca o deixei sozinho. Isolado é sozinho, não é verdade?. É para o que morre. Eu não estou isolada! Eu estou acompanhada!”.</p> <p>S3 “Nunca mais, eu creio que há uma vida além desta. Eu creio que a gente tem um fim além deste, outra vida para dar conta do bem e do mal que cá fizemos. Como dizem as obras da Misericórdia”.</p> <p>S9 “Agora já tá assim mais, mas tenho chorado muito, tenho lembrado muito”.</p> <p>S10 “Não concordo, porque as pessoas não estão isoladas. O homem não vive isolado”.</p> <p>S15 “Eu não estou isolada. Estou melhor aqui do que se estivesse em casa”.</p> <p>S17 “A pessoa desaparece e pronto e se gostamos dessa pessoa e ela nunca desaparece”.</p> <p>S26 “O tempo de isolamento é todo, enquanto a gente cá ande. Em morrendo acaba tudo”.</p>
1.3	<p>A última miséria</p> <p>R2 “Às vezes, às vezes é até uma glória”.</p> <p>S1 “Para mim foi, para mim é tudo arrebatador. As pessoas dizem, “Tem tanta roupa”, mas é tudo na linha do branco do preto, em Maio fazem 20 anos que sou viúva e sinto-me bem assim. Portanto não esqueci, ainda”.</p> <p>S2 “Eu não sei para onde é que vai a alma da pessoa!”.</p> <p>S3 “Pois, se eu tenho medo, acho que é uma miséria, não havia de haver morte. Devíamos cá passar toda a vida, comíamos-nos uns aos outros”.</p> <p>S5 “Não sei se é a última miséria ou um bem para a pessoa que sofre demais. É o bem quando aparece quando a pessoa já não pode suportar as dores e está incapaz de tudo. Não é a última miséria, a morte pode ser até um bem”.</p> <p>S8 “Às vezes, há pessoas, mais valia a morte do que a vida. Como a minha sobrinha que não podia falar, não podia escrever, não podia nada. Ela, tenho a certeza que pediu mais vezes a morte. Lembra-me tanto ...”.</p> <p>S10 “Não concordo, por há pessoas que morrem no auge de sua vida instantaneamente. Eu tive um sobrinho que morreu a dançar. Estava a dançar num casamento e caiu, uma paragem cardíaca fulminante”.</p> <p>S11 “Acaba-se o sofrimento e é um alívio para a alma”.</p> <p>S12 “Será a última miséria?, a gente depois da morte não tem nada”.</p> <p>S14 “A morte nunca havia de vir”.</p> <p>S15 “Miséria não, se estivermos bem com Deus, vamos para Deus”.</p>
1.4	<p>O destino de cair na berma da estrada</p> <p>S2 “O meu pai de manhã ainda se levantava e ia ver a propriedade, um bocado longe. Na estrada haviam carros, não como há agora. Quando vinha para cá, um carro a ultrapassar outro apanhou-o e matou-o.Eu digo isso porque será esse o sentido de cair na berma da estrada? Porque o meu pai caiu. Seria o destino dele, cair na berma da estrada? Pois foi o destino!”.</p> <p>S15 “Sim, porque a morte anda com a gente. Se Deus quisesse já aqui ficava”.</p>
1.5	<p>A última angústia e tormento</p> <p>R2 “É tão feia a morte e a gente não vê”.</p> <p>S2 “Sim, é a última angústia, porque acaba ali a vida. Não há mais angústias para aquela pessoa”.</p> <p>S14 “A gente era para não morrer, desculpe dizer isto, não achava jeito de ele morrer e ressuscitar ao fim de três dias e nós não. Devia ser para toda a vida”.</p>

1.6	Uma experiência de solidão no momento da morte
	<p>S2 “O meu marido faleceu no hospital, será que ele estava sozinho? Será que ele estava pensar na morte? Estava a pensar que já não me via mais? Já não via filhos?”.</p> <p>S3 “Estou de acordo, é uma solidão para os que estão e pró que vai”.</p> <p>S5 “A solidão pode ser um bocadito, mas a solidão também faz com que a morte venha”.</p> <p>S9 “No momento e ainda depois da morte, é um momento muito triste. Nós tínhamos uma sepultura no cemitério, que era para quem morresse primeiro, mas foi para lá a minha filha e a gora ele ficou noutra sepultura. Por acaso ficou numa sepultura de que eu gostei muito. Era a sepultura do meu pai. O meu pai estava lá naquela sepultura e eu sabia e ia lá às vezes, um jazigo grande e era da Casa Fonseca da nossa terra. E ele faleceu e levamos lá para a terra, nós temos lá uma capela, onde botem as pessoas e onde têm para as pessoas descansarem e às vezes vão lá comer umas pessoas e assim têm e tá assim, e tem uma casa de banho. Não havia tempo de tratarem das coisas, só trataram no outro dia. Foi numa quinta-feira e na sexta de manhã, eu fui lá de manhã naquela capelinha. Quando lá fui um senhor da agência funerária disse assim: - Ouça lá você messe tem alguma campa assim, coisa destinada que você lá goste para levar o seu marido? - eu disse, - Ó Aníbal, ele chama-se Aníbal, está uma ao cima, um jazigo da Casa Fonseca, que eu desconfio que foi para lá o meu pai. A D. Ascensão, era uma velhinha foi primeiro e depois o meu pai e deve estar por além. E foi assim, eu o meu neto entramos num carro e fomos à junta buscar a chaves do cemitério para abrir a porta. Eu disse: - Deve ser aqui e o teu avô deve estar aqui e depois íamos embora e depois fomos dizer se aquelas campas estavam ocupadas e não havia lá ninguém e podíamos adquirir uma daquelas. O meu marido para lá foi, mas estamos a fazer conta de que depois de um determinado tempo se possa levantar e juntarmos à minha filha”.</p>
2.1	A entrada num local de total satisfação
	<p>S1 “Não, não está bem empregue. Satisfação? Depois de ficar viúva?”.</p> <p>S3 “Se estiver bem com Deus será uma satisfação, se estiver mal irá para o inferno. Isso é conforme o juízo final determinar”.</p> <p>S4 “Isso é uma incógnita, não sei. Ainda nunca lá fui, até hoje”.</p> <p>S6 “Se tivessem essa graça, ele/ela...”.</p> <p>S7 “Onde esteja melhor, ninguém sabe onde vamos, a gente não sabe”.</p> <p>S10 “Se a pessoa é crente, pode pensar que vai para o Céu”.</p> <p>S11 “Em certas circunstâncias são, acaba-se o sofrimento”.</p> <p>S15 “Se formos para o Céu, se deus lá nos quiser”.</p>
2.2	Um limpar e renascer de si mesmo
	<p>S1 “Não. É claro que com o tempo uma pessoa, costuma-se dizer, que a ferida vai sarando, mas não esquece”.</p> <p>S10 “Renascer, é aí que está, continuamos a viver nos corpos dos nossos descendentes”.</p> <p>S14 “Sim concordo, em que nós morreremos e Nosso Senhor ressuscita e nós não”.</p> <p>S15 “Acho, se eu for bem formada. Se eu aqui me portar bem, se eu for uma boa utente, que aqui tarte toda a gente bem, não tenho medo de morrer”.</p>
2.3	A própria ressurreição e recompensa
	<p>R2 “É isso, é, é para isso que eu vou à missa”.</p> <p>S2 “Nós todos ficamos tristes quando vimos partir os outros, como pode ser uma ressurreição e recompensa? Talvez seja uma recompensa por aquilo que se passa cá aqui neste mundo, não sei, é capaz de ser. Pelo menos aqui acabou-se. O que depois se passa não sei. Recompensa de quê, dos tempos que passámos cá? Dos bons, dos tristes, alegres? É uma recompensa, sim, porque passámos por tudo aquilo e a morte é uma recompensa”.</p> <p>S3 “Se é que haverá Ressurreição!”.</p> <p>S5 “Muitas, é de total consequências, acaba tudo”.</p> <p>S14 “Não recompensa nada, Deus vive e nós não”.</p>
2.4	União com Deus e eterna ventura
	<p>S2 “Deus queira que sim, que a alma vá para cima! Que descanse o eterno descanso. Deus queira que seja a união com Deus!”.</p> <p>S9 “Todos os dias eu rezo pelos meus doentes todos e o meu marido agora é em especial. É à parte, o meu marido e a minha filha. Rezo por todas as almas as que estão no purgatório”.</p> <p>S14 “A nossa alma não vai para baixo do chão, a nossa alma vai para o céu”.</p> <p>S19 “Sem Deus o que seria?”</p>
2.5	Oportunidade de deixar esta vida em troca de outra melhor
	<p>S2 “Não sei. Não sei se vou para outra melhor. Não sei se lá em cima é melhor”.</p> <p>S4 “Penso que sim, penso que terei uma vida melhor. Tenho sido tão infeliz”.</p> <p>S7 “Pois, vamos ver se é ou não. Eu acho que deve haver qualquer recompensa do que cá fizeram, não sei”.</p> <p>S8 “Se tiver o Céu eterno!”.</p> <p>S9 “Outra melhor? Não pode ser, a morte não deve ser melhor. O meu marido estava a sofrer tanto e diziam assim, - Fez Deus uma esmola. - e então eu dizia que sim, foi Deus que lhe fez uma esmola, da maneira como ele estava e um homem que trabalhava e fazia tudo e ver-se assim naquela miséria. Ninguém vai bem, dizem que vêm cá dizer, mas ninguém volta a dizer que está lá bem”.</p> <p>S11 “Pelo menos é essa a esperança. É o raciocínio moral”.</p> <p>S21 “Isso não sabe a gente. Porque a gente não sabe se a gente vai para melhor ou para pior. Isso acontece às escondidas. Quem para lá foi não veio cá a dizer”.</p> <p>S26 “Concordo, mas quem para lá vai não diz. Mas concordo”.</p>
2.6	A porta de entrada no céu e na felicidade plena

	<p>S3 “A morte é que nos levará”.</p> <p>S9 “Se a pessoa merecer o céu”.</p> <p>S14 “A gente morre e desaparece e no céu a gente aparece. Deus morreu para nós morrermos, senão comíamos uns aos outros”.</p> <p>S21 “Isso também não sei, dizem quem tem boas condições, que faz boas acções, que graças a Deus, as faço boas. O que quero para mim também desejo para as outras pessoas, mas também não sei, se vou para o Céu, se vou para outro sítio qualquer. Não é? É coisas que eu não sei”.</p> <p>S23 “A porta do Céu está trancada para mim”.</p> <p>S26 “Diziam os antigos, que o São Pedro que está lá no Céu é que abre a porta para a gente. A gente tem um corpo e um espírito. O nosso corpo vai para debaixo da terra, mas a nossa alma vai para o destino que Deus lhe der. É o destino que Deus nos der”.</p>
3.1	Pouco importante tendo em conta tudo o resto
	<p>S2 “A morte tem importância para tudo o que fica, sim senhora!”.</p> <p>S8 “Eu discordo, a gente não podia morrer, mas não pode ser”.</p> <p>S14 “É importante, porque a gente tem pena de quem abala”.</p> <p>S21 “Isso é pouco importante, mas para quem está a sofrer, a gente cá sofre muito. Dizem cá muita vez, não sei se faço pecado, ou se não - deseja já a morte - mas já estou mal, mas não sei se vou para pior ou se vou para melhor, essa é que é a história”.</p>
3.2	De poucas consequências
	<p>S2 “Conforme, às vezes é de poucas, outras vezes é de muitas. O meu marido ficou doente e ficou diferente, mas estava a pensar, porque me disse: - Porque não fazemos as partilhas para os nossos filhos? - Já tinha tido o AVC e nós fizemos”.</p> <p>S3 “Pois, é estender o pernil, como dizem lá na minha terra e vai. Não é boas essas mortes assim, as pessoas ficam abaladas. Não é bom sofrerem muito, mas também assim mortes de repente, também custa muito”.</p> <p>S11 “A morte é e não é, os que ficam sofrem muito”.</p> <p>S12 “Às vezes a morte só trás arrelias, para as famílias, as partilhas e tudo”.</p> <p>S21 “Consequências não sei. Mas mágoas, deixa muitas, e se a gente soubesse que a pessoa ia para um sítio bom, já ficávamos mais descansados. Agora saber isso é que não se sabe”.</p>
3.3	Algo a que devemos ficar indiferentes e esquecer
	<p>R1 “Indiferente nunca se fica, portanto, nós sentimos sempre a morte dos outros. Em morrendo já a gente está no outro mundo e não temos nada a ver com este”.</p> <p>S2 “Não concordo, não esqueci, principalmente dos meus pais, dessas pessoas, da minha família. Os entes queridos, que seriam os meus pais e o meu marido”.</p> <p>S3 “Devemos fazer por esquecer”.</p> <p>S4 “Impossível esquecer. Eu não consigo esquecer, nunca”.</p> <p>S6 “Podemos ficar indiferentes, mas não vamos esquecer”.</p> <p>S7 “Esquecer, esquecer nunca. Acho que não”.</p> <p>S8 “A gente devia de esquecer a morte, mas ela vem”.</p> <p>S8 “A gente tem que pensar na morte, porque um dia para lá iremos. Não podemos esquecer, porque temos isso na alma”.</p> <p>S11 “A morte deixa sempre uma lembrança, com o passar do tempo vai atenuado”.</p> <p>S12 “A gente nunca esquece. Agente nunca esquece a ideia dos nossos e mais alguém”.</p> <p>S15 “Somos obrigados a esquecer que temos de morrer. Disse bem”.</p> <p>S19 “Não, não, nunca esquece. A gente só esquece quando entrar no caixão”.</p> <p>S23 “Eu acho que sim. Comigo não é assim, eu não esqueço. Mas eu acho que sim, porque não há nada a fazer”.</p>
3.4	Nem temida nem bem-vinda
	<p>R1 “Depende do momento, neste momento, se eu soubesse que ela vinha e como estou agora. Com raciocínio, com o mínimo de saúde, que eu também tenho os meus achaques que são suportáveis”.</p> <p>S1 “Temida é, mas bem-vinda não”. “Temida é, uma pessoa tá sempre receosa”.</p> <p>S2 “Não tenho medo, mas também não gostamos dela”.</p> <p>S5 “Enquanto não houver saúde, é bem-vinda, quando houver saúde não é bem-vinda”.</p> <p>S7 “Deve ser temida, porque ninguém sabe para onde vai e nem o que vai fazer”.</p> <p>S9 “Não é bem-vinda, mas quando Deus vem...”.</p> <p>S14 “Não tenho medo da morte, mas o pobre leva com a terra na cara o rico leva o caixão. Mas hoje já todos levam caixão”.</p> <p>S26 “Eu não tenho medo da morte. Sei que morro e em ela vindo entrego-me a Deus”.</p>
3.5	Coisa indiferente de uma forma ou de outra
	<p>S2 “Não podemos estar indiferentes, porque ela vem e leva os nossos entes queridos. Não esquecem, não vemos a figura, mas pronto. Eu não esquece daqueles que já partiram. Para mim não é indiferente”.</p> <p>S04 “Temos de encarar, é um facto que tem de acontecer”.</p>
4.1	A maior das incertezas
	<p>R04 “Não concordo, porque ela é certa, desde que agente deu o primeiro berro á saída da barriga da nossa mãe. Ela tava certa”.</p> <p>S01 “É uma grande incerteza. Nós nunca sabemos. A morte quando vem é uma coisa inesperada. A gente não tá à espera. Pelo menos o meu caso foi assim, quando vieram dizer”.</p> <p>S07 “Acho que sim, ninguém sabe o que é a morte”.</p> <p>S25 “A morte é isso, ela quando vem, leva o pobre, leva o rico, tanto faz as pessoas terem muito, como terem</p>

	pouco. É chegar ali agarrar e levarem-na”.
4.2	O maior dos mistérios
4.3	O fim do conhecimento e o princípio do desconhecido
4.4	Algo sobre que devemos dizer “não sei” R1 “Ah!, pois não sei. O que si é que se morre, no dia que temos destinado”. S11 “Não sei, por que é sempre desconhecida”. S25 “Ninguém sabe da morte e nem da vida”.
4.5	Um ponto de interrogação S6 “Não é... mas é, porque todos pensamos que sabemos e não sabemos nada”. S14 “A morte dói, mas nunca passei por isso, mas a de um filho deve ser pior”.
4.6	A maior ambiguidade entre as complexidades da vida S25 “Eu acho que a morte é sempre boa, há aí pessoas que andam a sofrer. A morte é uma limpeza”.
5.1	Deixar os que dependem de nós sujeitos às dificuldades da vida S15 “Isso é o que eu choro, é muito triste”.
5.2	Abandonar aqueles que amamos S4 “Abandono fisicamente, mas a alma deles fica connosco. Isso é as pessoas que esquecem completamente, eu não, não esqueço”. S10 “Não concordo, porque nós não os abandonamos, é superior às nossas forças”.
5.3	Razão para se sentir culpado por não poder continuar a ajudar a família
5.4	Razão para se sentir culpado S5 “Não, a gente pode morrer sem ter culpa nenhuma, é um desastre”. S15 “Sinto-me feliz pelo que já ajudei a minha família”.
5.5	Deixar a família entregue à sua sorte S4 “Se a pessoa está no seu juízo perfeito, e pensar que deixa a sua família. O que se pode fazer numa situação dessa, custa muito, mas o que se vai fazer?”.
6.1	Uma oportunidade para provar que lutámos por algo na vida
6.2	Uma ocasião para mostrar como podemos enfrentar o último teste da vida S4 “Só se estivermos no nosso juízo perfeito é que podemos fazer esse teste”. S7 “Depois da morte já não há vida ...”. S25 “A morte é uma defesa, a gente anda até ser capaz, quando o tempo não é capaz, já tá tudo ...”. S26 “Todos temos que enfrentar este último teste, é normal”.
6.3	Um grande momento da verdade para si mesmo S4 “Não há remédio em dizer que sim”. S9 “O último teste da vida é enfrentar o que Deus nos enviar”.
6.4	Uma oportunidade para uma grande realização
6.5	Um tempo para recusar a humilhação ou a derrota R4 “Eu não recorda nada, mas nós, quando chega essa altura já não se tem raciocínio nem para uma coisa, em outra”.
6.6	Um teste ao compromisso em relação aos valores pessoais da vida S5 “Totalmente, quem é crente tem de acreditar”.
7.1	Um acontecimento que impede a realização do potencial pessoal
7.2	O fim das nossas esperanças

	S9 “Costuma-se dizer que a esperança é a última a morrer, a gente tem esperança”.
7.3	O falhanço pessoal na procura do sentido de vida
	S8 “Perdemos a vida, perdemos tudo”.
7.4	A destruição da última oportunidade de plena realização
	R1 “Eu como digo, já não tenho mais nada para realizar, não ser manter o que está, o que está”. S3 “Pois a morte é a destruição de tudo o que a gente esteja a pensar”. S9 “Eu já não posso realizar nada, tenho que aceitar as consequências”. S15 “Eu não a quero, mas quando ela chegar tenho que a aceitar”.
7.5	A derrota na luta por ser bem sucedido e alcançar objectivos
	S5 “Pois, o indivíduo trabalha uma vida e depois chega a morte e acaba tudo”. S26 “Os meus objectivos não são nenhuns minha senhora. A gente vem para aqui, esta casa para cá estar mais um dia ou dois, mas desde que morreu a minha mulher já disse, - Tomara ter sido eu o primeiro a abalar, - portanto a esperança na vida não é nenhuma”.
8.1	Uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo
8.2	O ato final de harmonia com a existência
8.3	Um aspecto natural da vida
	S19 “A gente sabe, é o que nos espera, mas a gente não pensa muito nisso”.
8.4	Parte do ciclo de vida
	S1 “Tenho o meu marido lá em Évora numa campa, comprei a campa, com destino de ir para lá. Tanto que tem uma lápida que é um tipo cartão-de-visita com um risco ao meio. Tem um lado para ele e o outro para mim. Mas eu se calhar pensei mal. Eu tenho fobias com bichos, Jesus e tar debaixo de 1,40 metro de terra, faz-me impressão. Faz-me confusão. Eu sei que a gente não sente, mas cada vez penso que tem que ir para debaixo da terra que me fecham a urna. Isso tudo, é um desequilíbrio total. Mas ponto é a maneira da gente ficar junto. Foi com essa a intenção”. S10 “Se considerar a vida terrena é o fim, se considerar a vida celeste é o princípio”.

ANEXO 6

Carta à SCMCB de solicitação de aprovação para recolha de dados
Carta ao Lar de São Roque de solicitação de aprovação para recolha de dados
Carta da SCMCB de anuência do local para a recolha de dados
Carta do Lar de São Roque de anuência do local para a recolha de dados

Carta à SCMCB de solicitação de aprovação para recolha de dados



Santa Casa de Misericórdia de Castelo Branco
Ex.^a Mesa Administrativa
Castelo Branco
6000 Castelo Branco

ASSUNTO: Investigação Académica – Recolha de Dados

Ana Margarida Rodrigues Gomes, enfermeira no Hospital Amato Lusitano, encontrando-se neste momento a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Politécnico de Castelo Branco, na Escola Superior de Educação, tendo em vista a elaboração da dissertação

“A Percepção da Morte entre Idosos em Contexto Institucional”

Estudo de caris descritivo que objectiva *Analisar e comparar a percepção quanto à morte e à morte do outro, entre idosos em contexto institucional*. A dissertação é orientada pelo Prof. Dr. Ernesto Candeias Martins e para que seja possível a sua concretização é necessária a recolha de dados através de entrevista e para que tal seja possível solicito o V/ consentimento.

Com os meus melhores cumprimentos.

Mestranda

Ana Margarida Rodrigues Gomes

Castelo Branco, 03 de Dezembro de 2012.

Carta ao Lar de São Roque de solicitação de aprovação para recolha de dados

Lar de São Roque, Lda.

Ex.^a Direcção

Castelo Branco

6000 Castelo Branco



ASSUNTO: Investigação Académica – Recolha de Dados

Ana Margarida Rodrigues Gomes, enfermeira no Hospital Amato Lusitano, encontrando-se neste momento a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Politécnico de Castelo Branco, na Escola Superior de Educação, tendo em vista a elaboração da dissertação

“A Percepção da Morte entre Idosos em Contexto Institucional”

Estudo de cariz descritivo que objectiva *Analisar e comparar a percepção quanto à morte e à morte do outro, entre idosos em contexto institucional*. A dissertação é orientada pelo Prof. Dr. Ernesto Candeias Martins e para que seja possível a sua concretização é necessária a recolha de dados através de entrevista e para que tal seja possível solicito o V/ consentimento.



Com os meus melhores cumprimentos.

Mestranda

Ana Margarida Rodrigues Gomes

Castelo Branco, 05 de Dezembro de 2012.

Carta da SCMCB de anuência do local para a recolha de dados

 SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE CASTELO BRANCO			
<small>CRECHE - JARDIM DE INFÂNCIA Nº1 E Nº2 CENTRO DE CONVÍVIO DE JOVENS LAR DE IDOSOS IDOSOS ACAMADOS CENTRO DE DIA PARA IDOSOS CENTRO DE CONVÍVIO DE IDOSOS SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO SERVIÇO DE ACOlhIMENTO CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO CENTRO COMUNITÁRIO JOÃO CARLOS D'ABRUNHOSA CENTRO SOCIAL DR. ADRIANO GODINHO CENTRO DE DIA S. JOÃO DE DEUS CENTRO DE DIA S.º ANTONIO POSTO DE ENFERMAGEM MUSEU DE ARTE SACRA MUSEU AGRÍCOLA ASSISTÊNCIA RELIGIOSA</small>		<p>Exma. Senhora Enfermeira Ana Margarida Rodrigues Gomes Avenida de Espanha, 27 – 5º dtº</p> <p>6000-078 CASTELO BRANCO</p>	
<small>S / Referência</small>	<small>S / Comunicação de</small>	<small>N / Referência 5.6.2/</small>	<small>Data</small>
			1 2 6 3 0 5-12-1 2
Assunto: <u>INVESTIGAÇÃO ACADÉMICA – RECOLHA DE DADOS</u>			
<p>De posse da carta de V. Exa. de 03/12/2012, sobre o assunto em cima mencionado, sou a informar que o seu pedido foi autorizado. Contudo, após conclusão da tese, deverá disponibilizar 1 exemplar à Instituição.</p> <p>Quando pretender iniciar a recolha dos dados, deverá dirigir-se ao Director-Delegado desta Instituição, Profº Doutor Sérgio Fonseca para o efeito.</p> <p>Com os melhores cumprimentos.</p>			
<p>O DIRECTOR-DELEGADO,</p>  <p>Profº Doutor Sérgio Silva Moiteiro Fonseca</p>			
<p>JRolo/Anabela Dias</p>			
<p>Rua Bartolomeu da Costa . Apartado 42 . 6001-909 CASTELO BRANCO . Telef.: 272 348 420. Fax: 272 322 185 - e-mail: secretaria@scmcb.org</p>			

Carta do Lar de São Roque de anuência do local para a recolha de dados

Castelo Branco, 07 de Maio de 2013

Declaro que autorizo a Enfermeira Ana Gomes a realizar as entrevistas aos residentes do Lar S. Roque.

Por ser verdade esta declaração vai assinada e carimbada por mim.

Lar S. Roque, Lda.
A Gerência

Victor S-S

ANEXO 7

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para os idosos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para os
técnicos/responsáveis dos Lares

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para os idosos



PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

“A Percepção da Morte entre Idosos em Contexto Institucional”

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Declaro ter recebido da Licenciada, Ana Margarida Rodrigues Gomes, aluna do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, todos os esclarecimentos (objectivos) sobre o Projecto de Investigação “*A Percepção da Morte entre Idosos em Contexto Institucional*”, orientado pelo Professor Dr. Ernesto C. Martins, nomeadamente sobre as condições de realização, de anonimato, de confidencialidade e sigilo das informações dadas pelos idosos frequentadores deste Lar Residencial.

Concordo participar voluntariamente num estudo e autorizo a recolha de dados para os fins da pesquisa referida.

_____ / ____ / _____

(Assinatura)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para os técnicos/responsáveis dos Lares



PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

“A Percepção da Morte entre Idosos em Contexto Institucional”

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Declaro ter recebido da Licenciada, Ana Margarida Rodrigues Gomes, aluna do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, todos os esclarecimentos (objectivos) sobre o Projecto de Investigação “*A Percepção da Morte entre Idosos em Contexto Institucional*”, orientado pelo Professor Dr. Ernesto C. Martins, nomeadamente sobre as condições de realização, de anonimato, de confidencialidade e sigilo das informações dadas pelos técnicos/responsáveis deste Lar Residencial.

Concordo participar voluntariamente num estudo e autorizo a recolha de dados para os fins da pesquisa referida.

_____ / ____ / _____

(Assinatura)