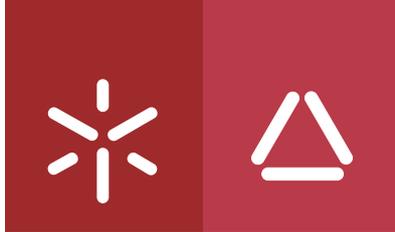


Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Elisabete da Conceição da Costa Martins

**Qualidade de Vida em contexto de
Acolhimento Familiar de Idosos**



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Elisabete da Conceição da Costa Martins

**Qualidade de Vida em contexto de
Acolhimento Familiar de Idosos**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Sociologia
Área de Especialização em Cultura e Estilos de Vida

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Alice Maria Delerue Alvim Matos

Outubro de 2012

DECLARAÇÃO

Nome: Elisabete da Conceição da Costa Martins

Endereço Eletrónico: elisabeteccostamartins@gmail.com

N.º do Bilhete de Identidade: 13583621

Título da Dissertação de Mestrado: Qualidade de Vida em contexto de Acolhimento Familiar de Idosos

Orientadora: Professora Doutora Alice Maria Delerue Alvim Matos

Ano de Conclusão: 2012

Ramo de Conhecimento do Mestrado: Sociologia – Cultura e Estilos de Vida

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA DISSERTAÇÃO.

Universidade do Minho, / /

Assinatura: _____

Agradecimentos

Para que fosse possível a realização desta Dissertação de Mestrado, considero que foi imprescindível a ajuda e apoio de algumas pessoas e, como tal, penso que seja fundamental fazer alguns agradecimentos.

Agradeço à Doutora Alice Matos, em primeiro lugar, por ter aceitado ser minha orientadora, ao longo deste longo percurso. Em segundo lugar, pela sua disponibilidade, tolerância e elucidação, no que diz respeito às dúvidas que foram surgindo, com o desenrolar desta investigação. E, em terceiro lugar, por ter demonstrado um grande interesse quanto ao estudo desenvolvido, chegando mesmo a ajudar-me na recolha da informação necessária a este estudo. Sem essa orientação e ajuda, este estudo não teria a mesma qualidade e não teria a mesma força para superar as dificuldades com que deparei.

O mesmo acontece em relação à Rita Neves que, tal como a Doutora Alice Matos, me ajudou na realização das entrevistas, no âmbito das Famílias de Acolhimento de Idosos (FAI).

Agradeço, igualmente, à Doutora Fátima Miguel que se mostrou bastante disponível em fornecer as informações relativas às FAI, disponibilizando a listagem dos idosos acolhidos.

Quero, também, agradecer a todas as FAI que se disponibilizaram a participar nesta investigação e, em especial todos os idosos que tão bem me receberam e colaboram, com a maior simpatia e paciência, uma vez que, sem a vossa ajuda e disponibilidade, este estudo não seria de todo viável.

Segue-se um agradecimento especial a todas as pessoas que sempre me apoiaram, para que eu mantivesse o ânimo, ao longo da realização deste estudo, não sendo necessário mencionar nomes, pois elas sabem quem são e têm a noção de quão importantes são para mim.

Por fim, mas não menos importantes, agradeço a todos(as) os(as) docentes da Universidade do Minho que contribuíram para a minha formação académica e, ainda, a todos(as) os(as) colaboradores(as) do Instituto de Ciências Sociais (ICS) da Universidade do Minho, que forneceram informações bastante úteis, no que se refere à Dissertação de Mestrado.

A todos, sem exceção, fica aqui a minha gratidão e um até breve!

Resumo

A alteração da estrutura familiar, a degradação das condições de habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde destes, a mobilidade geográfica e o facto dos serviços de proximidade alternativos continuarem a ser insuficientes para garantir a manutenção dos idosos no seu domicílio (apesar de terem crescido consideravelmente nos últimos anos), fazendo com que haja uma crescente procura de respostas sociais.

As Famílias de Acolhimento de Idosos (FAI) têm em vista evitar ou retardar o recurso à institucionalização, diversificando as respostas sociais disponíveis. Sendo uma realidade ainda pouco conhecida, surge o interesse em determinar de que forma as relações sociais dos idosos podem contribuir para uma melhor QdV nas FAI.

A abordagem do objeto de estudo sobre a perspetiva proposta será articulada com métodos e técnicas de análise quantitativa e qualitativa, permitindo não só uma compreensão acerca da QdV dos idosos, mas também, possibilitar o avanço de medidas que contribuam para o melhoramento dessa QdV.

Palavras-chave: Famílias de Acolhimento de Idosos; Qualidade de Vida; Relações Sociais; Redes de Apoio Social.

Abstract

The change of family structure, the degradation of living conditions, the inadaptation of the houses to the needs of the elderly, the degradation of health conditions, geographical mobility and the fact of alternative social services continue to be insufficient to ensure the maintenance of the elderly at their homes (despite having grown considerably in recent years), increasing the demand for social responses.

The Host Families for Seniors (FAI) aim to prevent or delay the use of institutionalization, diversifying, thus, the social responses available. Being a reality not well known, there is interest in determining how the relationships of the elderly can contribute to a better QdV in the FAI.

The approach of the subject of the proposed perspective will be combined with methods and techniques of quantitative and qualitative analysis, allowing not only an understanding of the QdV of the elderly, but also, enabling the advancement of measures which contribute to the improvement of this QdV.

Keywords: Host Families for Seniors; Quality of Life; Social Relations; Social Support Networks.

Índice geral

Agradecimentos	iii
Índice de gráficos	viii
Índice de figuras	ix
Índice de tabelas	ix
Abreviaturas	ix
Introdução	1
1. Enquadramento teórico.....	4
1.1. O processo de envelhecimento, o conceito de idoso e o seu estatuto social	4
1.2. O processo de envelhecimento: desvinculação ou continuidade?	6
1.3. A identidade dos idosos na transição para as FAI	8
1.4. As redes de apoio social aos idosos	10
1.5. Evolução do conceito de qualidade de vida.....	15
1.6. A qualidade de vida no envelhecimento.....	20
2. Apresentação do estudo.....	21
2.1. Problema de investigação	21
2.2. Modelo de análise	22
2.3. Hipóteses: formulação e fundamentação.....	28
2.4. A opção pelo método hipotético-dedutivo.....	30
2.5. População-alvo e seleção da amostra do estudo.....	30
2.6. Técnica de recolha de dados sobre as relações dos idosos.....	32
2.6.1. Estrutura dos guiões de entrevista	33
2.7. Técnica de recolha de dados sobre qualidade de vida	36
2.8. Técnicas de análise das relações e da qualidade de vida.....	37
3. Análise e discussão de resultados	40
3.1. Caracterização sócio-demográfica	40
3.2. Relações com as FAI e relações com as comunidades onde se inserem as FAI.....	43
3.3. Relações com as famílias de origem e relações com as comunidades dos locais de origem.....	48

3.4. Representações sobre as diferentes respostas existentes numa situação de necessidade de cuidados.....	52
3.5. Autoperceção dos idosos face às suas redes de apoio social	53
3.6. Tipologia das relações dos idosos acolhidos nas FAI.....	54
3.7. A influência das relações dos idosos na sua qualidade de vida	55
Conclusões	74
Bibliografia	81
Anexos	83
Anexo 1: Guião de entrevista semiestruturada (março de 2010)	
Anexo 2: Guião de entrevista semiestruturada (abril de 2012)	
Anexo 3: Caracterização sócio-demográfica dos indivíduos	
Anexo 4: Análise descritiva do EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD	
Anexo 5: Testes t.....	

Índice de gráficos

Gráfico 1: Nível de escolaridade dos indivíduos	40
Gráfico 2: Estado civil dos Indivíduos	41
Gráfico 3: Tempo durativo da permanência dos Indivíduos nas FAI (abril de 2012)	42
Gráfico 4: EUROHIS – Total	57
Gráfico 5: Comparação dos dados do estudo “Idosos em FAI” com os dados normativos (WHOQOL-OLD – Total)	58
Gráfico 6: WHOQOL-OLD – Total	59
Gráfico 7: Comparação dos dados do estudo “Idosos em FAI” com os dados normativos (WHOQOL-OLD – “Funcionamento sensorial”)	60
Gráfico 8: WHOQOL-OLD – “Funcionamento sensorial”	60
Gráfico 9: Comparação dos dados do estudo “Idosos em FAI” com os dados normativos (WHOQOL-OLD – “Autonomia”)	61
Gráfico 10: WHOQOL-OLD – “Autonomia”	62
Gráfico 11: Comparação dos dados do estudo “Idosos em FAI” com os dados normativos (WHOQOL-OLD – “Atividades passadas, presentes e futuras”)	63
Gráfico 12: WHOQOL-OLD – “Atividades passadas, presentes e futuras”	63
Gráfico 13: Comparação dos dados do estudo “Idosos em FAI” com os dados normativos (WHOQOL-OLD – “Participação social”)	64
Gráfico 14: WHOQOL-OLD – “Participação social”	65
Gráfico 15: Comparação dos dados do estudo “Idosos em FAI” com os dados normativos (WHOQOL-OLD – “Morte e morrer”)	66
Gráfico 16: WHOQOL-OLD – “Morte e morrer”	67
Gráfico 17: Comparação dos dados do estudo “Idosos em FAI” com os dados normativos (WHOQOL-OLD – “Intimidade”)	68
Gráfico 18: WHOQOL-OLD – “Intimidade”	68
Gráfico 19: WHOQOL-OLD – “Família/Vida familiar”	69

Índice de figuras

Figura 1: Modelo de análise	27
-----------------------------------	----

Índice de tabelas

Tabela 1: Teste de amostras independentes (masculino e feminino)	71
Tabela 2: Teste de amostras independentes (< 80 anos e ≥ 80 anos)	72

Abreviaturas

- FAI: Famílias de Acolhimento de Idosos
- FO: Famílias de Origem
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- QdV: Qualidade de Vida
- QdVrS: Qualidade de Vida relacionada com a Saúde
- WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Assessment

Introdução

O estudo que aqui se desenvolve, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Sociologia, tem como tema as determinantes da Qualidade de Vida (QdV) nas Famílias de Acolhimento de Idosos (FAI), enquadrando-se, deste modo, na área do envelhecimento. O nosso interesse por esta temática surge, após uma reflexão sobre o progressivo envelhecimento da população que tem sido acompanhado por várias transformações sócio-económicas como, por exemplo, a alteração da estrutura familiar, a degradação das condições de habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde destes, a mobilidade geográfica e o facto dos serviços de proximidade alternativos continuarem a ser insuficientes para garantir a manutenção dos idosos no seu domicílio (apesar de terem crescido consideravelmente nos últimos anos), fazendo com que haja uma crescente procura de respostas sociais (Pimentel, 2005: 57).

Procedemos à apresentação do modo como esta Dissertação está estruturada. Num primeiro momento, apresentamos o enquadramento teórico, em que fazemos, numa primeira parte, breves considerações acerca do processo de envelhecimento, do conceito de idoso e do seu estatuto social, uma vez que os idosos são a nossa população-alvo. O facto de o conceito de idoso variar consoante a sociedade que temos como referência (Pimentel, 2005: 42), faz com que seja necessário, da nossa parte, adotar um critério que vá de encontro aos objetivos deste estudo.

Para além disso, dado que as alterações ocorridas na última fase do ciclo de vida dos idosos, iremos proceder à explicação desses processos de mudança, como é o caso da transição para as FAI, com o recurso a algumas teorias do envelhecimento. Posteriormente, abordaremos as questões ligadas à identidade, uma vez que os idosos acolhidos nas FAI se veem despojados de parte dos seus objetos pessoais, que segundo Isabelle Mallon (2005: 177), poderá levar a um enfraquecimento da sua identidade. Num momento seguinte, consideramos essencial fazer menção ao tipo de redes de apoio social existentes destinadas aos idosos, uma vez que o nosso estudo se foca no caso das FAI, que são uma resposta social que visa dar resposta às necessidades deste público específico.

Salientamos que o conceito de QdV é bastante relevante nesta investigação, dado que pretendemos descrever a QdV dos idosos, para que nos seja possível determinar de que forma

as suas relações podem contribuir para que os idosos tenham uma melhor perceção da sua QdV nas FAI. Como tal, procederemos à clarificação do conceito de QdV, com base nos autores que mais o trabalharam, fazendo também a distinção entre QdV e Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (QdVrS). Faremos, ainda, alusão aos fatores que influenciam a QdV no caso dos idosos.

Numa segunda parte, fazemos a apresentação do nosso estudo, onde, inicialmente, apresentamos a questão de partida e os objetivos desta investigação, seguindo-se o modelo de análise, onde fazemos uma exposição teórica, clarificando o que são as FAI e de que modo as relações são mantidas/estabelecidas no meio institucional, tomando como termo de comparação os lares de idosos, pretendendo, assim, fundamentar o nosso modelo de análise. Posteriormente, apresentamos as hipóteses de investigação que se tornam fulcrais, numa investigação, porque estas são “a melhor forma de (...) conduzir [uma investigação] com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e de curiosidade” (Quivy & Campenhoudt, 2005: 119), pois conseguimos, deste modo, selecionar os dados que são pertinentes. No caso deste estudo, fazemos suposições quanto à proximidade das relações dos idosos com as FAI; acerca do estabelecimento de contactos com as comunidades onde se inserem as FAI; sobre a manutenção dos contactos com as comunidades dos locais de origem; e, ainda, relativamente à preservação das relações de proximidade com as FO (correspondem às famílias dos idosos).

Em relação à estratégia metodológica adotada, foi utilizado o método hipotético-dedutivo, ou seja, o tipo de análise que executámos consistiu na observação de casos particulares, que têm como ponto de partida as teorias já existentes, no âmbito da Sociologia, tendo-nos focado no caso dos idosos residentes no Concelho de Vila Nova de Famalicão, que se encontram acolhidos nas FAI, recorrendo, para isso, à listagem de todos estes casos, através da Segurança Social, podendo, assim, proceder-se à construção da amostra deste estudo.

Relativamente às técnicas de recolha de dados, aplicamos a entrevista semidiretiva que consiste numa situação social de interação face-a-face, apoiada por um guião que inclui algumas questões, de forma a direcionar a entrevista, para que se consiga recorrer a informação fundamental para o estudo. Neste sentido, pretendemos obter informações acerca das relações dos idosos nas FAI. Para além disso, recorreremos à versão em português de dois instrumentos de avaliação da QdV denominados: EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD, produzidos com base nas

diretrizes estipuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), consistindo, o primeiro, numa medida genérica de avaliação da QdV, que deve ser usada em conjunto com outras medidas específicas de avaliação como, neste caso, o WHOQOL-OLD, que foi construído, de maneira a ir encontro das especificidades dos idosos. Acrescentamos que estes dois instrumentos de avaliação da QdV encontram-se em fase de validação para Portugal.

De modo a que nos fosse possível analisar as informações recolhidas, recorreremos à análise de conteúdo com o objetivo de conseguirmos clarificar as ideias recolhidas com as entrevistas semidiretivas, tendo sido utilizada, como unidade de registo, o objeto ou referente e, como unidade de registo, os temas-eixo, que serão, posteriormente, especificados. Para além disso, também foi realizada uma análise quantitativa com o apoio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), recorrendo a análises descritivas e testes *t*, para analisarmos os dados acerca da QdV dos idosos nas FAI.

No que diz respeito à análise de todos os dados recolhidos, através das técnicas de recolha de informação que mencionamos anteriormente, apresentamos uma tipologia acerca das relações de proximidade existentes no âmbito das FAI, de modo a tentar estabelecer, num momento seguinte, uma relação entre o grau de proximidade das relações dos idosos com a sua respetiva QdV. Aproveitamos, ainda, para fazer uma comparação entre os dados obtidos através do WHOQOL-OLD com os dados normativos do estudo original deste instrumento de avaliação da QdV dos idosos.

Por último, apresentamos as conclusões, onde fazemos a apresentação de algumas recomendações que nos parecem relevantes para que, possivelmente, haja uma melhoria da QdV nas FAI.

1. Enquadramento teórico

1.1. O processo de envelhecimento, o conceito de idoso e o seu estatuto social

Em primeiro lugar, embora a Biologia defina o envelhecimento como um “fenómeno natural, universal e necessário”, este não ocorre, de um modo homogêneo para todos os indivíduos, uma vez que o envelhecimento é um “um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que poderá justificar a tendência para denominar os idosos como ‘grupo heterogêneo’” (Paillat, 1986 *cit. in* Costa, 2006: 32). Como tal, os critérios utilizados para definir o conceito de idoso são diversos, sendo, por isso, necessário adotarmos um critério que vá de encontro aos objetivos da nossa investigação.

Apesar de, muitas vezes, se utilizar a idade cronológica para delimitar a categoria dos idosos, é preciso ter em conta, tal como já mencionamos, que os indivíduos são detentores de características distintas, quanto ao seu desenvolvimento biológico, psicológico e social, revelando-se uma tarefa árdua tentar encontrar critérios homogêneos que fundamentem a pertença ou não a esta categoria. Deste modo, fazemos referência aos diversos sentidos dados ao próprio conceito de idade, que são apresentados por Maximilienne Levet-Gautrat (1985 *cit. in* Pimentel, 2005: 41-42). Sendo assim, temos: a idade cronológica, “que decorre entre o nascimento e o momento presente”; a idade jurídica, “que corresponde à necessidade social de estabelecer normas de conduta e de determinar qual a idade em que o sujeito assume certos direitos e deveres perante a sociedade”; a idade física e biológica, “que tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece”; a idade psicoafetiva, “que reflecte a personalidade e as emoções de uma pessoa”; e, por último, a idade social, “que corresponde à sucessão de papéis que a sociedade atribui ao sujeito e que são correspondentes às condições socioeconómicas”.

É importante referir que a categoria dos indivíduos considerados como idosos é uma construção social, que é abstrata e normativa, isto é, varia conforme “o ponto de vista das formas e modos do envelhecimento humano, quer sob o ponto de vista do estatuto que é atribuído aos velhos consoante os indivíduos, os grupos, as sociedades, as culturas e segundo as épocas e as gerações sucessivas” (Pimentel, 2005: 42). A definição de pessoa idosa não é universal, mas consideramos interessante a forma como Michel Philibert (1984: 18) tenta definir o idoso como o indivíduo com idade mais avançada, dentro de um determinado grupo, ou seja,

“Une personne âgée, c’est toujours et partout une personne *plus âgée* que la plupart de celles qui l’entourent. Selon les conditions de vie, de travail, la longévité moyenne de la population de référence, et les usages sociaux, elle a trente, quarante ou quatre-vingt.cinq ans”.

Actualmente, na nossa sociedade torna-se cada vez mais difícil determinar o momento a partir do qual os indivíduos são considerados idosos. Momentos como a entrada na reforma já não são critérios que se apliquem a todos os indivíduos, uma vez que assistimos, por vezes, a antecipações desse momento e, também, cada vez mais os indivíduos vivem mais anos, fazendo com que dentro da própria categoria de idoso surjam perfis de indivíduos cada vez mais distintos (Pimental, 2005: 43).

Para além disso, não é só o processo de envelhecimento e o conceito de idoso que variam conforme as sociedades. Também o estatuto social evoluiu, ao longo dos tempos, podendo, desde já, se afirmar que este sofreu grandes alterações, após a Revolução Industrial (Pimentel, 2005: 42). De acordo com Pimentel (2005: 43), nas sociedades pré-industriais, o idoso era encarado como alguém bastante culto, experiente e, como tal, ocupava cargos importantes na comunidade, desempenhando as funções mais elevadas, em que tomava decisões. O idoso era respeitado, integrado e apoiado no seio da família, encabeçando-a, visto que este detinha uma longa experiência de vida.

Atualmente, o idoso é, muitas vezes, considerado inútil, incapaz e é, por isso, rejeitado, sendo este facto justificado por Francisco Cabrillo e Maria Luísa Cachafeiro, através do seguinte argumento: “O valor atribuído à velhice depende do que a sociedade necessita ou prefere em determinado momento”, seguindo-se Luísa Pimentel que acrescenta que, nos dias de hoje, é valorizada, entre outros aspetos, a juventude e, sendo assim, os idosos são colocados de parte, por não poderem ser considerados como tal (Pimentel: 2005: 44).

Hoje em dia, assistimos a um aumento do interesse em relação ao fenómeno do envelhecimento, visto que, sendo algo que, ainda, traz um conjunto de novos desafios que requerem resposta urgente. Normalmente existe uma associação do envelhecimento a um conjunto de problemas do foro físico, psicológico e material, com os quais, os idosos têm de aprender a lidar. Todavia, uma das maiores preocupações dos idosos é, sem dúvida, não perder a sua independência, no que se refere à sua participação na esfera social.

1.2. O processo de envelhecimento: desvinculação ou continuidade?

Aqui iremos explicar os processos de mudança, tal como a transição para as FAI, a partir de algumas teorias do envelhecimento. Uma das primeiras propostas teóricas existente, na área da Sociologia, é a teoria da desvinculação, que foi desenvolvida nos anos 60, por Elaine Cumming e William Henry, com a publicação *Growing Old: The Process of Disengagement* (1961), em que fazem alusão à desvinculação do indivíduo da sociedade, ao longo do processo de envelhecimento, traduzindo-se essa desvinculação numa diminuição dos papéis sociais desempenhados pelos indivíduos, num declínio da interação social e uma alteração na natureza das relações que são menos focadas na solidariedade funcional (Caradec, 2010: 89). Observa-se que os indivíduos, à medida que envelhecem, vão-se “desinvestindo” dos seus papéis sociais, centrando-se cada vez mais no seu “eu” e envolvendo-se cada vez menos social e emocionalmente, dado que se vão preparando gradualmente para a morte, assegurando a sua substituição geracional (Dias, 2005: 254-255).

Apesar de a teoria da desvinculação ter contribuído bastante para o surgimento de políticas sociais e ter influenciado as representações que a sociedade tem acerca da velhice, esta foi alvo de várias críticas, apoiando-se, muitas delas, no facto de esta justificar a exclusão dos idosos do mercado de trabalho (Caradec, 2010: 91). No entanto, temos de ter em atenção que esta teoria foi desenvolvida numa época em que a esperança de vida era menor, o aparecimento de doenças era mais precoce, o trabalho manual era mais pesado e havia muito poucas atividades para as pessoas com idades mais avançadas.

Por volta dos anos 80 surge o conceito de *déprise*, proposto por Serge Clément e Marcel Druthe, sendo bastante semelhante, à primeira vista, com o de desvinculação, proposto nos anos 60, nos EUA. Apesar de se verificar uma certa continuidade entre estes dois conceitos, também existem diferenças muito importantes, começando por se afirmar que a teoria da desvinculação consiste numa teoria geral do envelhecimento, tendo uma perspetiva funcionalista, enquanto que a noção de *déprise* trata-se de um conceito analítico, usado numa abordagem abrangente para o avançar da idade (Caradec, 2010: 87-88).

Segundo Vincent Caradec (2010: 94), o conceito de *déprise* consiste no “processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des circonstances nouvelles telles que des déficiences physiques

croissantes, une fatigue plus prégnante, ou encore de moindres sollicitations d'autrui”, isto é, trata-se de uma adaptação às mudanças que vão acontecendo ao longo do envelhecimento, não só ao nível da saúde, mas também, ao nível psicológico e social.

Afirmamos que, ao contrário da desvinculação – que consiste numa diminuição da atividade dos indivíduos, com o avançar da idade –, a noção de *déprise* faz referência ao facto de se assistir a uma substituição das atividades por outras que requeiram menor esforço por parte dos idosos. Paralelamente, *déprise* consiste em encontrar substitutos, ou até concentrar as energias dos indivíduos em algumas atividades que consideram importantes. Como tal, este conceito deve ser considerado como efeito do “princípio da economia de força”, em que os indivíduos continuam a fazer as atividades que, para eles, têm mais significado para eles (Caradec, 2004: 28).

Uma das teorias do envelhecimento, no âmbito da psicologia, que é bastante semelhante ao conceito de *déprise*, é a teoria da continuidade, que surge com Robert Atchley em 1972, que defende que a existência de um desenvolvimento contínuo do indivíduo adulto, incluindo a sua adaptação a situações externas negativas e face à mudança, isto é, os indivíduos mantêm os seus padrões de pensamento e, principalmente, o seu perfil nas suas atividades, nomeadamente, onde e como vivem e as relações sociais que estabelecem, apesar das mudanças significativas que ocorrem ao nível da saúde. Segundo este autor, existe uma “alta probabilidad de asociación entre el pasado, el presente y los patrones que pueden ser anticipados sobre las formas de pensar, actuar y relacionarse” (Fernández-Ballesteros, 2004: 48).

Para além disso, Fernández-Ballesteros (2004: 48) menciona que existe um desejo de continuidade que motiva as pessoas a preparar-se, antecipadamente, para as mudanças que ocorrem com o envelhecimento, como é o caso da reforma, ou da viuvez. Neste sentido, existem estudos longitudinais que comprovam que existe uma grande proporção de pessoas que foram tomando, previamente, medidas para prevenir doenças crónicas e as incapacidades resultantes, ou seja, a prevenção desempenha um papel deveras importante em qualquer tipo de adaptação (Fernández-Ballesteros, 2004: 48).

1.3. A identidade dos idosos na transição para as FAI

Com a transição dos idosos para as FAI, consideramos que as questões relacionadas com a identidade dos idosos são de grande relevância, uma vez que se poderá assistir a uma ativação da reconstrução da identidade dos idosos, dado que se trate de uma nova situação onde os idosos são despojados de parte dos seus objetos que os acompanharam grande parte das suas vidas (como é o caso da habitação onde viveram), não possuindo, à partida, qualquer vínculo afetivo com as FAI.

Contudo, existem autores como é o caso de Vincent Caradec que, para além de ter trabalhado acerca da noção de *déprise*, debruçou-se sobre as questões da identidade dos indivíduos a par do processo de envelhecimento. Como tal, este autor considera que a ocorrência de alguns fenómenos associados ao envelhecimento, como é o caso da entrada na reforma, ou até a morte de um dos cônjuges, faz com que os indivíduos tentem assegurar a continuidade da sua identidade, aproximando-se, deste modo, à ideia apresentada por Serge Clément e Jean Mantovani, que afirmam que há o desejo de preservar a identidade que foi construída, ao longo da vida (Clément e Mantovani, 1999).

Deste modo, recorrendo ao exemplo da entrada na reforma, fazemos referência a Cumming e Henry (1961 *cit. in* Caradec, 2008: 161) que afirmam que os indivíduos deparam com algumas dificuldades, nomeadamente: a perda do seu *status*; a perda do seu papel instrumental, sendo confrontados com um novo papel sócio-afetivo; e o desaparecimento dos seus pares, como é o caso dos colegas de trabalho. Salientamos, desde já, que o exemplo da entrada na reforma é utilizado de modo a fazer uma analogia às possíveis reações dos idosos face às mudanças, sendo, neste caso, nosso interesse ter em conta a transição dos idosos para as FAI, podendo afetar a sua identidade de diferentes maneiras, conforme ocorra o processo de adaptação à nova situação. Iremos, ainda, aprofundar a questão da adaptação num capítulo posterior, quando procedermos à fundamentação do modelo de análise deste estudo.

Antes de mais, salientamos que ideia de que a transição para a reforma é um período marcado por diversas dificuldades não corresponde totalmente à realidade, o que também poderá ocorrer no caso da mudança dos idosos para as FAI. De acordo com alguns estudos realizados a partir de 1950 nos EUA e posteriormente em França, demonstram que a transição para a reforma é vivida de uma forma positiva, pela maioria dos indivíduos e conseguem

adaptar-se, sem muitas dificuldades, à “nova vida”, apesar de existir uma minoria para quem esta adaptação ocorre de uma maneira mais conturbada. Para conseguir perceber por que é que a cessação de atividade (entenda-se “atividade” como sinónimo de “trabalho”) é, para alguns indivíduos, traumática, é necessário identificar os mecanismos psicossociais de reconstrução de identidade, que permitam que haja uma transição “suave”.

Para além disso, a noção de identidade permite-nos entender esta transição, ou melhor, a de reconstrução de identidade, e esta deve ser entendida como um processo reflexivo (autorreflexão), pragmático (que passa através de ações, compromissos, investimentos no mundo, depende de “oportunidades de negócios” oferecidos aos indivíduos e, como tal, modelos sociais de identificação que são oferecidos) e dialógico (os outros desempenham um papel essencial neste processo, o indivíduo reage às imagens que tem sobre si mesmo e que os outros têm acerca dele).

Com a transição para a reforma (e, no caso do nosso estudo, a transição para as FAI), é ativado um processo de reconstrução da identidade dos indivíduos, que é favorável à ocorrência de uma autorreflexão, sendo esta caracterizada por uma mudança nos compromissos e resulta numa alteração do ambiente relacional (Caradec, 2008: 162). Neste sentido, mencionamos que a reconstrução de identidade inicia-se antes da entrada na reforma, nos últimos tempos de atividade (no caso do nosso estudo, esta poderá ocorrer nos últimos dias antes da ida para as FAI). A segunda etapa começa quando os indivíduos se envolvem em novas atividades, dependendo das ofertas existentes no meio envolvente dos indivíduos.

Relativamente aos mecanismos de reconstrução da identidade, é importante referir que a atividade reflexiva pretende projetar um modo de tentar controlar o curso de vida.

1.4. As redes de apoio social aos idosos

Dado que esta investigação se foca no caso das FAI, que são uma resposta social alternativa para os idosos, interessa-nos perceber, inicialmente, as redes de apoio social existentes que são destinadas aos idosos e, como tal, fazemos uma exposição do tipo de redes de apoio social aos idosos e apresentamos as suas características, de modo a conseguirmos enquadrar as FAI neste leque de redes, com características distintas.

Existe uma opinião unânime quanto aos níveis de stress causados pelos vários acontecimentos que ocorrem no último período de vida dos indivíduos, desde a reforma até ao desaparecimento dos seus pares, não nos esquecendo da perda de capacidades tanto físicas como cognitivas e, ainda, a diminuição da sua autonomia e controlo. Apesar disso, é reconhecido o importante papel desempenhado pelas redes de apoio social junto dos idosos, que tentam evitar o stress e/ou lidar com os acontecimentos que o potencia. Para além disso, segundo Benjamin Gottlieb (1981 *cit in* Paúl, 1997: 91), o estudo sobre redes sociais de apoio consiste nas forças sociais que contribuem para a preservação e promoção da saúde dos indivíduos, tratando-se de ligações humanas que se estruturam na forma de sistemas de apoio e recursos que são partilhados pelos elementos desse sistema.

Neste sentido, referimos que uma rede de apoio social consiste num conjunto de indivíduos ligados por laços, por exemplo, relações de apoio emocional, formando uma rede social, limitada do ponto de vista analítico, que apenas toma em consideração laços de apoio e que assume que estes laços só podem formar uma única estrutura integrada (Wellman, 1981 *cit. in* Paúl, 1997: 92). De um modo mais específico, iremos centrar-nos na rede social pessoal dos idosos, que se define por um “conjunto de seres com quem interectuamos de maneira regular, com quem conversamos, com quem intercambiamos sinais que nos corporizam, que nos fazem reais (...) é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade (...) [é o que] corresponde ao nicho interpessoal do indivíduo” (Sluzki, 1996: 42 *cit. in* Guadalupe, 2010: 51).

Desta maneira, a rede pessoal corresponde a um plano microssocial acerca das redes de apoio social, que são dispostas, hierarquicamente, por Attneave (1969 *cit. in* Guadalupe, 2010: 51), em três níveis de redes, sendo eles: o nível mais amplo, que diz respeito a todas as relações existentes no grupo, que poderá levar a incluir todos os seres humanos; seguido de um

nível intermédio, que engloba os indivíduos que têm uma identidade em comum, podendo ser definidas por unidades sociais que partilham características; e, por último, a rede familiar, que corresponde às relações entre os elementos do núcleo familiar em particular, num momento em concreto.

Acrescentamos, ainda, que podemos fazer a distinção entre as redes primárias e as redes secundárias, indo esta divisão de setores ao encontro das distinções de níveis que apresentamos anteriormente, pois baseia-se no tipo de relações e no nível de estruturação da rede. Sendo assim, as redes primárias correspondem a um “conjunto natural de indivíduos em interação uns com os outros (...) [que] formam a trama de base da sociedade e o meio de inserção do indivíduo” (Guedon, 1984: 20-21 *cit. in* Guadalupe, 2010: 54), ou seja, são compostas por relações de afinidade (pessoais), que têm uma natureza essencialmente afetiva, onde não existe qualquer ligação de obrigatoriedade ou formalidade neste tipo de relações, tratando-se de relações dinâmicas em termos espaço-temporais. Já as redes secundárias consistem num “conjunto de pessoas reunidas por uma mesma função, num quadro institucional” (Lacroix, 1990: 79 *cit. in* Guadalupe, 2010: 55), isto é, corresponde às organizações e instituições, em que as relações são estabelecidas num contexto formal, com objetivos funcionais, existindo uma ligação de obrigatoriedade e, por isso, trata-se de relações estáveis e estruturadas segundo normas estipuladas oficialmente.

Consoante o nível de estruturação das relações das redes secundárias, estas podem ser consideradas formais ou informais. Como tal, quando estamos perante redes secundárias que se caracterizam pela inexistência do carácter oficial e estruturado e a ausência de uma divisão clara dos papéis, as redes secundárias são consideradas informais, embora tenham um papel essencialmente funcional, com o objetivo de responder às necessidades funcionais, como acontece nas redes secundárias formais. Para além disso, podem ser englobadas nas redes secundárias informais, as redes primárias que são organizadas, somente, com o objetivo de dar resposta a uma necessidade específica de carácter funcional. Outro aspeto distintivo entre as redes secundárias formais e as informais é o facto de as primeiras terem uma durabilidade inferior às segundas e funcionam com base num público-alvo restrito, fazendo com que os serviços prestados sejam adaptados às necessidades dos indivíduos, uma vez que têm uma maior proximidade (Guédon, 1984 *cit. in* Guadalupe, 2010: 56).

No entanto, se tivermos em conta Constança Paúl (1997: 92), esta também apresenta uma tipologia acerca das redes de apoio social focalizada no caso dos idosos. Deste modo, existem dois tipos de redes de apoio social aos idosos, sendo elas: as redes de apoio formal e as redes de apoio informal. No que diz respeito ao tipo de apoio que é prestado por estas duas redes pode ser de dois tipos: (1) apoio emocional, que se prende com a satisfação de vida e ao bem-estar psicológico e (2) apoio instrumental, que prevê a ajuda a nível físico em situação de diminuição das capacidades físicas dos idosos e perda de autonomia, temporária ou permanente. Em relação à constituição dos dois tipos de redes de apoio social aos idosos, as redes de apoio formal são compostas pelos serviços estatais da Segurança Social e outro tipo de serviços que existam ao nível local, destinados a satisfazer as necessidades da população idosa como, por exemplo, serviços de proximidade. Já as redes de apoio informal aos idosos podem ser subdivididas em dois grupos: (1) as que são constituídas pelas famílias dos próprios idosos e (2) as que são constituídas pelos amigos e vizinhos dos idosos. No que se refere ao tipo de envolvimento existente nas redes de apoio social aos idosos, Claude Ficher (1982 *cit. in* Paúl, 1997: 94) faz referência a três tipos, sendo eles: (1) o formal, em que estão estipuladas regras reconhecidas pelos envolvidos, com direitos e deveres recíprocos; (2) o sentimental, em que há ligação de proximidade e preocupação com os idosos; e, ainda, (3) a troca, em que se assiste a uma partilha de ambas as partes de apoio emocional e instrumental, sendo a ideia do dar e receber fulcral.

Relativamente às redes de apoio social aos idosos, tecemos ainda algumas considerações face aos fatores que podem contribuir para as alterações no tipo de apoios que estes recebem. Desta forma, com o aumento da idade dos idosos, assiste-se a uma perda das relações, sendo isto potenciado pelo falecimento dos seus pares. A própria mudança de papéis sociais dos idosos pode fazer com que as suas oportunidades de interação diminuam e, conseqüentemente, os tipos de apoio recebidos, também, diminuam. Acrescentamos que o tipo de envolvimento nas redes de apoio social varia, ainda, com o aumento da idade dos idosos, sendo frequente que estes passem a receber muito mais apoio do que a prestar apoio.

Outro aspeto que introduz diferenças no que concerne às redes de apoio social é a variável sexo, uma vez que os idosos parecem ter mais conhecidos e as idosas têm mais pessoas confidentes, fazendo com que estas tenham mais apoio emocional que os idosos. Se tivermos em conta as duas variáveis (idade e sexo), dado que as idosas têm redes de apoio mais

extensa, isso poderá constituir uma vantagem (Paúl, 1997: 96-99). Todavia, segundo Carl Cohen *et al.* (1988 *cit. in* Paúl, 1997: 99-100), a história e o estilo de vida dos indivíduos influencia muito mais as redes de apoio informal de amigos, do que a variável sexo. Desta maneira, não se verificou uma diferença nas interações sociais dos idosos, tendo-se observado semelhanças na dimensão das redes de apoio sociais e no recurso a estas, para a resolução dos seus problemas. Estes resultados parecem ir contra outros resultados existentes na literatura, sendo este facto justificado com a ideia de que o estilo de vida dos envolvidos era bastante semelhante e, por isso, se considerar que a história e estilo de vida são variáveis predictoras da dimensão das redes de apoio social aos idosos.

Quanto às redes de apoio familiares, estas são bastante reconhecidas como o grande apoio para os indivíduos na última fase do seu ciclo de vida, em que se assiste a uma diminuição das suas capacidades funcionais e da sua autonomia. Todavia, com a ocorrência de algumas mudanças como, por exemplo, a emancipação feminina e a própria exiguidade das habitações, o papel das famílias tem sido mais dificultado, apesar de se reconhecer que ainda exerce um apoio instrumental e emocional de grande importância.

Aproveitamos para fazer, ainda, alguns reparos, recorrendo inicialmente a Barbara Silverstone (1985 *cit. in* Paúl, 1997: 101), que afirma que apesar dos idosos estarem afastados das redes de apoio formais, estes estão integrados em redes de apoio informais, mesmo nos casos em que vivem sozinhos ou somente com os seus cônjuges, pois têm contacto com membros da família alargada. Para além disso, Raymond Coward e Jeffrey Dwyer (1990 *cit. in* Paúl, 1997: 103) apontaram a importância dos filhos na prestação de cuidados aos seus pais (idosos) e, também, para o facto de serem, maioritariamente, as filhas a desempenhar o papel de cuidador ou as noras, em substituição dos filhos, tal como mencionamos anteriormente. Também a ajuda dos irmãos dos idosos é salientada, dado que são estes que dão apoio aos idosos quando estes têm problemas funcionais e não têm o apoio dos seus cônjuges ou filhos, apesar de, em casos de grande dependência dos idosos, os irmãos darem apoio a um nível intermédio, por não terem capacidades de dar todo o apoio que os idosos necessitam nesses casos.

Relativamente às redes de apoio informal constituídos pelos amigos e vizinhos dos idosos, estas também têm um papel preponderante no apoio que dão aos idosos, não só ao nível emocional, mas também, ao nível instrumental, sendo mais comum este último apoio

quando os familiares dos idosos estão ausentes. Neste caso, as relações com os amigos e vizinhos são estabelecidas com base na “oferta” existente no seu próprio meio social, tratando-se de relações expressivas, em que há a partilha de interesses. Em comparação com as relações com os vizinhos, estas são menos fluídas e livres, centrando-se na relação de proximidade e apoio instrumental (Wenger, 1990 *cit. in* Paúl, 1997: 108).

Para além disso, Barbara Fredrickson e Laura Cartensen (1990 *cit. in* Paúl, 1997: 108-109) fazem menção ao facto de os idosos preferirem pessoas familiares como atores sociais para interagir em detrimento do estabelecimento de novas relações de amizade, acrescentando que, com o aumento da idade dos idosos, estes vão diminuindo a sua interação com outros atores sociais. Há, deste modo, uma referência à teoria da desvinculação que foi apresentada por Cumming e Henry, em 1961, a qual já expusemos num momento anterior. Por último, as idosas estabelecem relações de amizade mais baseadas no apoio emocional e de uma forma recíproca, enquanto que os idosos dependem mais da partilha de atividades ou interesses. Com isto, os idosos, quando passam a ficar mais tempo nos seus lares parecem ficar mais isolados, não sendo este aspeto tão visível nas idosas.

1.5. Evolução do conceito de qualidade de vida

Indo ao encontro do objetivo de determinar de que forma as relações dos idosos podem contribuir para uma melhor percepção da sua QdV nas FAI, torna-se imprescindível proceder à definição do conceito de QdV. O nosso interesse acerca deste conceito surgiu pelo facto de a esperança de vida ter aumentado bastante nas últimas décadas e que, apesar disso, nem sempre este aumento de longevidade correspondeu a um acréscimo da qualidade de vida de que estes anos requerem (Paúl, 1997: 7).

O conceito de QdV surgiu em 1920 (Wood-Dauphine, 1999 *cit. in* Pereira *et al.*, 2011: 110), tendo-se verificado, ainda, que este termo emergiu na literatura médica, por volta dos anos 30 (Seidl & Zannon, 2004: 581). Até à primeira metade do século XX, a avaliação da QdV dos indivíduos era feita com base em indicadores económicos, tendo sido inspirada pelo mercantilismo, que considerava que o bem-estar populacional estava, intimamente, ligado com os níveis económicos, ou seja, existia uma associação entre o crescimento económico e o bem-estar populacional.

No período Pós-Segunda Guerra Mundial, nos EUA, pôs-se em causa esta ideia economicista, uma vez que se assistiu a uma “descrença” no que diz respeito a alguns aspetos sociais, como foi o caso da segurança pessoal, da confiança no governo e, ainda, da solidariedade familiar, apesar de se verificar um grande crescimento económico. Deste modo, houve um interesse por desenvolver medidas que conseguissem quantificar o bem-estar dos indivíduos, sem ser nos moldes estritamente economicistas (Oliver, Huxley, Bridges & Mohamad, 1996 *cit. in* Canavarro & Serra, 2010: 4).

Posteriormente, em 1960, no relatório *Commission on National Goals*, da responsabilidade do Presidente Dwight Eisenhower, foram expostos diversos indicadores sociais e ambientais que deviam ser tidos em conta na avaliação da QdV, podendo-se considerar que o padrão para avaliar a QdV teve origem neste documento. Curiosamente, em 1964, relacionado com a ideologia de “Great Society”, o Presidente Lyndon Johnson fez referência à QdV num dos seus discursos, afirmando que o facto de se utilizar somente indicadores económicos para avaliar o bem-estar populacional tornava-se bastante redutor, considerando, por isso, necessário ter em atenção a QdV da população (Bech, 1993; Ribeiro, 1994; Rapley, 2003 *cit. in* Canavarro & Serra, 2010: 4-5). Alguns anos mais tarde, por volta de 1968, o conceito de QdV aparece na

Internacional Encyclopedia of Social Sciences e até meados dos anos 70, passa a fazer parte do *Index Medicus* (Bond & Corner, 2004: 3).

A partir dos anos 80, a QdV passou a ser um conceito do conhecimento geral e do senso comum. Este termo era, muitas vezes, utilizado por várias personalidades de diferentes áreas, de forma a demonstrar o seu interesse pelo bem-estar dos indivíduos, apesar de nem todas o utilizarem no mesmo sentido, isto é, “Para uns (...) expressa-se pela quantidade de bens materiais, para outros dos bens espirituais. Para uns (...) baseia-se na opinião do próprio indivíduo, para outros na observação de especialistas. Para uns constitui uma dimensão objectiva, para outros, subjectiva.” (Ribeiro, 1994: 180). No entanto, nesta altura, surgiram diversos estudos empíricos, para que fosse possível uma melhor compreensão do termo QdV, sendo unânime que este possui várias dimensões (Seidl & Zannon, 2004: 582).

A noção de QdV parece estar bastante impregnada no senso comum, fazendo com que exista um conhecimento prático deste conceito, mas também, subjetivo, tornando difícil a sua definição, ou seja, “todos têm a sua própria ideia do que é a QdV, e é nisso que reside o problema” (McGuire, 1991: 13 *cit. in* Ribeiro, 1994: 183). Porém, constitui, sem sombra de dúvidas, um “ideal” desejável, ou até mesmo indispensável. Devido ao facto de existirem diferentes concepções em relação ao que é humanamente desejável, ou se preferirmos, o que é considerado como sendo mais/melhor vida para os indivíduos, o conceito de QdV não é facilmente definido, tal como já mencionamos. No decurso desta ideia, afirmamos que este conceito pertence a diversas áreas, o que faz com que seja bastante complexo, sendo a QdV o resultado da soma dos contributos de todas essas áreas. A QdV torna-se assim indivisível, sendo necessário analisar todas as suas dimensões, apesar de “a soma das partes não nos (...) [dar] o valor exacto desse todo” (Anes, 2005: 72).

A fim de determinar em que consiste o conceito de QdV, não podemos deixar de explicitar que existem duas tendências que são apresentadas por Eliane Seidi & Célia Zannon (2004: 583). A primeira tendência é a mais abstrata e vasta, sendo bastante influenciada pelos estudos sociológicos, em que se baseiam em amostras da população que são aparentemente saudáveis, no sentido de não serem portadores de algum tipo de doença. Este primeiro caso, corresponde, da melhor forma, à concepção da OMS sobre a QdV, que é definida como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e

preocupações” (WHOQOL Group, 1995 *cit. in* Fontes, 2010: 5). Acrescentamos ainda que este conceito é abordado de uma maneira multicêntrica, tendo sido objetivo da OMS criar um instrumento de avaliação da QdV que fosse transcultural.

A segunda tendência vai de encontro à QdVrS (Qualidade de Vida relacionada com a Saúde), em que o seu objetivo se assemelha com o da primeira tendência apresentada, ou seja, os instrumentos de avaliação da QdVrS têm um caráter multidimensional e têm em conta a percepção dos indivíduos face à QdV de um modo geral. Só que, neste caso, são tidas em conta as especificidades das doenças dos indivíduos e as intervenções nesses estados de saúde. Existem autores que defendem que o uso de instrumentos de avaliação da QdVrS contribui para um conhecimento, mais aprofundado, acerca da QdV nestes casos específicos. Todavia, alguns autores consideram que estes instrumentos acabam por abordar, de uma forma muito restrita o conceito de QdV, contribuindo muito pouco para um conhecimento alargado desta noção (Seidl & Zannon, 2004: 583). Aqui, surge Ribeiro (1994: 181), que nos esclarece relativamente a estes dois pontos de vista, afirmando que a QdVrS pode ser abordada de uma forma genérica, isto é, avaliar a contribuição dos cuidados de saúde para a QdV dos indivíduos com doença; ou então, de uma maneira mais específica, ou seja, avaliar a quanto as doenças podem limitar a QdV desses indivíduos.

A associação do conceito de QdV com o estado de saúde dos indivíduos poderá ter sido favorecida pela definição clássica de saúde, produzida pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1946, em que a saúde corresponde a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença”. Existem autores como Marilyn Bergner (1989), James Fries & Patricia Spitz (1990) que consideram que os conceitos de QdV e saúde são unívocos, contribuindo para que Joyce Cramer (1993; 1994 *cit. in* Ribeiro, 1994: 183) defina a QdV da mesma maneira que o conceito de saúde apresentado pela OMS. Se nos focarmos na definição de saúde, esta fez com que passassem a existir iniciativas de promoção que se dirigissem ao bem-estar e à QdV das populações e não só relativamente ao controlo de sintomas, à diminuição da mortalidade ou ao aumento da esperança de vida (Canavaro & Serra, 2010: 5).

De modo a conseguir clarificar os conceitos de QdV e saúde, Kevin Smith *et al.* (1999 *cit. in* Seidl & Zannon, 2004: 584) fizeram alguns estudos que se basearam na importância dada a três grandes dimensões, nomeadamente: “saúde mental”, “funcionamento físico” e

“funcionamento social”, através da percepção dos indivíduos (que eram portadores de doenças crónicas), em relação à QdV e ao seu estado de saúde. Os resultados destes estudos indicaram que a dimensão que teve mais predição no *score* da QdV foi a “saúde mental/bem-estar psicológico”, acabando pela dimensão do “funcionamento físico” ter o menor poder preditivo. No que concerne ao estado de saúde, a dimensão com maior poder de predição foi a do “funcionamento físico”, que incluía variáveis como, por exemplo, a energia, a fadiga e a dor. Contudo, não podemos deixar de relembrar que a QdV não se define, somente, por fatores relacionados com a saúde, mas também, por fatores sociais, económicos e ambientais, que devem ser também tidos em conta, de igual modo, tal como defende Eugénia Anes (2005: 73).

No seguimento desta diferenciação quanto aos conceitos de QdV e saúde, fazemos menção a John Ware (1991 *cit. in* Ribeiro, 1994: 181), que considera que o conceito de QdV é mais abrangente que o de saúde, sendo a saúde um dos indicadores que são utilizados para avaliar a QdV das populações, isto é, a QdV e a saúde são conceitos distintos, dado que a QdV é o objetivo e a saúde o objeto de intervenção e, como tal, é investindo na saúde que se melhora a QdV (Ribeiro, 1994: 179). Também a Ann Bowling (1995 *cit. in* Anes, 2005: 73) defende esta ideia, chegando a acrescentar que, na sua opinião, o conceito de QdV considera também o bem-estar social, ao contrário do de estado de saúde. Anteriormente a esta afirmação, esta autora afirma que o conceito de estado de saúde corresponde às respostas dos indivíduos face aos efeitos físicos, mentais e sociais ocorridos, ao longo da vida diária.

No início da década de 90, a OMS fundou um grupo de investigação (WHOQOL Group) composto por diversos especialistas de várias culturas, com o objetivo de construir um instrumento de avaliação da QdV que fosse transcultural, tal como foi mencionado anteriormente. Com isto, as opiniões à volta do conceito de QdV começaram a consolidar-se, permitindo a este painel internacional de peritos estabelecer que este é composto por três pilares fundamentais: a subjetividade, a multidimensionalidade e a dimensão positiva-negativa, ou seja, há uma valorização da perspetiva e da percepção dos indivíduos, sendo estas mutáveis ao longo do tempo; prevê-se a interseção entre várias dimensões; e, por último, são incluídas, tanto dimensões positivas como negativas, estando prevista a presença e ausência de determinados elementos. Para além disso, não podemos deixar de destacar que os dados contidos nestes instrumentos de avaliação da QdV são, tanto quantitativos como qualitativos, indo ao encontro do conceito de QdV da OMS (Canavarro & Serra, 2010: 233).

Segundo Vasco Magalhães (Archer *et al.*, 2001: 222), a QdV não é algo linear, uma vez que não é adquirida de uma só vez, nem para todos os indivíduos da mesma maneira. Existe desde logo a questão que deve ser tida em conta, que se baseia no facto de “ter” e de “ser”, isto é, recorrendo ao exemplo dado pelo autor, “Hoje é do senso comum que ter saúde e ter dinheiro não bastam à tal qualidade. Mas, “não ter”, pelo menos nos mínimos que se podem discutir, também não parece admissível.”. Desde logo, chegamos à conclusão que a QdV não pode ser medida somente de modo quantitativo, mas sim, através de um sistema equilibrado de indicadores.

Chamamos ainda à atenção para os cuidados que o WHOQOL Group tem nos seus processos de avaliação da QdV. Em primeiro lugar, devemos ter em mente o carácter transcultural dos instrumentos desenvolvidos por este grupo de investigação, porque a estrutura base do modelo de QdV da OMS deve ser aceite e compreendida pelas diversas culturas, existindo a possibilidade de essa cultura adicionar novas facetas, para ir ao encontro da sua realidade cultural. Em segundo lugar, tendo em conta que o conceito de QdV é dinâmico e dado que o aparecimento de aspetos específicos são tidos em conta nesta avaliação, vão surgindo módulos específicos para esses determinados contextos como, por exemplo, instrumentos de avaliação da QdV vocacionados para os idosos (Spilker, 1990 *cit. in* Ribeiro, 1994: 183). Em terceiro lugar, o facto de existirem estados clínicos que poderiam modificar, de alguma forma, a QdV desses indivíduos, fizeram com que existisse a necessidade de criar instrumentos de avaliação específicos para esses casos, como até já fizemos referência precedentemente. Em quarto e último lugar, temos o caso das populações com necessidades especiais, como é o caso das pessoas portadoras de deficiência/incapacidade, que fez com que se esteja a desenvolver um módulo específico para estes casos (Canavarro & Serra, 2010: 16-17).

1.6. A qualidade de vida no envelhecimento

Consideramos bastante relevante, nesta sequência, apresentar os fatores que podem contribuir para a QdV no envelhecimento e, como tal, podemos, desde já, afirmar que, com o crescimento da população idosa nos países industrializados, onde a esperança de vida não para de aumentar, a questão da QdV torna-se bastante atual. Isto, porque, apesar de se verificar este aumento da esperança de vida, nem sempre a QdV foi acrescentada a este “somar de anos”, ou seja, surge a preocupação de “dar mais vida aos anos” (Paúl, 1997: 7; Pino, 2003: 189).

Deste modo, Henrique Ramos (Archer *et al.*, 2001: 226) estabelece os seguintes fatores que condicionam a QdV no envelhecimento, nomeadamente: a saúde e capacidade funcional, no âmbito da realização das atividades da vida diária e das atividades instrumentais da vida quotidiana; as relações interpessoais, que façam com que o idoso se sinta acompanhado e estimado pelos que o rodeiam; a independência, sendo esta definida como a capacidade do idoso conseguir organizar as suas tarefas diárias e escolher as atividades que desejam fazer; a convicção de que é útil, quer por ser visto como alguém com bastante sabedoria dada a sua experiência de vida, quer por ser útil à sociedade em termos de contribuição económica; e, por último, a ausência de condições económicas asfixiantes. No decurso desta ideia, Alberto Pino (2003: 190) afirma que, para que haja uma ótima QdV no envelhecimento, é necessário “un intelecto sin alteraciones, ausencia de problemas mentales, hábitat satisfactorio, buenos amigos, familia acogedora y comprensiva, seguridad económica para obtener los mínimos necesarios, hogar adecuado y sensación de bienestar o felicidad”.

De acordo com a perspectiva da Gerontologia Social, devemos ter em conta dois princípios fundamentais. O primeiro consiste no facto de os fatores e critérios que influenciam a boa QdV dos idosos serem, provavelmente, os mesmos que se aplicam aos indivíduos de outras faixas etárias, isto é, o fator idade não é, normalmente, um pressuposto que nos leve a fazer diferenciações quanto aos fatores e critérios que definem a QdV. O segundo vai de encontro à ideia de que, na sociedade contemporânea, a experiência de ser uma pessoa idosa é determinada muito mais por fatores económicos e sociais, do que pelas suas características biológicas ou individuais (Bond & Corner, 2004: 4).

2. Apresentação do estudo

2.1. Problema de investigação

Após a exposição do enquadramento teórico que está na base da nossa investigação, de modo a que consigamos realizar uma pesquisa inovadora, procedemos à formulação de uma questão de partida, que tenta refletir, da maneira mais elucidativa possível, o que a investigadora pretende estudar. Como tal, esta etapa requer bastante empenho, uma vez que uma questão de partida mal formulada poderá pôr em causa todo o estudo, pois esta “é um fio condutor da investigação” (Quivy & Campenhoudt, 2005: 44).

Deste modo, salientamos que, para que uma questão de partida esteja bem formulada, é imprescindível que esta seja clara, exequível e pertinente, ou seja, deve ser possuidora das seguintes características: “a) claras, precisas e concisas; b) realistas e viáveis, passíveis de proporcionar uma investigação empírica exequível face aos recursos mobilizáveis; c) pertinentes, designadamente no âmbito da disciplina, d) nem metafísicas nem moralizadoras; e) suscetíveis de proporcionar alguma contribuição original; f) não devem ser falsas nem retóricas” (Gonçalves, 2004: 36).

Com base nos critérios apresentados, assim como na pesquisa bibliográfica efetuada, estabelecemos a seguinte questão de partida: “Em que medida as relações que os idosos estabelecem com as famílias que os acolhem contribuem para a perceção da sua QdV?”.

Desta maneira, estabelecemos os seguintes objetivos específicos: (1) caracterizar as FAI; (2) caracterizar sócio-demograficamente os idosos residentes nas FAI; (3) descrever as relações dos idosos nas FAI; (4) identificar quais as alterações ocorridas no âmbito das FAI, ao nível das relações dos idosos; (5) descrever a QdV dos idosos; e, por último, (6) verificar a perceção dos idosos acerca da sua QdV.

Deste modo, consideramos que as relações que os idosos mantêm e/ou estabelecem com as FAI, as comunidades onde se inserem as FAI, as famílias de origem (FO) e as comunidades dos locais de origem, podem contribuir, positivamente, não só para uma adaptação bem-sucedida, mas também, para que haja uma manutenção da identidade dos idosos, apesar da transição das suas habitações para uma nova situação (FAI) (Mallon, 2005: 176-177). Neste sentido, fazemos referência a Marciano Vidal (Archer *et al.*, 2001: 223-224),

que considera que a QdV dos indivíduos influencia a sua identidade, ou seja, “o parâmetro global da qualidade de vida é a realização, para o maior número possível de homens e mulheres e pelo tempo mais longo possível, das condições de vida correspondentes à dignidade humana”, chegando a acrescentar que “a qualidade de vida designa a autorrealização desenvolvida e plena do Homem, designa o encontro com a sua própria identidade”.

2.2. Modelo de análise

Como vimos até ao momento, o envelhecimento é um processo singular, consistindo na diminuição da eficácia e produtividade, tendo a presença ou não de doença que invalida mais ou menos os indivíduos, ao nível físico e mental, tendo consequências na independência e bem-estar, mas também, na QdV (Archer *et al.*, 2001: 226). Acompanhando este processo surgem, por vezes, indivíduos que pertencem às redes de apoio informal dos idosos que passam a prestar cuidados regulares aos idosos, não remunerados, sem ter qualquer obrigação formal, sendo, maioritariamente, os familiares que assumem estas funções (Sousa, *et al.*, 2004: 63).

Segundo Pimentel (2005: 57), o progressivo envelhecimento associado à diminuição da taxa de natalidade que leva a uma diminuição do número de filhos; ao aumento da esperança de vida que consequentemente faz o número de idosos necessitados de cuidados aumentar; ao crescente número de divórcios e aumento claro da mobilidade geográfica dos indivíduos que diminui a proximidade física dos membros da família; e ao aumento das mulheres com uma carreira profissional, que conduz a uma diminuição da disponibilidade de prestação de cuidados prolongados, faz com que haja uma crescente procura de respostas sociais.

Deste modo, surgem as FAI, com o Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro, consistindo na colocação temporária ou permanente de adultos (idosos ou com deficiência) em domicílios particulares, a título oneroso, com vista a diversificar a rede de respostas destinadas a estes indivíduos. Considera-se que seja uma alternativa “mais humana e personalizada”, visando evitar ou retardar, durante o maior período de tempo possível, o recurso a respostas institucionais. A realidade das FAI é, ainda, pouco conhecida em Portugal, fazendo com que não haja um conhecimento acerca da realidade dos idosos acolhidos neste tipo de resposta social.

Para além disso, salientamos que os idosos estão sujeitos a grandes níveis de stress provocados pelas mudanças ocorridas, nesta última fase de vida, como é o caso da ida para a

FAI. Sendo assim, as redes de apoio social surgem como um recurso que permite combater as consequências adversas de saúde fruto dessas alterações, fazendo com que existam indivíduos que não sofram dessas patologias.

Uma vez que não existem estudos acerca da realidade das FAI e dado que consideramos que as FAI são uma situação híbrida entre o cuidado em família e o cuidado em instituição: trata-se de uma ambiente familiar, em que se são famílias que acolhem idosos nas suas residências; como apresenta, também, características institucionais, em que existe uma obrigatoriedade formal das FAI em dar resposta a todas as necessidades dos idosos; iremos recorrer ao caso dos lares de idosos, que é um espaço institucional que tem sido alvo do interesse de vários autores, como é o caso de Isabelle Mallon (2003: 126), que considera que, para que seja possível construir uma “casa” num lar, é necessário existir um espaço apropriado e uma ocupação do tempo, podendo, a nosso ver, estes dois aspetos serem aplicados, também, ao caso das FAI. A autora acrescenta que o modo como o processo de institucionalização ocorre irá condicionar a criação da “casa”, sendo as motivações dos idosos e os intervenientes neste processo fatores de relevância. Também a forma como o próprio processo de envelhecimento decorre pode condicionar, dado que existem aspetos, como é o caso da doença, que podem antecipar os “efeitos da idade”.

Para os idosos, o ingresso nos lares (ou, no nosso caso, nas FAI) poderá ser comparado ao ingresso na vida ativa dos jovens adultos que, ainda, permanecem na casa dos pais e têm em vista a sua emancipação com uma pequena exceção: enquanto os jovens adultos procuram a sua independência, os idosos aguardam a chegada da sua dependência, lutando, diariamente, no sentido de adiar, o mais possível, o inevitável. Neste sentido, procuram evitar, ao máximo, o contacto com os outros idosos, que se encontram na mesma situação que eles, e tentam adquirir um estatuto de independência, face aos ditos “dependentes”. Para Mallon, a procura do anonimato tão desejado, na medida em que poderia constituir uma proteção contra eventuais juízos, assemelha-se difícil ou mesmo impossível. Sendo assim, estes idosos procuram, nas relações de impessoalidade, o respeito que se começa a perder, quando as relações de proximidade são em demasia (Singly, 2001: 241-242).

No entanto, salientamos que a ligação com os profissionais e os familiares é uma peça fundamental para que os idosos se sintam apoiados, podendo este facto ser, por si só, o garante de uma adaptação bem-sucedida a uma nova realidade (Mallon, 2003: 126). Os adjuvantes

mais eficazes para a reconstrução de um mundo estável são, neste sentido, os representantes da instituição que fornecem aos idosos um lugar, que estes reconhecem como a sua “casa”, o que os leva a manter uma relação com eles mais personalizada. Em alguns casos, pode-se mesmo considerar que são uma família substituta para os idosos que já não têm família (Mallon, 2003: 130).

Os idosos, quando estão institucionalizados, preferem o isolamento e a abstenção de todo um rol de atividades, que têm em vista a integração, visto que, para estes indivíduos, a influência de outros institucionalizados poderá constituir um problema, no sentido de se deixarem influenciar por “maus comportamentos”, segundo as palavras de Mallon. Este receio traduz-se num isolamento caracterizado pela procura de refúgios, nomeadamente, os seus quartos, onde revivem momentos passados, recheados de lembranças que poderão transmitir uma certa tranquilidade que não encontram, no seio destas instituições, onde as relações são, praticamente, inexistentes, muitas vezes, por “culpa” dos próprios idosos que evitam estabelecer futuras relações de dependência (Singly, 2001: 241). O mesmo pode acontecer no caso das FAI, uma vez que, também, é frequente existirem outros idosos em situação de acolhidos, com os quais os idosos recém-chegados adotam uma postura de autoproteção, evitando o contacto com eles.

Salientamos, ainda, que a questão do medo persiste nas questões de amizade, nas quais, os idosos não “investem”, tão afincadamente, quando encarada uma possível interrupção imposta pelo ciclo de vida. Como tal, as “raras amizades novas formam-se nos primeiros tempos de instalação no lar de idosos, antes da produção dos mecanismos de protecção” (Singly, 2001: 249). O idoso acaba por manter uma ligação com amigos exteriores à instituição, procurando, assim, continuar a ser visto como um indivíduo singular e não como um indivíduo com uma determinada idade e fugindo, também, das amizades internas do lar, às quais, estão, muitas vezes, confinados (Singly, 2001: 250). O mesmo pode ocorrer nas FAI, dado que os idosos acolhidos podem ter uma preferência em estabelecer relações de proximidade com indivíduos exteriores à FAI, que vivam na comunidade onde se insere a FAI por exemplo, em detrimento dos restantes idosos na situação de acolhidos.

Para além disso, consideramos importante que, tal como nos lares de idosos, nas FAI também se podem observar indivíduos que, pela força da idade, são considerados “velhos”, mas também, idosos debilitados e, por isso, dependentes, isto é, “velhos” no sentido cronológico,

mental e físico. Todavia, a distinção entre “dependentes” e “independentes” acaba por não se ajustar à realidade, onde os “independentes” acabam por ser “dependentes” de um destino a curto prazo, que é a morte. Os lares de idosos são, também, constituídos por um “espaço público”, onde imperam idosos incapacitados e indiferentes ao mundo que os rodeia, ignora e “se serve” deles. Estes indivíduos limitam-se, por exemplo, a olhar para a televisão e a ver toda uma vida a passar à frente dos seus próprios olhos, sem que dela possam ter consciência (Singly, 2001: 243-245).

No que diz respeito aos quartos, estes são “espaços privados” que são encarados como santuários, onde os idosos de boa saúde recordam o seu passado e é um refúgio essencial à manutenção da sanidade física e mental, devendo ser, por isso, respeitados e invioláveis, havendo regras destinadas aos idosos “independentes”. Ao contrário do que seria desejável, os idosos menos capacitados não beneficiam deste estatuto de “sagrado”, facto que se deve a estes não se apresentarem em perfeita saúde, acabando por ser “marginalizados” e privados dos seus direitos, quer à intimidade corporal, quer à propriedade de um espaço próprio. São comportamentos destes, à margem do que é aceitável, que faz com que os idosos “dependentes” temam, ainda mais, o seu futuro, nestas instituições, pois associam a perda do respeito às incapacidades físicas e mentais, que possam advir da velhice (Singly, 2001: 251-253). Neste sentido, a existência de quartos para os idosos acolhidos nas FAI, se possível, individuais, pode fazer com que estes se sintam melhor acolhidos, uma vez que possuem um espaço próprio, onde se podem sentir mais próximos do seu passado, através da manutenção dos seus objetos pessoais, por exemplo.

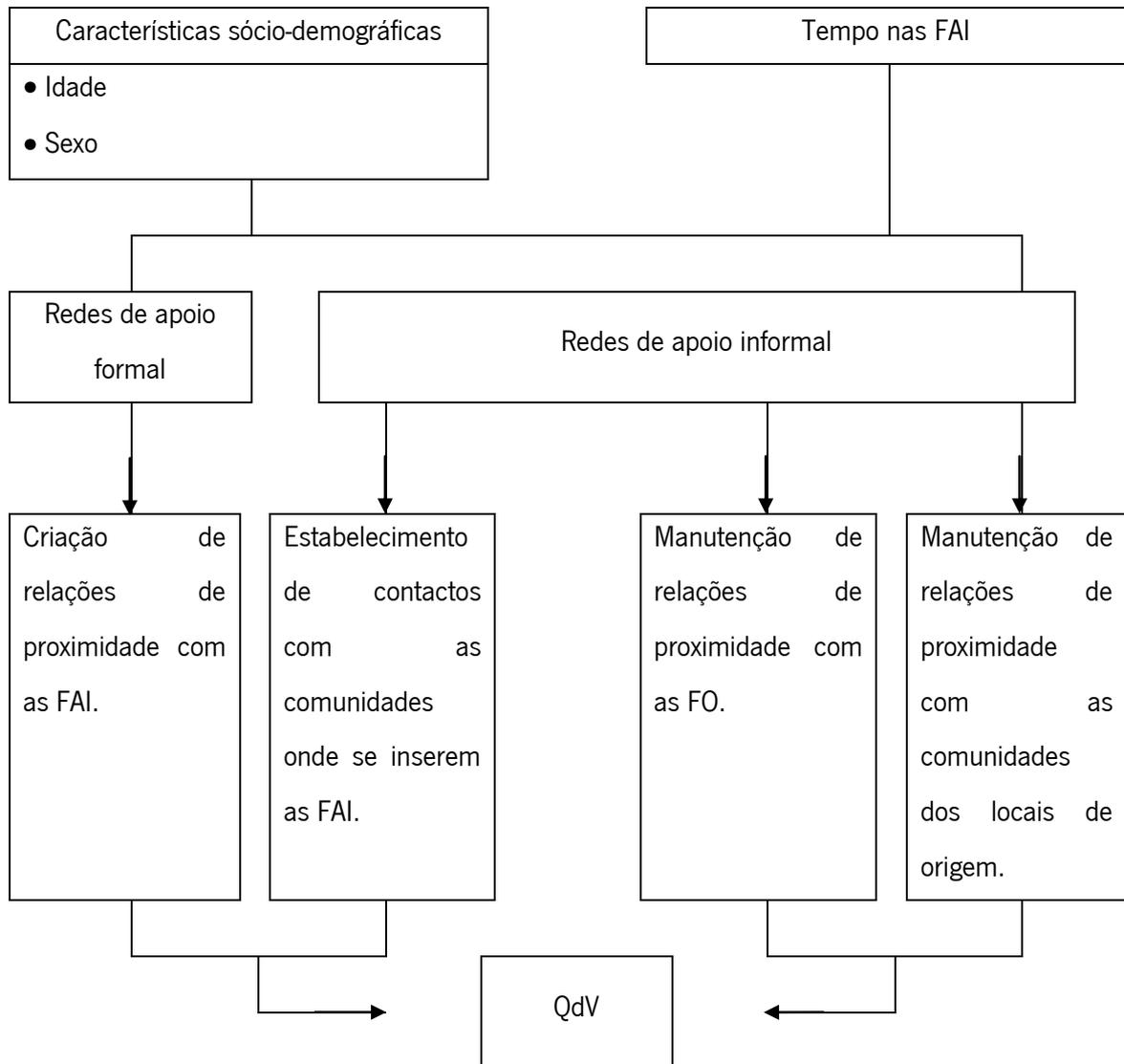
Em relação à continuidade entre a casa onde os idosos habitavam anteriormente e a nova situação é conseguida com o auxílio do próprio espaço exterior ao lar de idosos, de acordo com Mallon (2003: 128), ou seja, normalmente o lar de idosos é escolhido o mais próximo possível do local de residência dos idosos, de modo a tornar o acesso dos amigos e vizinhos da comunidade do local de origem mais facilitado. O facto de a área ser familiar aos idosos faz com que seja possível realizarem pequenos passeios, dado que conhecem a zona, visitar amigos/vizinhos e até a sua residência anterior.

No que se refere à manutenção das residências “secundárias”, que correspondem às residências onde os idosos habitam anteriormente, esta é um suporte à identidade pessoal dos idosos, segundo Mallon (2005, 175-176), porque, pelo menos nos inícios da vida nas

instituições, são áreas centrais para o equilíbrio dos idosos. As residências “secundárias” fornecem um abrigo, real ou imaginário, em que são projetados, ou visitados como abrigos de memória, onde tudo permaneceu igual, após o processo de institucionalização. A autora chega mesmo a afirmar que se trata de ilhas de continuidade entre a vida em casa e a vida nas instituições, em que as mudanças ocorrem a um ritmo lento, visto que, gradualmente, o seu apoio vai sendo de menor relevo, à medida que a adaptação vai ocorrendo. Neste sentido, as residências “secundárias” passam de uma função de apoio para se tornarem um ponto de reunião, de acordo com a maior ou menor acessibilidade da família e dos amigos (Mallon, 2005: 176).

Contudo, é a família que dá, também, sentido aos espaços que estão fora do controlo da instituição, como é o caso do quarto do idoso e dos espaços exteriores da instituição. Nestes locais, as relações familiares apoiam a identidade do idoso, fazendo com que este relembre a sua história pessoal e o facto de o idoso fazer parte de um grupo de indivíduos, em que desempenha o papel de “pai-idoso”, diferente da identidade atribuída pela instituição ao idoso. Em contraponto, as tensões familiares, a ausência dos parentes, as lacunas familiares na materialização do espaço, o despojo da decoração do quarto da instituição, a ausência de pontos de fuga fora do estabelecimento, levam a um enfraquecimento da identidade do idoso (Mallon, 2005: 177).

Figura 1: Modelo de análise



2.3. Hipóteses: formulação e fundamentação

Após a formulação e fundamentação da questão de partida: “Em que medida as relações que os idosos estabelecem com as famílias que os acolhem contribuem para a percepção da sua QdV?” e, posteriormente, termos elaborado um quadro teórico de referência sobre esta temática, passamos a apresentar as hipóteses de investigação que foram construídas.

Em primeiro lugar, salientamos que uma investigação pode ser detentora de uma ou mais hipóteses, que são formuladas, sob a forma de afirmações, baseadas no quadro teórico que foi estabelecido, enunciando, deste modo, as possíveis soluções para o problema que originou a investigação, ou seja, “As hipóteses teóricas principais decorrem directamente da problemática teórica definida pelo investigador e enunciam a(s) relação(ões) que o investigador pretende testar, ou seja, a explicação que ele supõe poder ter encontrado para um determinado problema de investigação, mas, cuja veracidade deverá testar” (Maia *et al.*, 2002: 191).

Para além disso, é importante realçar que a formulação de hipóteses de investigação torna-se fulcral, porque estas são “a melhor forma de a conduzir [investigação] com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e de curiosidade” (Quivy & Campenhoudt, 2005: 119), pois conseguimos, desta maneira, seleccionar os dados que são pertinentes para a nossa investigação.

Tendo em conta o quadro teórico desenvolvido, estipulamos como hipótese de investigação que, quando os membros das FAI estabelecem relações de muita proximidade com os idosos, ao ponto de os considerar como elementos da família, os idosos, por sua vez, acabam por ter uma melhor percepção da sua QdV, uma vez que, segundo Mallon (2003: 126), a ligação com os representantes da instituição é algo fundamental para que os idosos se sintam apoiados, podendo, este facto pode contribuir para que haja uma adaptação bem-sucedida à nova situação e, em alguns casos, pode-se mesmo considerar que são uma família substituta para os idosos que já não têm família (Mallon, 2003: 130).

Para além disso, prevemos que, no caso dos idosos em que são proporcionados contactos, não só com os membros das FAI, mas também, com as comunidades onde se inserem as FAI, os idosos apresentem níveis de QdV mais elevados. Dado que os idosos, normalmente, adotam uma postura de autoproteção para com os outros idosos nas instituições,

por terem receio de investir tão afincadamente, quando existe a possibilidade de uma interrupção imposta pelo ciclo de vida (Singly, 2001: 249), estes acabam por tentar manter uma ligação com amigos exteriores á instituição (neste caso, às FAI), procurando, desta forma, continuarem a ser vistos como indivíduos singulares e não como um indivíduo com uma determinada idade e fugindo, também, das amizades internas, às quais estão, muitas vezes confinados (Singly, 2001: 250).

Estabelecemos, ainda, como hipótese de investigação que os idosos, apesar de estarem acolhidos nas FAI, conseguem manter as relações de proximidade com os membros das comunidades de origem, visto que a continuidade entre a casa onde os idosos habitavam anteriormente e a nova situação é conseguida com o auxílio do próprio espaço exterior ao lar de idosos, de acordo com Mallon (2003: 128) e, no nosso caso, das FAI, ou seja, normalmente a instituição é escolhida o mais próximo possível do local de residência dos idosos, de modo a tornar o acesso dos amigos e vizinhos da comunidade do local de origem mais facilitado. O facto de a área ser familiar aos idosos faz com que seja possível realizarem pequenos passeios, pois conhecem a zona; visitar amigos/vizinhos e até a sua residência anterior.

Por último, consideramos os idosos acolhidos nas FAI preservam as relações de proximidade com as FO, uma vez que são as famílias que dão, também, sentido aos espaços que estão fora do controlo da instituição, como é o caso dos quartos dos idosos e dos espaços exteriores da instituição, de acordo com Mallon (2005: 177). Como mencionamos anteriormente, nestes locais, as relações familiares apoiam as identidades dos idosos, fazendo com que estes relembrem as suas histórias pessoais e o facto de os idosos fazerem parte de um grupo de indivíduos, em que desempenha o papel de “pais-idosos”, diferente da identidade atribuída pela instituição aos idosos. Em contraponto, as tensões familiares, a ausência dos parentes, as lacunas familiares na materialização do espaço, o despojo da decoração do quarto da instituição, a ausência de pontos de fuga fora do estabelecimento, levam a um enfraquecimento das identidades dos idosos.

2.4. A opção pelo método hipotético-dedutivo

Uma vez que a Sociologia se preocupa em estudar, compreender, prever e intervir na realidade social, esta recorre ao uso de métodos científicos, para que, no final, seja permitido retirar ilações, no que diz respeito aos fenómenos analisados. Como tal, nesta investigação, utilizamos o método hipotético dedutivo, no qual há uma valorização do conhecimento científico construído até ao momento inicialmente e, com base na pesquisa bibliográfica, são formuladas hipóteses de investigação que são, posteriormente, confrontadas com a realidade empírica, a fim de testá-las.

Por outras palavras, o tipo de análise, que iremos executar, consistirá na observação de casos particulares que têm como ponto de partida as teorias já existentes, no âmbito da Sociologia. Neste caso, partimos de ideias gerais e abstratas fornecidas pelas teorias, as quais, confrontamos com a realidade social, isto é, formulamos um conjunto de hipóteses que são sujeitas a uma verificação.

2.5. População-alvo e seleção da amostra do estudo

Em relação à população (ou universo), esta pode ser entendida como um conjunto de elementos que têm em comum uma ou mais características, sendo, por isso, abrangidos por uma mesma definição, isto é, “À totalidade destes elementos, ou das «unidades» constitutivas do conjunto considerado, chama-se «população», podendo este termo designar tanto um conjunto de pessoas como de organizações ou de objetos de qualquer natureza” (Quivy & Campenhoudt, 2005: 159).

A população desta investigação são os idosos residentes no Concelho de Vila Nova de Famalicão, que se encontram acolhidos nas FAI. Para isso, recorreremos à listagem de todos estes casos, através da Segurança Social, podendo, assim, proceder-se, à construção da amostra deste estudo. No que se refere à escolha deste Concelho, esta baseia-se na proximidade geográfica com o local de residência da investigadora envolvida nesta investigação, uma vez que é de todo o nosso interesse conhecermos, de forma mais aprofundada, a realidade que nos

rodeia e, ainda, pelo facto de existirem restrições financeiras e temporais ao desenvolvimento de um estudo mais extenso.

Salientamos que os idosos foram selecionados aleatoriamente, de entre os indivíduos não portadores de handicaps graves ao nível da comunicação, de modo a não pôr em causa o tipo de informação recolhida. Desta maneira, os idosos selecionados para este estudo têm idades a partir dos 60 anos.

Em relação à recolha dos dados, importa salientar que esta ocorre em dois momentos distintos: a primeira recolha foi realizada em maio de 2010, no âmbito da realização de um estudo exploratório, que tinha em vista a recolha de dados acerca das relações intergeracionais no âmbito das FAI; e a segunda recolha ocorreu em abril de 2012, realizada no âmbito desta Dissertação de Mestrado, tendo sido preparada em função da recolha de dados acerca das relações dos idosos acolhidos nas FAI; havendo, desta forma, um intervalo de dois anos, aproximadamente.

Apesar de termos definido a população-alvo, não é possível termos em conta todos os seus elementos, dado que tornar-se-ia bastante custoso e levaria imenso tempo a observá-los na sua totalidade, isto é, “Uma vez delimitada a população (...), nem sempre é possível, ou sequer útil, reunir informações sobre cada uma das unidades que a compõem” (Quivy & Campenhoudt, 2005: 159). Sendo assim, procedemos à seleção de parte dos elementos da população, de forma a que estes representem a população em causa, designando-se este grupo por amostra e representa-se através de n .

Relativamente à técnica de amostragem, refira-se que existem dois tipos de amostras: as representativas e as não representativas, em que “As primeiras, réplicas do universo, aproximam-se das suas propriedades e parâmetros. As segundas são gizadas com outros propósitos que não passam necessariamente pela procura de uma réplica” (Gonçalves, 2004: 48). Nesta investigação, utilizámos uma amostra não representativa, pois o nosso objetivo não é proceder a uma generalização dos dados, mas antes, realizar uma análise mais aprofundada sobre uma determinada realidade, ou seja, “Estes estudos visam mais a apreensão de lógicas e de processos sociais do que a inferência e a generalização estatística” (Gonçalves, 2004: 56).

Como tal, o número total de idosos, que faziam parte da amostra do nosso estudo inicialmente, era de 17 e, no segundo momento de recolha de dados, passou a ser 13, visto que alguns idosos faleceram e outros mudaram de residência. Os idosos foram selecionados

aleatoriamente, a partir de uma base de dados disponibilizada pela Segurança Social do concelho de Vila Nova de Famalicão. Acrescentamos que esta era composta por 145 indivíduos, sendo, a sua maioria, composta por indivíduos portadores de deficiências e problemas graves de saúde. Para nos ajudar na seleção dos idosos sem handicaps graves, de forma a não pôr em causa o tipo de informação recolhida, tivemos ajuda da responsável da Segurança Social, que tem conhecimento acerca das características dos indivíduos em causa, de modo a indicar-nos se estes estão em condições de conseguir de responder às questões que serão colocadas no decurso das entrevistas.

2.6. Técnica de recolha de dados sobre as relações dos idosos

A escolha da técnica a usar assume um carácter fundamental, no decorrer de um estudo, em Ciências Sociais, por ser um instrumento-chave na recolha de todo um conjunto de informação que, além de servir de suporte ao desenrolar da investigação, irá permitir a verificação ou não das hipóteses, anteriormente colocadas.

De entre as várias técnicas de recolha de dados existentes, optamos pela entrevista semidiretiva, baseando-se esta escolha no facto de ser necessário existir alguma liberdade, tanto por parte dos entrevistados como por parte da investigadora, para que fosse possível recolher o máximo de informação possível acerca das relações dos idosos acolhidos nas FAI, mas de uma forma controlada.

Segundo Rodolphe Ghiglione e Benjamin Matalon (1997: 64), “A entrevista é um encontro interpessoal que se desenrola num contexto e numa situação social determinados, implicando a presença de um profissional e de um leigo”, ou seja, a entrevista pode ser entendida como uma situação social de interação face-a-face, que terá como intervenientes a investigadora que apresenta este estudo e os entrevistados, que irão contribuir para a obtenção dos dados empíricos.

A entrevista é “semi-directiva no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas” (Quivy, 1995: 192), isto é, apesar de a entrevistadora possuir um guião de entrevista (ver **anexos 1 e 2**), onde se encontram as questões-base, esta não terá necessariamente de seguir a ordem ou a formulação prevista das mesmas. Sendo assim, esta técnica apresenta como vantagem o facto de oferecer uma

liberdade controlada a ambas as partes intervenientes (entrevistadora/entrevistados) e, conseqüentemente permitir uma adaptação, no decorrer das entrevistas, a cada um dos entrevistados. Além dos aspetos anteriormente mencionados, é de salientar a espontaneidade decorrente da aplicação deste tipo de entrevista, quer pelo “à-vontade” que será transmitido pela entrevistadora que se poderá refletir positivamente nas respostas dos entrevistados, quer pela aplicação de questões personalizadas.

Não obstante, a entrevista semiestruturada pode-se revelar menos vantajosa, pois, tal como todas as técnicas, possui as suas desvantagens, sendo que, neste caso, se prende essencialmente com a preparação da própria entrevistadora. Isto, porque será necessário que esta possua uma capacidade de filtrar a informação relevante, de modo a descartar a restante. Para além disso, a investigadora terá de transmitir aos entrevistados, ainda que subtilmente, a importância das entrevistas para a investigação, caso contrário, estes poderão assumir uma postura de indiferença e de não seriedade, influenciando negativamente os resultados. Desta forma, cabe à investigadora saber “dosear” o grau de liberdade que irá atribuir à condução das entrevistas, de maneira a conseguir respostas espontâneas, mas ainda assim sérias, por parte dos entrevistados.

Dado que iremos proceder a uma análise longitudinal no que se refere às relações dos idosos nas FAI, com base nos dados recolhidos em dois momentos distintos, serão utilizados dois guiões de entrevista diferentes. Acrescentamos que será realizado um pré-teste de ambos os guiões, testando, assim, se estão aptos para a recolha da informação relevante para este estudo.

2.6.1. Estrutura dos guiões de entrevista

De seguida, passamos a explicitar de que modo o primeiro guião de entrevista (ver **anexo 1**) utilizado para a recolha de dados se encontra estruturado, ou seja, quais os objetivos de cada grupo de questões presente nesse guião, de forma a demonstrarmos a pertinência da sua existência para conseguirmos obter os dados empíricos.

Em primeiro lugar, temos o grupo de questões: “Contexto familiar e social do entrevistado antes do acolhimento pela FAI (condições objetivas e perceção de bem-estar ao nível habitacional e económico, organização da vida quotidiana, saúde e redes sociais)”, com o

qual pretendemos obter informações acerca da caracterização sócio-demográfica dos idosos residentes nas FAI. Afirmamos que, nesta primeira fase da entrevista, será essencial conseguir motivar os indivíduos, para que estes não adotem uma posição de indiferença e percebam a importância do seu contributo para esta investigação.

Segue-se a “Tomada de decisão sobre a opção pelo acolhimento na FAI (determinantes e responsabilidade na tomada de decisão)”, em que temos como objetivo identificar, tal como damos a entender na nomeação deste grupo, as determinantes e o responsável da/pela tomada de decisão. Também, neste ponto, serão recolhidas informações acerca o tempo dos idosos nas FAI e, ainda, sobre a distância entre o local de origem, que corresponde ao local onde os idosos viviam anteriormente, e o local onde se insere a FAI. Desta maneira, fazemos uma “ponte” para o grupo de questões seguinte, sem que os entrevistados se sintam incomodados, se forem interrompidos.

Dispensando mais atenção sobre as questões incluídas neste grupo, conseguiremos obter informações relevantes relativamente ao facto que mais contribuiu para a tomada de decisão acerca da ida para a FAI, que, por sua vez, pode estar relacionado com uma perda de QdV na FO.

Salientamos que o grupo de questões, referido anteriormente, será colocado, de modo a que conseguirmos direccionar os entrevistados para o tema fulcral deste estudo, isto é, determinar de que forma as relações dos idosos podem contribuir para uma melhor QdV nas FAI.

Através do grupo de questões: “Contexto familiar e social do entrevistado na FAI (relações com a família de origem, relações com a rede social de origem, relações com a FAI, relações com a comunidade onde se insere a FAI)”, ambicionamos adquirir informações sobre as relações com a FO, as relações com a rede social de origem, as relações com a FAI e, ainda, as relações com a comunidade onde se insere a FAI. Este grupo torna-se bastante relevante, dado que tencionamos, claramente, caracterizar as FAI, mas acima de tudo, tentaremos avançar com informações que descrevam as relações dos idosos nas FAI.

No que concerne aos “Significados atribuídos à experiência na FAI e ao próprio entrevistado”, pretendemos perceber de que maneira os idosos percecionam a forma como as pessoas mais velhas são tratadas pelas mais novas e de que modo os idosos interpretam a sua experiência quanto ao acolhimento nas FAI.

Face ao segundo guião de entrevista (ver **anexo 2**), este possui uma estrutura bastante semelhante à que foi anteriormente descrita, visto que este segundo guião pretende, também, ir ao encontro do tema essencial desta investigação.

Como tal, temos, inicialmente, o “Contexto familiar e social do entrevistado na FAI (relações com a FAI e relações com a comunidade onde se insere a FAI)”, onde ambicionamos recolher informações acerca da relação que o idoso tem com o cuidador, com os outros idosos na mesma situação de acolhimento, com os outros membros da FAI e, ainda, com os amigos e vizinhos da FAI.

Um segundo grupo de questões aborda o “Contexto familiar e social do entrevistado na FAI (relações com a família de origem e relações com a comunidade de origem)”, que se destina a perceber quais as relações existentes dos idosos com os seus familiares e com os amigos e vizinhos do meio de origem.

Fazendo referência a estes dois primeiros grupos de questões, importa destacar que tencionamos descrever as relações dos idosos nas FAI.

No que respeita à “Autoperceção do entrevistado face à sua rede social de apoio”, temos como objetivo obter informações, tal como a nomeação deste grupo indica, sobre a autoperceção da rede social de apoio dos idosos; acerca dos contactos com o exterior; e, ainda, sobre as pessoas que os idosos consideram mais importantes. Sendo assim, pretendemos adquirir informações que permitam descrever as relações dos idosos no âmbito das FAI.

Por último, este guião de entrevista reserva um grupo de questões destinadas às “Mudanças ocorridas no âmbito da FAI”, ou seja, estas questões serão aplicadas aos idosos que, depois da primeira recolha de dados, passaram a frequentar outros serviços que fazem parte das redes de apoio formal como, por exemplo, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio. Deste modo, as questões colocadas abordam aspetos como a tomada de decisão, o grau de satisfação e as relações dos idosos após a mudança.

2.7. Técnica de recolha de dados sobre qualidade de vida

É de notar que o nosso estudo baseia-se, ainda, nas informações recolhidas através de instrumentos de avaliação da QdV, nomeadamente: o EUROHIS-QOL-8 e o WHOQOL-OLD, que foram construídos à luz da perspetiva da OMS.

O WHOQOL-OLD não deve ser usado de forma isolada, pois trata-se de um módulo complementar e não como um substituto das medidas genéricas, apesar de conter dimensões específicas de QdV que são relevantes para os idosos. Como tal, iremos recorrer ao EUROHIS-QOL-8, que corresponde a uma versão abreviada do WHOQOL-BREF que possui 8 itens, tratando-se, também, de um instrumento de medida geral de QdV, de natureza multidimensional, que permite a recolha das perceções subjetivas dos indivíduos acerca da sua QdV.

O processo de adaptação, estandardização e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa, ainda, se encontra a decorrer, já tendo sido realizada a fase de tradução e a organização dos grupos focais com “profissionais em formação”. Após a análise de dados desse grupo, verificou-se a importância de existir uma diferenciação ao nível relacional, não somente em termos de relações sociais e de intimidade, mas também, ao nível das relações familiares (Canavarro & Serra, 2010: 245).

Com este processo, o WHOQOL-OLD possui, atualmente, 28 itens, sendo composto por 7 facetas, nomeadamente: “Funcionamento sensorial”, “Autonomia”, “Actividades passadas, presentes e futuras”, “Participação social”, “Morte e morrer”, “Intimidade” e “Família/Vida familiar”. O Centro Português de Avaliação da QdV da OMS (Grupo WHOQOL em Portugal) encontra-se, neste momento, a proceder à validação do instrumento WHOQOL-OLD e, de forma a podermos utilizar um instrumento de avaliação da QdV adequado às perspetivas e perceções dos idosos em Portugal, foi estabelecido um protocolo, a fim de também contribuirmos com os dados recolhidos para o nosso estudo para a validação do WHOQOL-OLD,

Aproveitamos, desde já, para informar que, tanto o EUROHIS-QOL-8 como o WHOQOL-OLD, utilizam uma escala de resposta de tipo Likert (1-5) e que valores obtidos por cada faceta podem oscilar entre 4 e 20 (Canavarro & Serra, 2010: 242). No caso específico do WHOQOL-OLD, é possível obter resultados por facetas e um resultado global, em que os valores mais elevados correspondem a uma maior QdV.

No que diz respeito à administração, tanto dos guiões de entrevista como do EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD, estes foram administrados pela investigadora, permitindo, sempre que necessário, realizar mais algumas questões, para poder aprofundar alguns aspetos acerca das relações dos idosos nas FAI, no caso dos guiões de entrevista, e não pondo em causa a recolha de informação necessária, uma vez que alguns idosos podiam não estar em condições de conseguir responder, apropriadamente, às questões, caso o EUROHIS-QOL-8 e o WHOQOL-OLD sejam autoadministrados.

Para além disso, as entrevistas foram realizadas nas respetivas habitações onde os idosos residiam, para que estes se sentissem mais confortáveis e, também, foi solicitado às FAI que, se possível, a investigadora pudesse realizar as entrevistas isoladamente, num “espaço privado”.

2.8. Técnicas de análise das relações e da qualidade de vida

A técnica de análise das informações privilegiada é a análise de conteúdo, que “não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações” (Bardin, 2000: 31), isto é, esta técnica tem por base diversos procedimentos que têm como objetivo recolher a informação necessária para uma determinada investigação.

Através da análise de conteúdo, tencionamos revelar o que estava por detrás das palavras sobre as quais esta se irá debruçar, ou seja, com o recurso a esta técnica de recolha de informação pretendemos clarificar as diversas realidades através das mensagens, uma vez que estas são bastante ricas em significações, permitindo, posteriormente, fazer inferências.

No que concerne ao procedimento da análise de conteúdo, este organiza-se em três momentos, sendo eles: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira etapa desta técnica de recolha de informação, iremos selecionar os documentos que serão alvo da análise, iremos formular as hipóteses e os objetivos e, também, iremos elaborar os indicadores que irão fundamentar a interpretação. Seguidamente, partimos para a exploração do material, que será efetuada segundo as regras antecipadamente formuladas, operações de codificação, de desconto e de enumeração do material. Por último,

passamos ao tratamento dos resultados e à sua interpretação, isto é, os dados empíricos serão manejados, de maneira a tornarem-se válidos e relevantes.

Após executarmos a primeira fase da análise de conteúdo, sendo esta caracterizada pela transcrição das entrevistas semiestruturadas realizadas aos idosos residentes nas FAI, iremos realizar diversas leituras das mesmas, a fim de conseguirmos selecionar as unidades de registo e de contexto mais adequadas, que serão posteriormente utilizadas.

Antes de mais, é de referir que a unidade de registo consiste na “unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial”, enquanto que a unidade de contexto “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento de mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo” (Bardin, 2000: 104-105).

Sendo assim, a unidade de registo utilizada será o objeto ou referente, que consiste em analisar a informação recolhida segundo os seus temas-eixo, ou seja, tratarmos a informação à volta dos quais se organiza o discurso. Realçamos que, para a obtenção de uma boa análise de conteúdo, a unidade de registo selecionada assume um papel fundamental. Como tal, esta deve “ser a frase para a palavra e o parágrafo para o tema” (Bardin, 2000: 107), isto é, analisamos as informações contidas nas frases relativas a cada tema-eixo que será estipulado.

Tendo em conta a unidade de registo escolhida, os temas-eixo que estabelecemos para realizar na análise de conteúdo da informação, recolhida através da entrevista semiestruturada, serão os seguintes: “Contexto familiar e social do entrevistado antes do acolhimento em FAI”, “Tomada de decisão sobre a opção pelo acolhimento em FAI”, “Contexto familiar e social do entrevistado na FAI (Relações com a FAI e relações com a comunidade onde se insere a FAI)”, “Contexto familiar e social do entrevistado na FAI (relações com a família de origem e relações com a comunidade de origem)”; “Significados atribuídos à experiência na FAI e ao próprio entrevistado”; “Autoperceção do entrevistado face à sua rede social de apoio”. Desta maneira, com a análise de conteúdo das entrevistas, ambicionamos determinar de que modo as relações dos idosos podem contribuir para uma melhor QdV nas FAI.

Para além disso, também iremos recorrer ao apoio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), para que possamos analisar os dados recolhidos pelos questionários EUROHIS-QOL e WHOQOL-OLD. Desta forma, procederemos a uma análise

descritiva de todos os itens que compõem estes dois instrumentos de avaliação da QdV e, ainda, iremos efetuar testes t relativamente às facetas que compõem o WHOQOL-OLD (“Funcionamento sensorial”, “Autonomia”, “Actividades passadas, presentes e futuras”, “Participação social”, “Morte e morrer”, “Intimidade” e “Família/Vida familiar”), tendo em conta as variáveis “sexo” (masculino e feminino) e “idade” (< 80 anos e ≥ 80 anos). Este tipo de teste consiste na comparação entre as médias de uma variável quantitativa com dois grupos diferentes e em que as variâncias das respetivas populacionais são desconhecidas. A nossa escolha recai sobre o teste t , uma vez que a amostra do nosso estudo é de pequena dimensão ($N=13$), sendo, também, a QdV é uma variável contínua e, como tal, este teste é mais robusto para este tipo de variáveis.

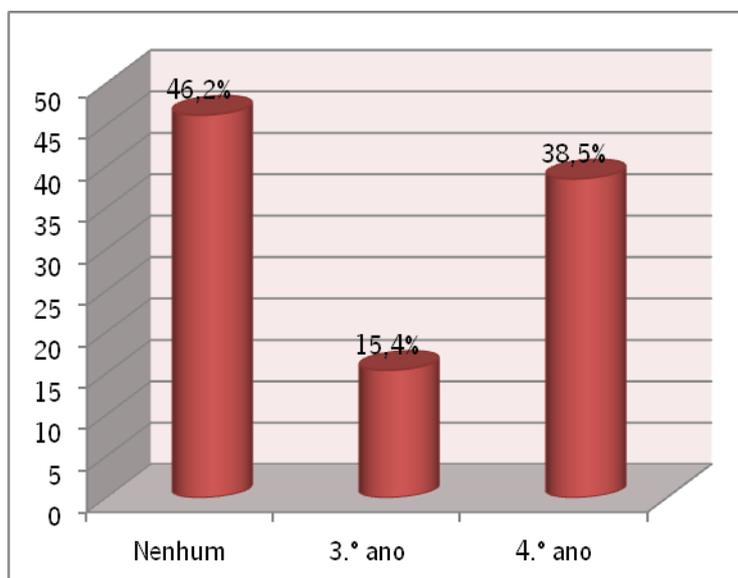
3. Análise e discussão de resultados

3.1. Caracterização sócio-demográfica

Relembramos que esta investigação incidiu sobre 13 indivíduos, com 60 e mais anos que residem nas FAI, que se encontravam em condições de saúde para dar uma entrevista e que aceitaram participar neste estudo em maio de 2010 e abril de 2012.

A idade dos entrevistados varia entre os 62 e os 94 anos, sendo a média das idades de 78 anos aproximadamente (77,92) (ver **anexo 3.1.**), sendo a maioria dos indivíduos do sexo feminino (61,5%) (ver **anexo 3.2.**). Salientamos que os indivíduos da amostra caracterizam-se por ter níveis de escolarização bastante baixos, variando entre analfabetos (46,2%) e indivíduos apenas com o 1.º Ciclo de Ensino (4 anos de escolaridade) (53,8%) (ver **anexo 3.3.**). No que respeita ao percurso de vida dos idosos entrevistados, é de notar que, na maioria dos casos, estes indivíduos tiveram uma vida bastante marcada pelo trabalho, o que também condicionou, claramente, a sua escolaridade escolaridade.

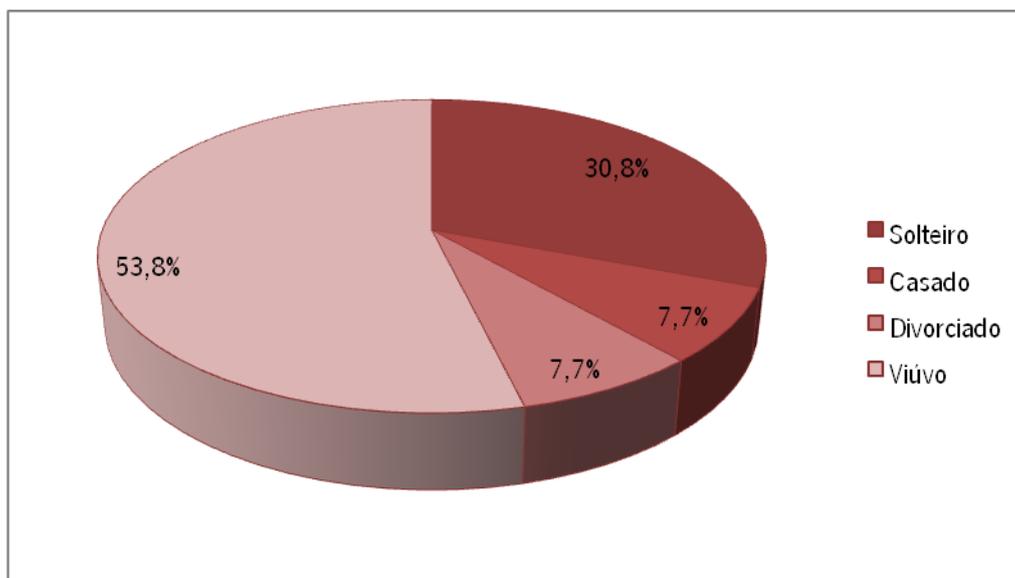
Gráfico 1: Nível de escolaridade dos indivíduos



Fonte: Estudo "Idosos em FAI".

Face ao estado civil dos idosos entrevistados, torna-se importante referir que 54% dos idosos entrevistados são viúvos (53,8%) (ver **anexo 3.4.**). A própria alteração da estrutura familiar, nomeadamente, o facto de, nos dias de hoje, as famílias serem cada vez menos numerosas, associada à emancipação da mulher, fez com que, muitos destes idosos não permanecessem na sua FO. O próprio ritmo acelerado que, atualmente, temos verificado ao nível do mercado de trabalho, faz com que os membros da família permaneçam cada vez menos tempo nas suas próprias habitações durante o dia, o que pode contribuir para que os idosos permaneçam um maior número de horas sozinhos em casa e, também, para que não recebam todos os cuidados que necessitam, de acordo com o seu estado de dependência.

Gráfico 2: Estado civil dos indivíduos



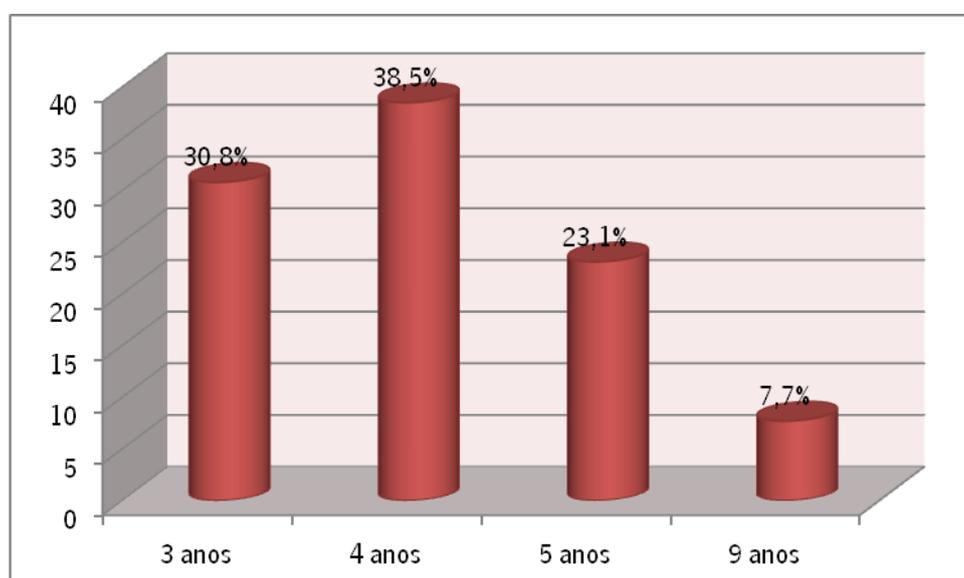
Fonte: Estudo “Idosos em FAI”.

No que diz respeito à “Tomada de decisão sobre a opção pelo acolhimento na FAI”, em nenhum dos casos recolhidos foi o próprio idoso que decidiu ir para a FAI. Deste modo, colocamos a hipótese desta situação ocorrer devido ao facto de existir um desconhecimento, por parte dos indivíduos, acerca da existência deste tipo de resposta social, ou, ainda, por desconhecerem quais são os procedimentos que devem ser tomados para usufruir desta resposta social.

Em relação aos agentes intervenientes que atuam, na maioria dos casos, são os familiares, mais concretamente, parentes que são bastante próximos do idoso, pertencentes ao sexo feminino, como, por exemplo, uma filha, ou no caso de ausência de filhos, uma sobrinha.

Após a tomada de decisão, torna-se importante referir que os idosos residentes nas FAI encontravam-se há, relativamente, pouco tempo nesta resposta social, quando realizamos a primeira fase de recolha de dados, não indo o tempo nas FAI muito além dos dois anos. Já na segunda fase de recolha de dados, o tempo dos idosos nas FAI varia entre 3 a 9 anos, sendo a média do tempo de acolhimento de 4 anos aproximadamente (4,31) (ver **anexo 3.5**).

Gráfico 3: Tempo durativo da permanência dos indivíduos nas FAI (abril de 2012)



Fonte: Estudo "Idosos em FAI".

Para além disso, consideramos que a distância entre os locais de origem – que correspondem aos locais onde os idosos viviam anteriormente – e os locais onde se inserem as FAI é um dado relevante, para que tenhamos em conta a possível influência que a distância poderá ter, no que se refere à permanência ou ausência das relações, não só com as comunidades dos locais de origem, mas também, com as FO. Como tal, observamos que, em média, os idosos acolhidos nas FAI encontram-se a 38 quilómetros de distância do local de origem aproximadamente, o que poderá ser um fator relevante que deverá ser tido em conta. Metade dos idosos, que compõem a nossa amostra, já viviam no Concelho de Vila Nova de

Famalicão e os restantes indivíduos habitavam em Concelhos próximos, também localizados na Região Norte de Portugal.

No que diz respeito às FA que foram alvo desta investigação, estas localizam-se um pouco por todo o Concelho de Vila Nova de Famalicão, não existindo, por isso, uma concentração das FAI num único local deste Concelho.

Em relação aos cuidadores dos idosos acolhidos, é de notar que, em todos os casos, são somente os próprios responsáveis das FAI, que correspondem a indivíduos do sexo feminino, confirmando o facto de, maioritariamente os cuidadores serem mulheres. Somente num dos casos foi assinalado pelo entrevistado que os seus cuidadores eram a responsável da FAI e o filho dessa mesma responsável, tendo sido um indivíduo do sexo masculino que nos transmitiu esta informação.

3.2. Relações com as FAI e relações com as comunidades onde se inserem as FAI

Inicialmente, explicitaremos quais os critérios de classificação das relações quanto ao grau de proximidade afectiva/emocional e apoio instrumental. Neste sentido, verificamos que, no caso das FAI, os idosos estabeleceram relações de grande proximidade e de alguma proximidade e, no que diz respeito às comunidades onde se inserem as FAI, estes criaram relações de alguma proximidade.

No que diz respeito às relações de grande proximidade com as FAI, observamos que existe dois tipos de apoio: emocional e instrumental. Em relação ao apoio emocional, este consiste na partilha de assuntos entre as FAI e os idosos, não só da rotina diária, mas também, de carácter mais pessoal; também se verifica que a tomada de decisão é mútua, no sentido em que as decisões sobre as atividades da vida diária são tomadas conjuntamente; e, ainda, constatamos que há uma participação dos idosos em atividades de lazer como, por exemplo, passeios com as famílias das FAI, participação em algumas festas que são organizadas, especificamente para os idosos, entre outras. No que se refere ao apoio instrumental, este consiste na prestação de cuidados aos idosos por parte dos responsáveis das FAI e, também, no assegurar do acesso a todos os serviços de saúde de que os idosos necessitarem.

Relativamente às relações de alguma proximidade com as FAI, também verificamos a existência de dois tipos de apoio descritos anteriormente, mas com algumas diferenças. No que

respeita ao apoio emocional, este consiste na partilha de assuntos entre as FAI e os idosos, somente, acerca da rotina diária; também se observa que a tomada de decisão é mútua, no sentido em que as decisões sobre as atividades da vida diária são tomadas conjuntamente; e, constatamos, também, que há uma menor participação dos idosos em atividades de lazer. No que se refere ao apoio instrumental, este é semelhante ao que é apresentado no caso das relações de grande proximidade com as FAI, ou seja, consiste na prestação de cuidados aos idosos por parte dos responsáveis das FAI e, também, no assegurar do acesso a todos os serviços de saúde de que os idosos necessitarem.

Relativamente às relações de alguma proximidade com as comunidades onde se inserem as FAI, verificamos que existe um apoio emocional, em que os idosos têm um conhecimento alargado da zona envolvente e que contactam com os membros dessas comunidades, com alguma regularidade, sendo esses contactos efetuados no âmbito das próprias FAI, não podendo deixar de salientar que os assuntos abordados são, somente, acerca da rotina diária.

Após o esclarecimento dos critérios adotados, passamos a apresentar dos dados obtidos, em que podemos observar a existência de um primeiro grupo de idosos, que é composto pela Sra. Maria Luísa, pela Sra. Celina, pelo Sr. Mateus e pela Sra. Zélia. Este grupo, tanto na primeira fase como na segunda fase de recolha de dados, apresentou relações de grande proximidade com as FAI, sendo aqui incluído não só o responsável da FAI, mas também, os restantes elementos que habitam nas FAI.

Realizando uma análise mais pormenorizada das relações entre os idosos e os responsáveis das FAI, constatamos que existe uma partilha mútua dos problemas de cada uma das partes envolvidas e as decisões sobre a realização das atividades da vida diária são tomadas conjuntamente. Importa salientar que cabe às FAI assegurar aos idosos o acesso aos serviços de saúde de que estes necessitam e, por iniciativa própria, as FAI incentivam-nos a participar, o mais ativamente possível, nas atividades de lazer que realizam como, por exemplo, pequenos passeios com as famílias das FAI e, em alguns casos, os idosos participam em algumas festas que são organizadas, especificamente, para os idosos que habitam nas comunidades dos locais onde se inserem as FAI. No entanto, não existe uma participação muito ativa dos idosos nas tarefas domésticas, porque estes possuem elevadas dificuldades de mobilidade, principalmente ao nível dos membros inferiores.

No que concerne às relações dos entrevistados com os outros idosos que, também, estão na condição de acolhidos nas FAI, os idosos deste primeiro grupo, indicam, na sua maioria, que se sentem muito próximos deles. Apenas chegam a realçar que, quando esses idosos já não têm capacidades para interagir, se torna um pouco mais complicado conseguirem estabelecer relações de grande proximidade com eles, mas que, apesar disso, se sentem solidários com esses idosos, por estarem na mesma situação de acolhidos. Quanto aos restantes elementos que vivem nas FAI, os idosos estabelecem relações de grande proximidade com estes indivíduos e, ainda, com os restantes familiares das FAI que não habitam com estes, dado que estes familiares das FAI têm contacto com os idosos quando os visitam ou quando as FAI os vão visitar.

Para além disso, este grupo de idosos conseguiu criar novas relações junto das respetivas comunidades onde se inserem as FAI, existindo, por isso, um conhecimento, relativamente, alargado face à zona envolvente onde habitam atualmente, tendo sido estabelecidas relações de alguma proximidade com os vizinhos.

Salientamos que, neste primeiro grupo de idosos, as relações com as FAI e com as comunidades permaneceram iguais, mesmo existindo dois anos de diferença entre as fases de recolha de informação.

Apresentamos um segundo grupo de idosos, composto pela Sra. Clara, pelo Sr. Arnaldo e pela Sra. Laura, que é detentor de relações de alguma proximidade com as FAI e, também, de relações de alguma proximidade com alguns elementos das comunidades onde se inserem as FAI. No que diz respeito à evolução destas relações, chamamos à atenção para um dos casos em que o idoso tinha, inicialmente, relações de pouca proximidade com a FAI e, na segunda fase de recolha de dados, apresentou uma evolução positiva, no que se refere a essas relações, tendo atualmente relações de alguma proximidade com a FAI. É de notar que os outros dois idosos que constituem este grupo mantiveram o mesmo tipo de relações com a FAI, tanto na primeira como na segunda fase de recolha de informação, ou seja, relações de alguma proximidade. No que concerne às relações com as comunidades onde se inserem as FAI, todos os idosos que constituem este grupo estabeleceram, desde que foram acolhidos até aos dias de hoje, relações de alguma proximidade.

Analisando mais profundamente as relações dos idosos com os responsáveis das FAI, informamos que existe um sentimento de gratidão em relação aos cuidadores, mas, ao contrário

do que acontece com o primeiro grupo de idosos, não existe uma partilha dos assuntos de carácter mais pessoal, sendo estas convivências marcadas por relações de cordialidade, em que os assuntos sobre as atividades da vida diária são os mais frequentes. Por isso, verificamos que não se trata de relações de grande proximidade, como podemos constatar nesta afirmação obtida na primeira fase de recolha de dados: “Devo-lhe muito. Quando cheguei não andava e ela é que me ajudou, mas não me pode dar carinho. Não tem tempo...” (Laura, 78 anos).

Relativamente às relações dos entrevistados com os outros idosos, também, na situação de acolhimento que se encontram nas FAI, estas são de alguma proximidade. Neste caso, os outros idosos, que se encontram em situação de acolhidos, apresentam mais problemas a nível cognitivo do que os do grupo apresentado precedentemente, sendo o motivo apresentado pelos entrevistados para que não consigam estabelecer relações de grande proximidade com estes idosos. Sendo assim, estas relações são menos próximas, se compararmos com as do grupo anterior de idosos. Já as relações com os restantes elementos que vivem nas FAI são bastante semelhantes com as relações que são mantidas com os responsáveis das FAI, isto é, as relações baseiam-se, principalmente, na troca de assuntos ligados à convivência diária. Salientamos que não existem relações de grande proximidade com os restantes membros das famílias das FAI que não vivem nas habitações onde os idosos acolhidos se encontram.

Quanto às relações dos idosos com as comunidades onde se inserem as FAI, estamos perante de uma convivência semelhante à que é apresentada no primeiro grupo de idosos, ou seja, trata-se de relações de alguma proximidade, em que os vizinhos chegam a visitar os entrevistados às FAI.

O terceiro grupo é composto pela Sra. Ema, o Sr. Alexandre, a Sra. Anabela, a Sra. Constança, o Sr. António e o Sr. Clemente que estabeleceram relações de alguma proximidade com as respectivas FAI, tal como acontece no grupo anterior. Porém, não conseguiram criar novas relações junto das comunidades onde estas se inserem, não tendo, por isso, quaisquer relações proximidade com os vizinhos das FAI. Neste caso, não existe um conhecimento acerca da zona envolvente onde as FAI habitam, fazendo com que estes idosos convivam, somente, com os elementos que fazem parte das FAI. Para além disso, num dos casos, o idoso tinha, inicialmente, relações de pouca proximidade com a FAI onde foi acolhido e, na segunda fase de recolha de dados, apresentou-se mais próximo desta, tendo hoje em dia relações de alguma proximidade com a FAI onde se encontra. No que respeita aos restantes idosos mencionados,

estes mantiveram o mesmo tipo de proximidade de relações acerca das FAI e das comunidades onde estas se inserem, nas duas fases de recolha de dados.

Aprofundando mais a questão das relações deste terceiro grupo de idosos, as relações que são estabelecidas com os responsáveis das FAI são bastante semelhantes com as que enunciamos no grupo de idoso anterior, pois baseiam-se, igualmente, na partilha de assuntos da vida diária, sem que haja uma grande proximidade entre os idosos e os responsáveis das FAI.

Face às relações com os outros idosos na situação de acolhimento, a maioria dos entrevistados assinala que têm relações de alguma proximidade, tal como acontece com o grupo de idosos apresentado anteriormente. Neste caso, os entrevistados, também, chamam à atenção para o facto de, apesar de terem boas relações com os restantes idosos acolhidos, ser difícil desenvolver uma relação de maior proximidade, devido às dificuldades de comunicação dos outros idosos. Algo semelhante acontece com os restantes elementos que fazem parte das FAI, visto que são estabelecidas, somente, relações cordiais com os entrevistados. Também, no que diz respeito às famílias das FAI que não vivem nas mesmas habitações que os entrevistados, os entrevistados afirmam que não existem relações de grande proximidade estabelecidas com esses indivíduos.

No que se refere às relações dos entrevistados com os vizinhos das FAI, a maioria dos idosos não criou quaisquer relações, tal como mencionamos na apresentação geral deste grupo de idosos. Trata-se de idosos que saem muito raramente de casa, sendo as poucas saídas dedicadas à resolução de problemas ligados à sua saúde. Mesmo quando os idosos ficam na parte exterior das habitações das FAI, não há quaisquer contactos com os vizinhos que se encontram nas áreas envolventes onde se inserem as FAI.

3.3. Relações com as famílias de origem e relações com as comunidades dos locais de origem

Em primeiro lugar, é importante esclarecer quais os critérios de classificação das relações quanto ao grau de proximidade afectiva/emocional e apoio instrumental. Neste sentido, verificamos que, no caso das FO, os idosos estabeleceram relações de grande proximidade e de alguma proximidade e, no que diz respeito às comunidades dos locais de origem, estes mantiveram relações de alguma proximidade.

No que diz respeito às relações de grande proximidade com as FO, observamos que o apoio existente é de tipo emocional. Em relação ao apoio emocional, este consiste na partilha de assuntos entre as FAI e os idosos, não só da rotina diária, mas também, de carácter mais pessoal; também se verifica que a tomada de decisão é mútua, no sentido em que as decisões sobre a marcação de visitas e dos dias em que os FO vão buscar os idosos às FAI, para que possam conviver nas suas habitações, são tomadas conjuntamente; e, ainda, constatamos que há uma participação dos idosos em atividades de lazer como, por exemplo, passeios com as FO, convívio e épocas especiais (aniversários dos idosos, Natal e Páscoa), entre outras.

Relativamente às relações de alguma proximidade com as FO, também verificamos a existência do apoio emocional, mas com algumas diferenças. No que respeita ao apoio emocional, este consiste na partilha de assuntos entre as FAI e os idosos, acerca da rotina diária; também se observa que a tomada de decisão não é mútua, no sentido em que as decisões sobre a marcação de visitas e dos dias em que os FO vão buscar os idosos às FAI, para que possam conviver nas suas habitações são tomadas, exclusivamente, pelas FO; e, constatamos, também, que há uma menor participação dos idosos em atividades de lazer.

No que se refere às relações de alguma proximidade com as comunidades dos locais de origem, verificamos que existe um apoio emocional, em que os idosos contactam com os membros dessas comunidades, com alguma regularidade, sendo esses contactos efetuados, tanto pessoalmente, como por telefone, não podendo deixar de salientar que os assuntos abordados são, somente, acerca da rotina diária.

Após a explicação dos critérios usados, passamos a apresentar dos dados obtidos, em que analisando, cuidadosamente, observamos a existência de um primeiro grupo, composto pela

Sra. Maria Luísa, pela Sra. Celina, pelo Sr. Mateus e pela Sra. Zélia, onde são características as relações de grande proximidade com as FO e as relações de alguma proximidade com as respetivas comunidades dos locais de origem, sendo isto verificado, tanto na primeira como na segunda fase de recolha de dados.

De uma forma mais específica, constatamos que as relações dos idosos com as suas respetivas FO se baseiam em sentimentos de gratidão, uma vez que os idosos consideram que as FO, quando tomaram a decisão de os colocar nas FAI, foi no sentido de estes conseguirem proporcionar melhores cuidados, assegurando, desta maneira, o bem-estar dos idosos. Para além disso, as FO visitam com alguma frequência os idosos e, também, os vão buscar às FAI para que possam conviver durante algumas horas, ou até alguns dias com os idosos, nas suas respetivas habitações. As épocas especiais como, por exemplo, os dias de aniversário dos idosos, o Natal e a Páscoa são tidos em atenção, existindo, normalmente, contacto entre as FO e os idosos nesses dias, seja pessoalmente, seja por telefone. Acrescentamos que os idosos partilham com as FO assuntos não só da rotina diária, mas principalmente, de carácter mais pessoal.

Também as relações idosos com as comunidades dos locais de origem foram mantidas, apesar da ida dos idosos para as FAI, sendo estabelecidos contactos de ambas as partes envolvidas, tanto pessoalmente, como por telefone. Salientamos que estas relações baseiam-se, somente, na partilha de assuntos da vida diária.

Damos conta de um segundo grupo de idosos, composto pela Sra. Clara, pelo Sr. Arnaldo e pela Sra. Laura, tal como apresentamos na descrição das relações com as FAI e com as comunidades onde se inserem as FAI. Neste caso, as relações com as FO e com as comunidades dos locais de origem são de alguma proximidade. No caso dos idosos pertencentes a este grupo, na primeira fase de recolha de dados, dois destes idosos tinham relações de grande proximidade com as FO e passaram a ter relações de alguma proximidade e o restante idoso deste grupo que tinha relações de pouca proximidade com a FO, passou a ter relações de alguma proximidade, isto é, nos casos em que tinham relações de grande proximidade com as FO diminuíram a intensidade dessas relações e no caso em que tinha relações de pouca proximidade com a FO, essas relações intensificaram-se.

Cabe-nos aqui mencionar que, no caso dos idosos em que a proximidade das relações com as FO diminuiu, esta mudança é justificada pelos entrevistados com o argumento de que as

FO têm vidas bastante ocupadas e, por isso, não têm possibilidade de os visitar ou até de telefonar. Já no caso do idoso que teve uma aproximação com a FO, temos de salientar que, na primeira fase de recolha de dados, o idoso em causa estava insatisfeito com a tomada de decisão da FO, porque não pode dar a sua opinião em relação à sua ida para a FAI. Afirmou também que, estando na FAI, não conseguia ocupar todo o tempo que passava maioritariamente em casa, mostrando intenções de encontrar uma alternativa como, por exemplo, frequentar um Centro de Dia. Na segunda fase de recolha de dados, verificamos que esse idoso passou a frequentar um Centro de Dia, tal como era seu desejo e demonstrou uma maior proximidade da FO. Neste caso, consideramos que esta mudança (passar a frequentar um Centro de Dia) foi fundamental para que houvesse uma aproximação entre o idoso e a FO.

Analisando de forma mais cuidada, observamos que, quando a decisão acerca da ida para a FAI foi tomada somente pela FO, sem ter pedido a opinião do idoso, isso causou atritos entre ambas as partes. Já quando a decisão acerca do idoso passar a frequentar um Centro de Dia foi tomada pelo próprio idoso, isso fez com que os atritos anteriores minorassem, fazendo com que se assistisse a uma aproximação entre o idoso e a FO. Como tal, consideramos que, para que o processo de aceitação da ida para as FAI ocorra da melhor maneira possível, os idosos devem ser vistos como os principais interessados nessa decisão e que, por isso, o processo de tomada de decisão deve ser um momento de negociação entre as FO e os idosos.

Relativamente ao idoso ter passado a frequentar o Centro de Dia, esta decisão, tal como indicamos anteriormente, foi tomada pelo próprio idoso, tendo como principais convicções o facto de se querer distrair, sentir mais ocupado e passar a conviver com mais pessoas. Atualmente encontra-se muito satisfeito com esta mudança, considerando que convive com muitas mais pessoas como, por exemplo, os idosos que frequentam o Centro de Dia, os familiares desses idosos e todas as pessoas que trabalham nesse Centro de Dia. No Centro de Dia, o idoso realiza as suas refeições principais, conversa com outros idosos e participa nas várias atividades que são promovidas pelo Centro de Dia. Quando questionado acerca da sua preferência entre a sua situação anterior, que correspondia a passar a maior parte do tempo na FAI, e a atual, em que há uma repartição das horas do dia entre o Centro de Dia e a FAI, este afirma claramente que prefere a sua situação atual. Para além disso, questionamos o entrevistado sobre as relações com a FAI, no sentido de saber se teria ocorrido alguma mudança após o início da frequência do Centro de Dia. O idoso considera que estas relações

permaneceram iguais, dado que nunca houve nenhum conflito, mesmo quando, ainda, não frequentava o Centro de Dia e essa situação mantém-se.

Analisando de um modo mais específico, as relações dos idosos com as FO são menos intensas do que as que caracterizam o primeiro grupo de idosos. Neste caso, os contactos com as FO são menos frequentes, sendo feitos pessoalmente. Nesses momentos de contacto, os assuntos abordados são, tanto sobre a rotina diária, como de carácter mais pessoal.

Tal como acontece com o grupo de idosos que foi apresentado anteriormente, as relações entre os idosos e as comunidades dos locais de origem são de alguma proximidade, existindo, por isso, contactos que são feitos pessoalmente, quando os idosos vão visitar os locais onde viviam anteriormente, com a ajuda das FO, pois são estas que os levam a esses sítios. Também, neste caso, as relações que permanecem com as comunidades dos locais de origem baseiam-se numa convivência cordial, que tem como temas de conversa assuntos relacionados com a vida diária.

Ao contrário do que se passou com o tema-eixo anterior, em que os restantes idosos foram agrupados num terceiro grupo, neste caso, os idosos foram divididos num terceiro e quarto grupos. Sendo assim, num terceiro grupo temos a Sra. Ema, o Sr. Alexandre, a Sra. Anabela que são detentores de relações de alguma proximidade com as FO respetivas e sem quaisquer relações de proximidade com as comunidades dos locais de origem, não se tendo verificado nenhuma mudança da primeira fase para a segunda fase de recolha de dados. Neste grupo, verificou-se um corte radical com as comunidades dos locais de origem, o que está relacionado com o fator distância, mas também, com a indisponibilidade por parte das FO, em manter o vínculo com os locais onde os idosos viviam anteriormente.

Realizando uma análise mais detalhada sobre as relações dos idosos deste grupo com as FO, constatamos que, tal como acontece no grupo anterior, estas são de alguma proximidade, existindo contactos menos frequentes, se compararmos com o primeiro grupo de idosos que apresentamos neste tema-eixo. Neste caso, os idosos permanecem a maioria do tempo nas FAI, sendo menos frequentes os passeios realizados com as FO. A partilha de experiências entre os idosos e as FO, também, são mais ao nível da rotina diária, não existindo, por isso, uma partilha de assuntos ao nível mais pessoal. Os contactos ocorridos entre ambos os intervenientes, nestas relações, são feitos pessoalmente e, também, por telefone, visto que, segundo os entrevistados, as FO não têm muita disponibilidade para os visitar.

Acerca das relações estabelecidas entre os idosos e as comunidades dos locais de origem, como afirmamos anteriormente, estas são inexistentes, tendo sido já expostos os possíveis motivos para esta ocorrência.

Temos um quarto grupo, em que temos a Sra. Constança, o Sr. António e o Sr. Clemente, que não têm quaisquer relações de proximidade com as respetivas FO, nem com as comunidades dos locais de origem, não existindo qualquer evolução desde a primeira fase para a segunda fase de recolha de dados. Aqui, verificamos que as FO poderão ser um elo de ligação com as comunidades onde se inserem as FAI, uma vez que observamos que, com a diminuição da proximidade de relações com as FO, conseqüentemente diminuem as relações com as respetivas comunidades dos locais de origem. Neste caso, podemos avançar que as relações de proximidade com as FO se tornam imprescindíveis para que os idosos acolhidos nas FAI, consigam manter as relações de proximidade com as comunidades dos locais de origem; caso contrário, constatamos uma diminuição, ou até mesmo um corte radical, destas relações.

3.4. Representações sobre as diferentes respostas existentes numa situação de necessidade de cuidados

Com base nas informações dadas pelos entrevistados, verificamos que a maioria dos idosos considera que as relações entre as pessoas mais velhas e as pessoas mais novas são boas, acrescentando que têm noção que as relações tanto podem ser de ajuda como de conflito, dependendo da educação que é dada aos jovens. Para além disso, os idosos utilizam a falta de tempo das pessoas mais novas como forma de desculpar a ausência de relações de maior proximidade com as pessoas mais velhas.

Quando os entrevistados foram questionados acerca das pessoas que deveriam prestar apoio e cuidados aos idosos, estes afirmaram que deveria ser as FO. Todavia, uma vez que estas não têm tempo, consideram que as FAI são uma boa alternativa. Afirmam que gostariam mais de estar nas suas próprias casas, apesar de se sentirem bem nas FAI, dado que lá sentiam que tudo lhes pertencia e que era fruto do seu trabalho.

Quanto às qualidades das FAI, os idosos afirmaram que estas ajudam em todos os aspetos, considerando que as relações entre as FAI e os idosos são muito mais próximas do que seriam se eles estivessem num Lar. Acrescentam que as FAI não têm um regulamento rígido

como num Lar, que tem de ser cumprido sem alternativa e que, por isso, consideram que as FAI oferecem mais liberdade aos idosos. Chegam mesmo a afirmar que o tipo de relações que se estabelecem nas FAI é mais semelhante a uma família do que seriam num Lar, justificando com o facto de existir um tratamento personalizado nas FAI. No que respeita aos defeitos que encontram nas FAI, os entrevistados indicaram o facto de não terem algumas coisas pessoais com eles, por não terem tido tempo de trazer para as FAI.

Face à hipótese que foi colocada aos idosos de, se eles tivessem de escolher entre ir para uma FAI ou para um Lar, qual escolheriam, estes preferem as FAI, apresentando alguns argumentos que demonstram que estes têm representações muito negativas acerca dos Lares. Entre os argumentos utilizados, temos referência a um regulamento rígido, a maus tratos por parte dos funcionários dos Lares e fazem as seguintes afirmações: “[os Lares] têm muita gente e são uma grande confusão” e “Um Lar, para mim, era uma prisão” (Maria Luísa, 85 anos).

3.5. Autoperceção dos idosos face às suas redes de apoio social

Quando os entrevistados foram questionados acerca de terem necessidades específicas que os tornassem dependentes de outras pessoas caso quisessem sair de casa, os idosos consideram que têm muitas dificuldades de locomoção, o que acaba por fazer com que estes não possam sair sozinhos de casa. Sendo assim, em todos os casos os idosos afirmam que precisam do apoio do responsável da FAI, sempre que necessitam sair de casa, não só quando se trata de questões relacionadas com a sua saúde, mas também, quando desejam realizar um passeio. Quanto ao contacto com elementos das comunidades onde se inserem as FAI, normalmente, é mais frequente estes se dirigem-se às FAI onde estão acolhidos os idosos.

Os idosos consideram, ainda, que têm uma pessoa a quem podem pedir ajuda, caso tenham algum problema que não consigam resolver sozinhos. Neste caso, a maioria dos entrevistados indica o responsável da FAI como sendo a pessoa a quem pedem ajuda. Acrescentamos que a maior parte dos entrevistados não se sente só nas FAI e consideram que os responsáveis das FAI são as pessoas mais importantes para eles, atualmente.

3.6. Tipologia das relações dos idosos acolhidos nas FAI

Finda esta análise sobre as relações dos idosos com as FAI, as comunidades onde se inserem as FAI, as FO e as comunidades dos locais de origem, explicitamos os critérios adotados na construção da tipologia das relações dos idosos acolhidos nas FAI. Esta tipologia tem em conta o grau de proximidade das relações dos idosos com as FAI e com as comunidades onde se inserem as FAI e, também, o grau de proximidade das relações destes indivíduos com as FO e com as comunidades dos locais de origem. Deste modo, os idosos foram agrupados segundo o grau de proximidade das relações enumeradas anteriormente, com vista a conseguirmos criar grupos que representassem uma determinada realidade. Como tal, a tipologia construída é constituída por quatro categorias.

A primeira categoria denominada por “Muito integrados” é composta pela Sra. Maria Luísa, pela Sra. Celina, pelo Sr. Mateus e pela Sra. Zélia, que têm em média 77 anos, sendo a idade mínima 64 anos e a máxima 87 anos. Neste caso, os idosos possuem relações de grande proximidade com as FAI e relações de alguma proximidade com as comunidades onde se inserem as FAI. Em relação às FO e às comunidades dos locais de origens, os idosos, deste grupo, estabelecem relações de grande proximidade e relações de alguma proximidade, respetivamente. Nesta categoria, os idosos são praticamente mais um elemento das FAI, surgindo, na segunda fase de recolha de dados, afirmações como: “Tenho relações muito boas! (...) As filhas da FAI são como netas...” (Maria Luísa, 87 anos).

Segue-se a segunda categoria nomeada por “Integrados” é composta pela Sra. Clara, pelo Sr. Arnaldo e pela Sra. Laura, que têm em média 68 anos, sendo a idade mínima 62 anos e a máxima 80 anos. No que se refere às FAI e às comunidades onde se inserem as FAI, os idosos, que constituem esta categoria, estabelecem relações de alguma proximidade em ambos os casos. Os idosos são, também, detentores de relações de alguma proximidade com as FO e com as respetivas comunidades dos locais de origem. Salientamos que, apesar dos idosos acolhidos já não poderem ser considerados como elementos da FAI, estes sentem-se bastante próximos desta, chegando uma idosa a afirmar, na primeira fase de recolha de dados: “Estou maravilhosa aqui! (...) Nas FAI, está bem (...) estou muito bem.” (Alina, 77 anos).

Depois, temos a terceira categoria intitulada por “Pouco integrados” é composta pela Sra. Ema, pelo Sr. Alexandre e pela Sra. Anabela, que têm em média 83 anos, sendo a idade mínima 82 anos e a máxima 84 anos. Os idosos que pertencem a esta categoria têm relações de alguma proximidade com as FAI e não possuem quaisquer relações com as comunidades onde as FAI se inserem. No que concerne às relações com as FO e as comunidades dos locais de origem, estes idosos são detentores de relações de alguma proximidade e sem quaisquer relações, respetivamente. Torna-se importante mencionar que, nesta categoria, as relações não são tão próximas, ou são mesmo inexistentes, levando a que uma idosa na primeira fase de recolha de dados faça a seguinte afirmação: “Toda a gente se dá bem. Mas é sempre difícil ter tempo...” (Julieta, 81 anos).

Por último, apresentamos a quarta categoria designada por “Muito pouco integrados” é composta pela Sra. Constança, pelo Sr. António e pelo Sr. Clemente, que têm em média 81 anos aproximadamente (80,7), sendo a idade mínima 70 anos e a máxima 91 anos. Quanto às relações com a FAI e com as comunidades onde se inserem as FAI, os idosos têm relações de alguma proximidade e não têm quaisquer relações, respetivamente. Os idosos não estabelecem qualquer tipo de relações com as FO, nem com as comunidades dos locais de origem. Neste caso, as FAI tornam-se a único “refúgio” dos idosos, mas que, mesmo assim, não são um meio onde existam relações muito fortes, surgindo a seguinte afirmação, na primeira fase de recolha de dados: “Eles só deixam o prato na mesa e saem! (...) Ela está sempre a correr! Nunca tem tempo (...)” (Telma, 91 anos).

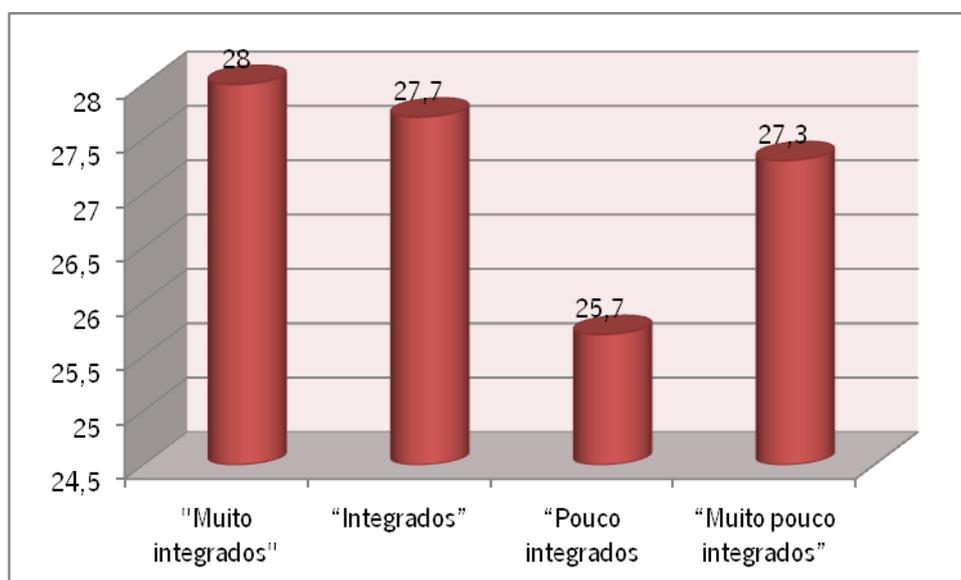
3.7. A influência das relações dos idosos na sua qualidade de vida

No que respeita à análise dos dados acerca da QdV dos idosos acolhidos nas FAI, salientamos que a sua recolha, ao contrário dos dados sobre as relações, apresentados precedentemente, foi realizada numa única fase, que se realizou em abril de 2012, a par da segunda fase de recolha de dados sobre as relações dos idosos nas FAI.

Deste modo, procedemos à análise dos dados obtidos através do EUROHIS-QOL-8 (ver **anexo 4.1.**) que possui uma escala que varia entre 8 e 40 pontos. Observando o caso dos idosos acolhidos nas FAI, verificamos que a média de pontuações obtida foi de 27,23, com um desvio-padrão de 4,34, tendo sido a menor pontuação de 21 e a máxima de 37.

Afirmamos que, tendo em conta a tipologia criada acerca das relações dos idosos acolhidos nas FAI que foi apresentada anteriormente, salientamos que a QdV avaliada segundo este questionário, que tem carácter genérico dado que pode ser aplicado a qualquer tipo de público, apresenta valores bastante interessantes, visto que o grupo de idosos pertencentes à categoria “Muito integrados” apresenta, em média, os valores mais elevados (28 pontos); seguindo-se o grupo de idosos da categoria “Integrados” com 27,7 pontos; em terceiro lugar, temos o grupo de idosos da categoria “Muito pouco integrados” com 27,3 pontos; e, por último, o grupo de idosos da categoria “Pouco integrados” com 25,7 pontos. Desta forma, consideramos que as duas últimas categorias apresentam valores contraditórios ao que era esperado, visto que apresentam uma ordem inversa, isto é, em vez de a categoria “Muito pouco integrados” apresentar os valores mais baixos em termos dos valores de QdV, é a terceira categoria que é detentora dos valores mais baixos. No entanto, podemos afirmar que estamos perante dois grupos em que as categorias “Muito integrados” e “Integrados” apresentam valores de QdV mais elevados e as categorias “Pouco integrados” e “Muito pouco integrados” são detentoras de valores de QdV mais baixos. Neste sentido, podemos considerar que as relações dos idosos acolhidos nas FAI influenciam a percepção que estes têm acerca da sua QdV.

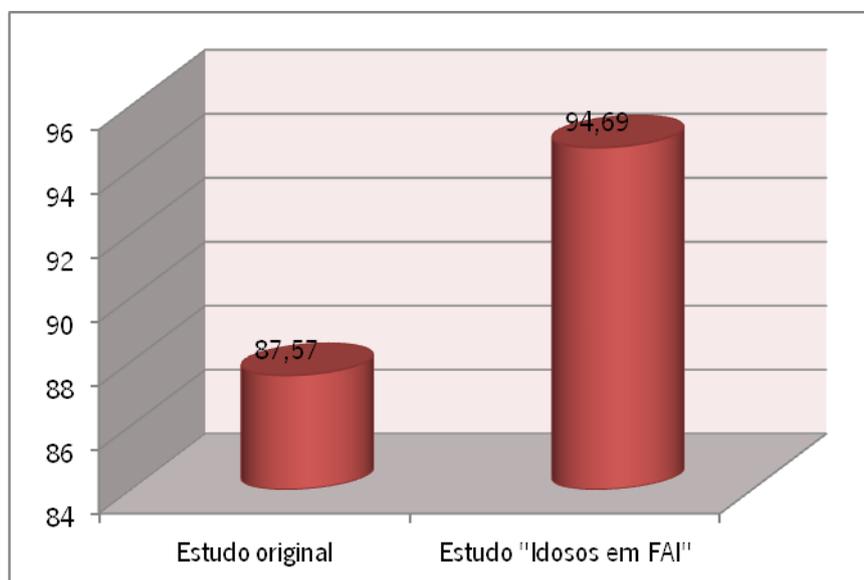
Gráfico 4: EUROHIS – Total



Fonte: Estudo "Idosos em FAI".

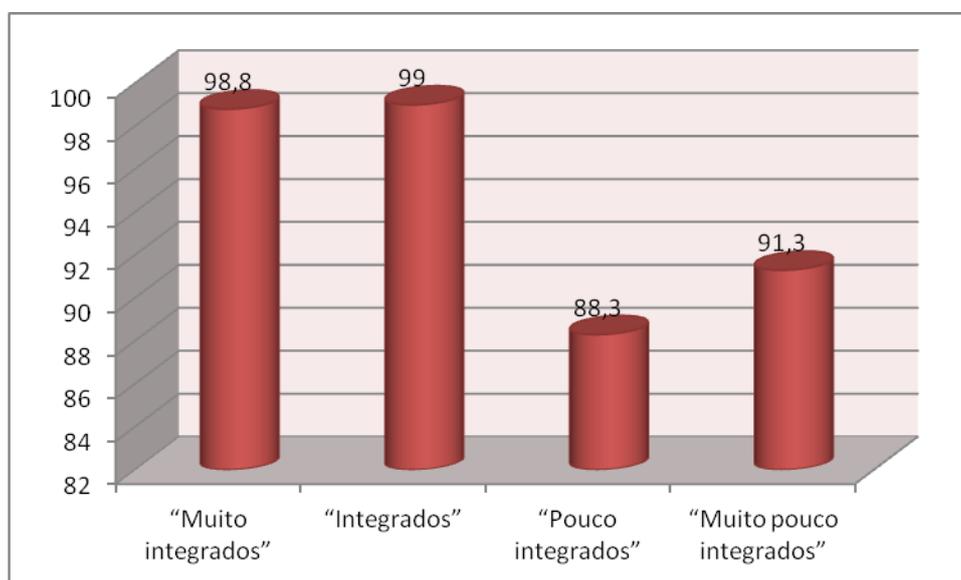
Face ao questionário WHOQOL-OLD (ver **anexo 4.2.**), informamos que a sua escala varia entre 28 e 140 pontos. Observando os dados recolhidos junto dos idosos acolhidos nas FAI, temos uma média de pontuações de 94,69, com um desvio-padrão de 15,31, tendo sido a menor pontuação de 68 e a máxima de 131. Desta maneira, constatamos que a média de pontuações obtida encontra-se acima da média dos dados normativos do estudo original do WHOQOL-OLD, que é de 87,57, com um desvio-padrão de 13,10.

Gráfico 5: Comparação dos dados do estudo "Idosos em FAI" com os dados normativos (WHOQOL-OLD – Total)



Para além disso, tendo em conta as categorias da tipologia apresentada anteriormente, verificamos a existência de dois grupos: o primeiro grupo dos “Muito integrados” e dos “Integrados” com valores de QdV mais elevados e o segundo grupo dos “Pouco integrados” e dos “Muito pouco integrados” com valores QdV inferiores à do primeiro grupo. Ou seja, temos, em primeiro lugar, os “Integrados” com 99 pontos; de seguida, temos os “Muito integrados” com 98,8 pontos; em terceiro lugar, temos os “Muito pouco integrados” com 91,3 pontos; e, por último, temos os “Pouco integrados” com 88,3 pontos. Perante estes dados, podemos afirmar que as relações dos idosos acolhidos nas FAI influenciam a perceção que estes têm acerca da sua QdV.

Gráfico 6: WHOQOL-OLD – Total

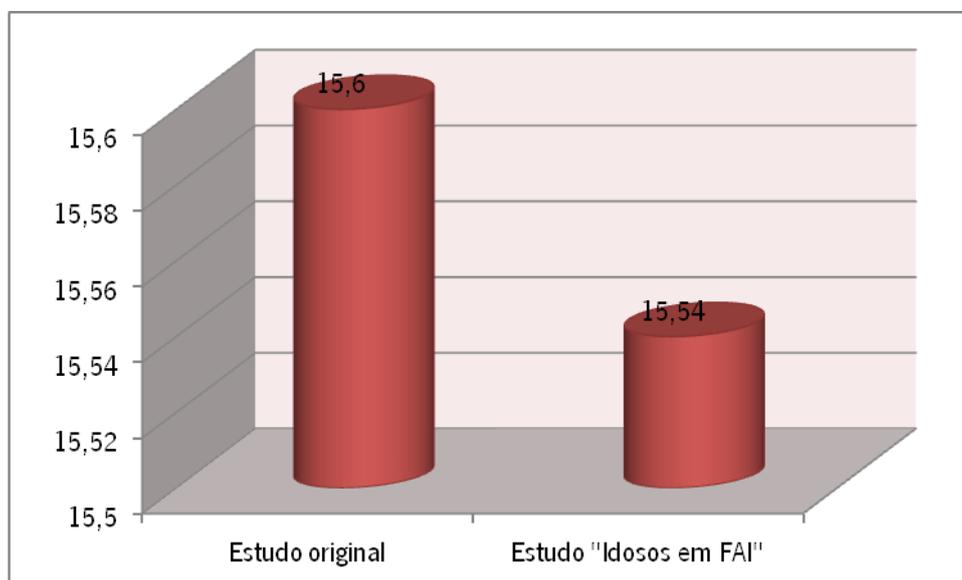


Fonte: Estudo "Idosos em FAI".

Passamos para a análise das facetas que constituem o WHOQOL-OLD, nomeadamente: "Funcionamento sensorial", "Autonomia", "Atividades passadas, presentes e futuras", "Participação social", "Morte e morrer", "Intimidade" e "Família/Vida familiar", sendo o mínimo possível de obter de 4 pontos e o máximo de 20.

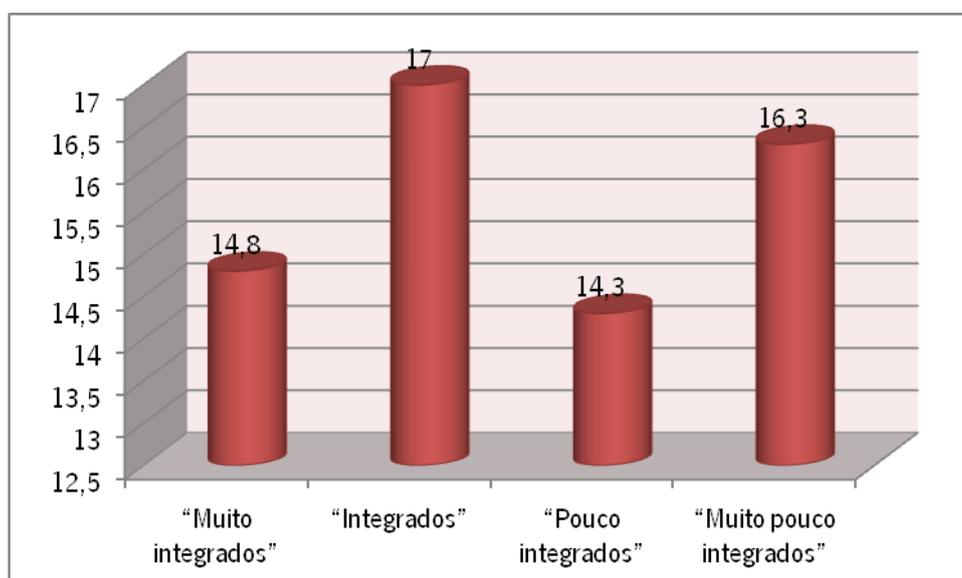
No que diz respeito ao "Funcionamento sensorial" (ver **anexo 4.3.**), observamos que a média de pontuações obtida é de 15,54, com um desvio-padrão de 3,05, tendo sido a menor pontuação de 10 e a máxima de 20. Deste modo, constatamos que a média de pontuação da faceta encontra-se, ligeiramente, abaixo da média dos dados normativos do estudo original do WHOQOL-OLD, que é de 15,60, com um desvio-padrão de 3,46.

Gráfico 7: Comparação dos dados do estudo "Idosos em FAI" com os dados normativos (WHOQOL-OLD – "Funcionamento sensorial")



Todavia, recorrendo à tipologia das relações dos idosos nas FAI, não se verifica uma influência das relações dos idosos na sua QdV, em termos de "Funcionamento sensorial".

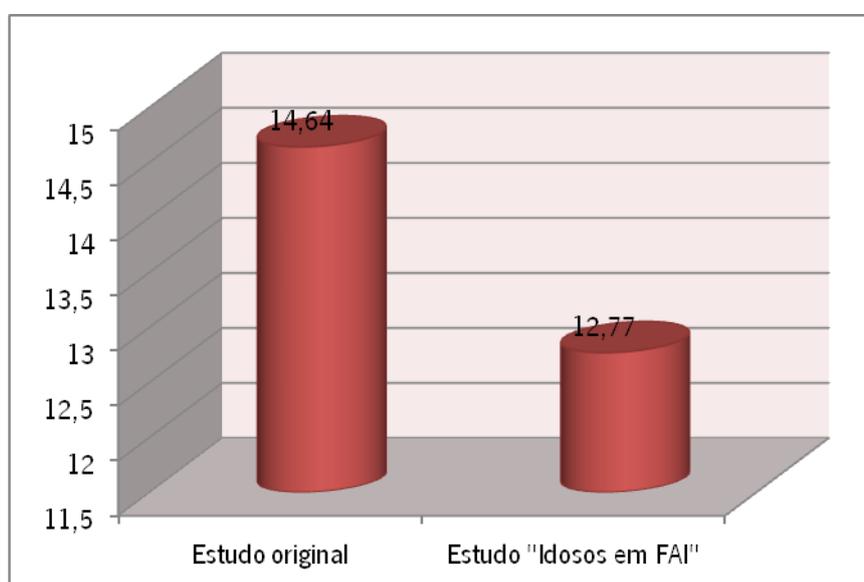
Gráfico 8: WHOQOL-OLD – "Funcionamento sensorial"



Fonte: Estudo "Idosos em FAI"

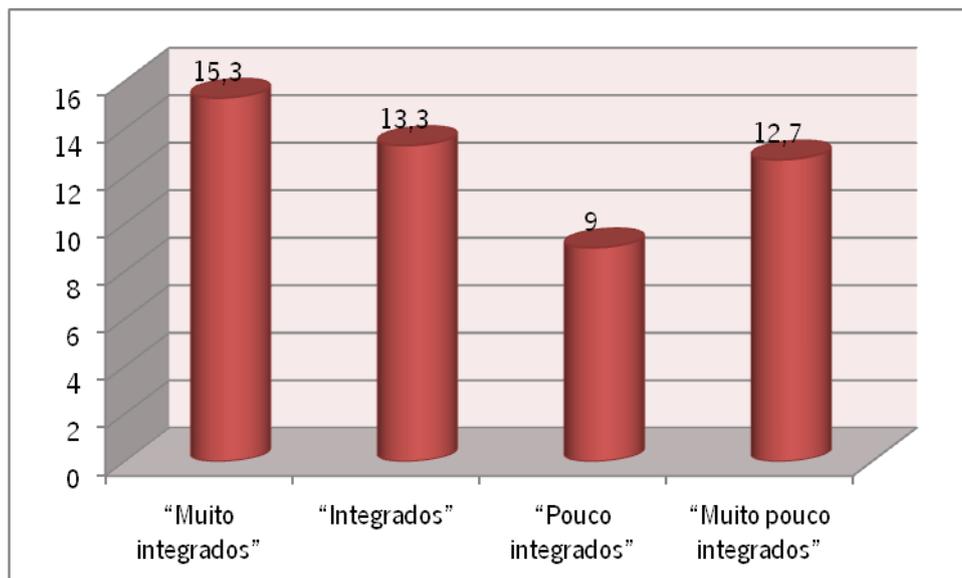
De seguida, na faceta “Autonomia” (ver **anexo 4.4.**), verificamos que a média de pontuações alcançada foi de 12,77, com um desvio-padrão de 3,65, tendo sido a menor pontuação de 7 e a máxima de 20. Atendendo à média de pontuação da faceta, observamos que se encontra abaixo da média dos dados normativos do estudo original do WHOQOL-OLD, que é de 14,64, com um desvio-padrão de 2,86.

Gráfico 9: Comparação dos dados do estudo "Idosos em FAI" com os dados normativos (WHOQOL-OLD – "Autonomia")



Prestando atenção à tipologia das relações dos idosos nas FAI, afirmamos que as categorias “Muito integrados” e “Integrados” detêm os valores mais elevados, nomeadamente 15,3 e 13,3 pontos, respetivamente. Segue-se a categoria “Muito pouco integrados” com 9 pontos e, por último, a categoria “Pouco integrados” com 12,7 pontos. Neste caso, verificamos a existência de dois grupos: o primeiro grupo dos “Muito integrados” e dos “Integrados” com valores de QdV mais elevados e o segundo grupo dos “Pouco integrados” e dos “Muito pouco integrados” com valores QdV inferiores à do primeiro grupo. Neste sentido, podemos considerar que as relações dos idosos acolhidos nas FAI influenciam a perceção que estes têm acerca da sua QdV.

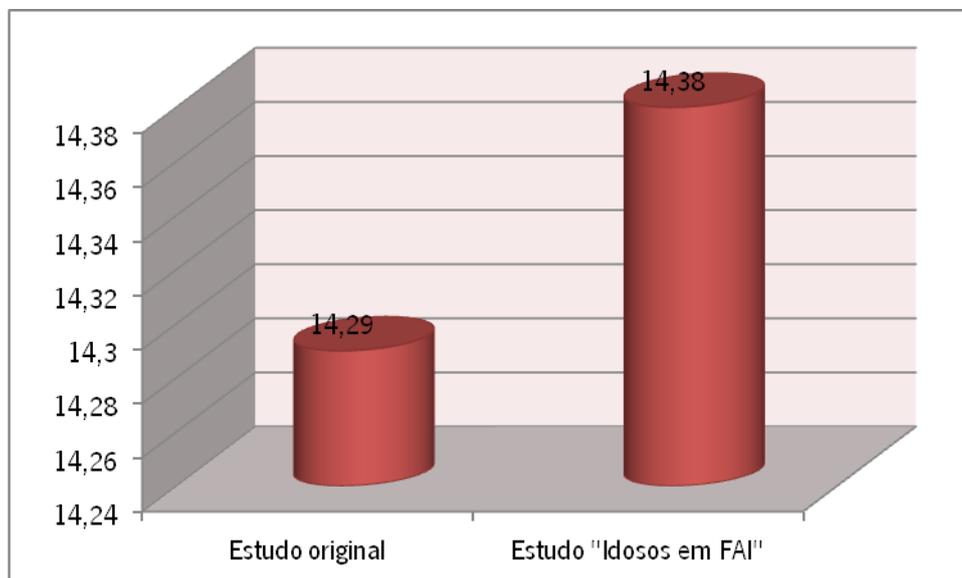
Gráfico 10: WHOQOL-OLD – "Autonomia"



Fonte: Estudo "Idosos em FAI".

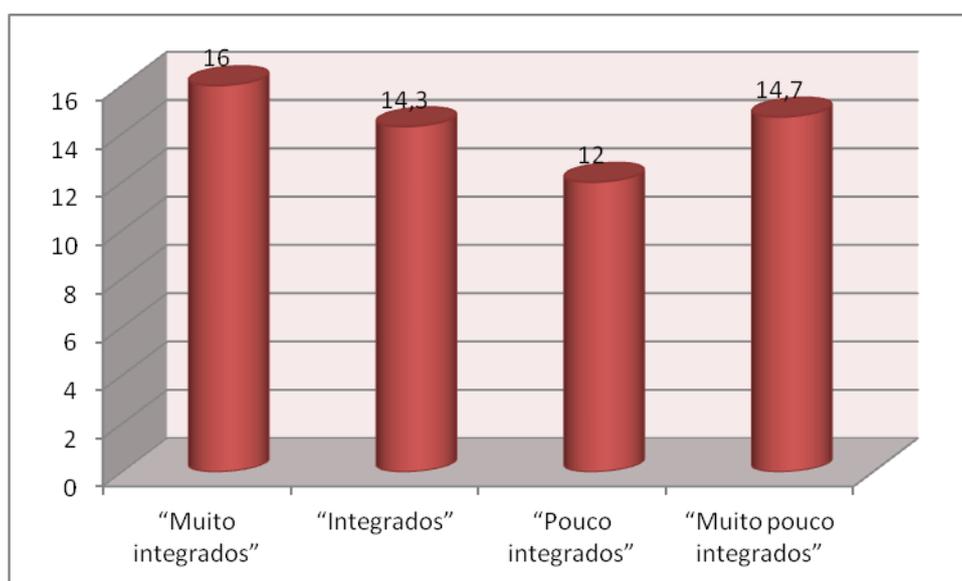
No caso da faceta "Atividades passadas, presentes e futuras" (ver **anexo 4.5.**), a média de pontuações obtida foi de 14,38, com um desvio-padrão de 2,60, tendo sido a menor pontuação de 10 e a máxima de 20. Comparando com a média de pontuação da faceta com a média dos dados normativos do estudo original do WHOQOL-OLD, que é de 14,29, com um desvio-padrão de 2,78, verificamos que esta é superior.

Gráfico 11: Comparação dos dados do estudo "Idosos em FAI" com os dados normativos (WHOQOL-OLD – "Atividades passadas, presentes e futuras")



Contudo, recorrendo à tipologia das relações dos idosos nas FAI, não se verifica uma influência das relações dos idosos na sua QdV, em termos de "Atividades passadas, presentes e futuras".

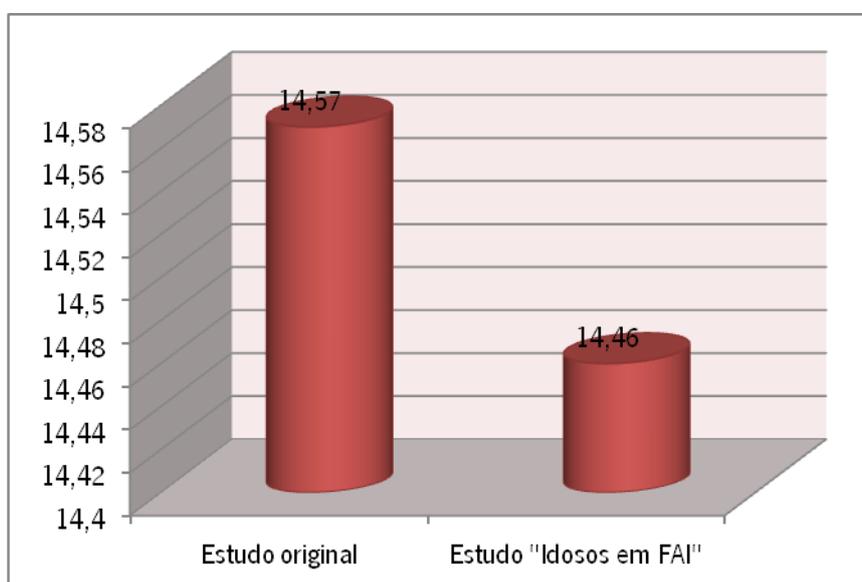
Gráfico 12: WHOQOL-OLD – "Atividades passadas, presentes e futuras"



Fonte: Estudo "Idosos em FAI".

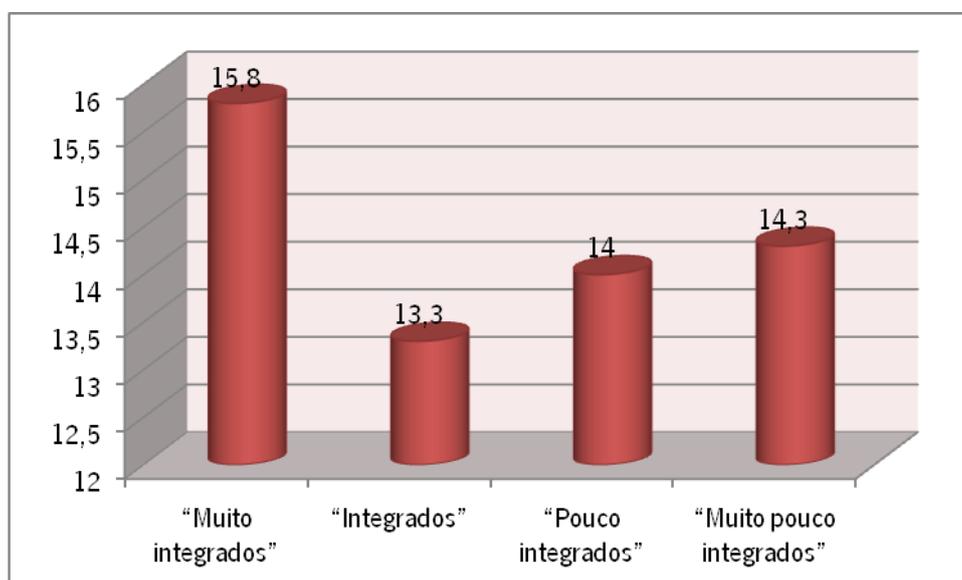
Em relação à “Participação social” (ver **anexo 4.6.**), a média de pontuações alcançada foi de 14,46, com um desvio-padrão de 2,90, tendo sido a menor pontuação de 8 e a máxima de 19. Tendo em conta a média de pontuação da faceta, verificamos que esta é, ligeiramente, inferior à média dos dados normativos do estudo original do WHOQOL-OLD, que é de 14,57, com um desvio-padrão de 2,95.

Gráfico 13: Comparação dos dados do estudo "Idosos em FAI" com os dados normativos (WHOQOL-OLD – "Participação social")



No entanto, tendo em conta a tipologia das relações dos idosos nas FAI, não observamos uma influência das relações dos idosos na sua QdV, em termos de “Participação social”.

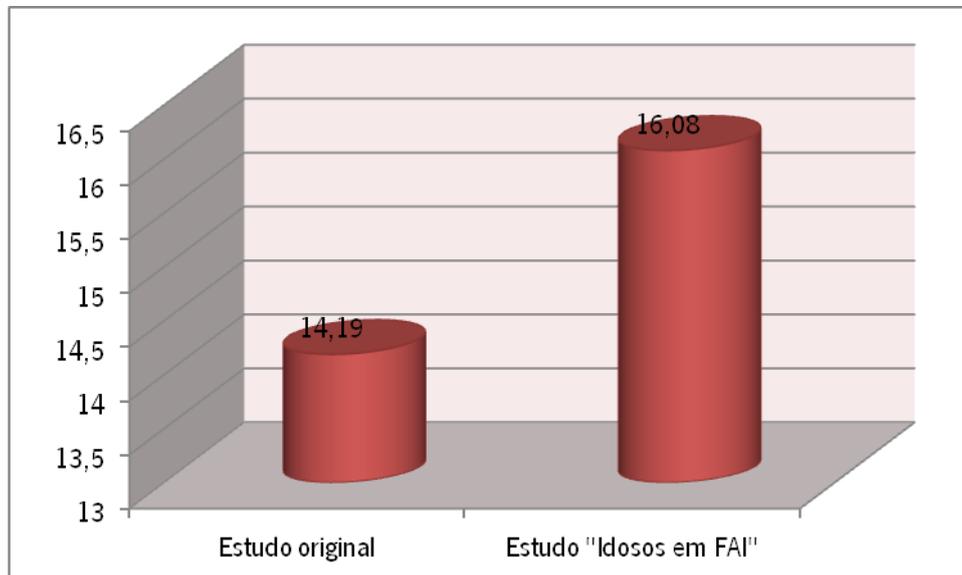
Gráfico 14: WHOQOL-OLD – "Participação social"



Fonte: Estudo "Idosos em FAI".

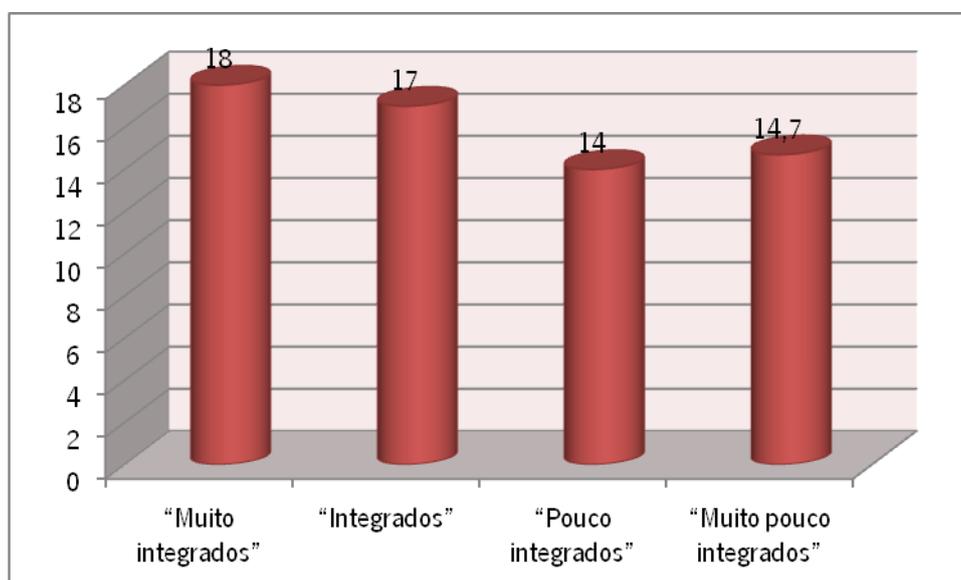
No que se refere à faceta "Morte e morrer" (ver **anexo 4.7.**), a média de pontuações obtidas foi de 16,08, com um desvio-padrão de 3,71, tendo sido a menor pontuação de 9 e a máxima de 20. Comparando com a média de pontuação da faceta com a média dos dados normativos do estudo original do WHOQOL-OLD, que é de 14,19, com um desvio-padrão de 3,98, verificamos que esta é superior. Acrescentamos que esta foi a faceta onde o maior número de idosos alcançou a pontuação máxima.

Gráfico 15: Comparação dos dados do estudo "Idosos em FAI" com os dados normativos (WHOQOL-OLD – "Morte e morrer")



Tendo em conta a tipologia das relações dos idosos nas FAI, verificamos a existência de dois grupos: o primeiro grupo dos “Muito integrados” e dos “Integrados” com valores de QdV mais elevados e o segundo grupo dos “Pouco integrados” e dos “Muito pouco integrados” com valores QdV inferiores à do primeiro grupo. Isto é, a categoria denominada “Muito integrados” detêm os valores mais elevados (18 pontos); seguida da categoria “Integrados” com 17 pontos; em terceiro lugar, a categoria “Muito pouco integrados” com 14,0 pontos; e, por último, a categoria nomeada “Pouco integrados” com 14,7 pontos. Perante estes dados, podemos afirmar que as relações dos idosos acolhidos nas FAI influenciam a perceção que estes têm acerca da sua QdV.

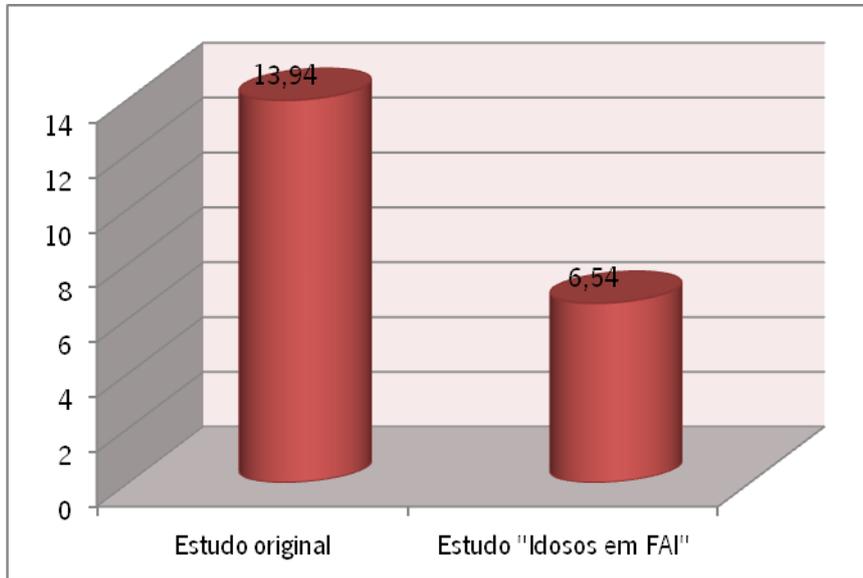
Gráfico 16: WHOQOL-OLD – "Morte e morrer"



Fonte: Estudo "Idosos nas FAI".

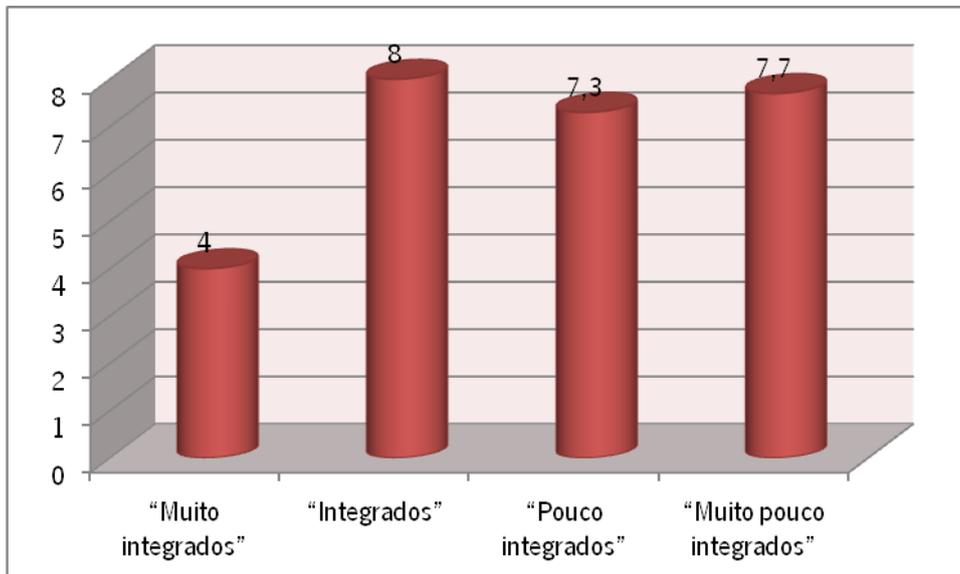
No caso da faceta "Intimidade" (ver **anexo 4.8.**), a média de pontuações alcançada foi de 6,54, com um desvio-padrão de 3,99, tendo sido a menor pontuação de 4 e a máxima de 14. Deste modo, verificamos que a média de pontuações obtida é bastante inferior à média dos dados normativos do estudo original do WHOQOL-OLD, que é de 13,94, com um desvio-padrão de 3,92. Salientamos que, nesta faceta, houve o maior número de idosos que obteve a pontuação mínima.

Gráfico 17: Comparação dos dados do estudo "Idosos em FAI" com os dados normativos (WHOQOL-OLD – "Intimidade")



Acrescentamos, ainda, que não verificamos a influência das relações dos idosos nas FAI na QdV, em termos de "Intimidade.

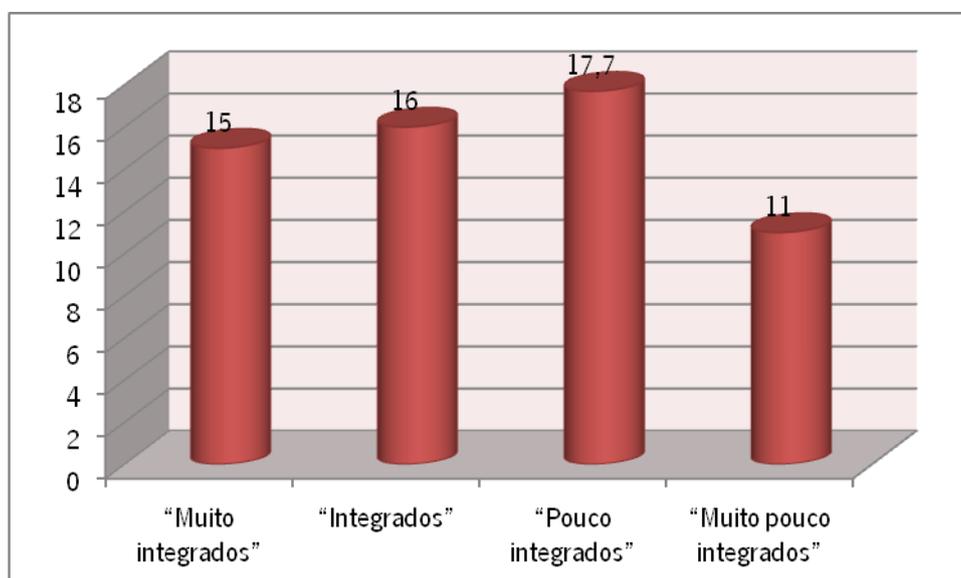
Gráfico 18: WHOQOL-OLD – "Intimidade"



Fonte. Estudo "Idosos em FAI".

Por último, apresentamos a faceta “Família/Vida familiar” (ver **anexo 4.9.**), em que a média de pontuações alcançada foi de 14,92, com um desvio-padrão de 5,51, tendo sido a menor pontuação de 4 e a máxima de 20. Neste caso, não existem dados normativos do estudo original, quanto a esta faceta, uma vez que esta foi criada em função das características da população portuguesa. Porém, tendo em conta a tipologia das relações dos idosos nas FAI, não observamos uma influência das relações dos idosos na sua QdV, em termos de “Família/Vida familiar”.

Gráfico 19: WHOQOL-OLD – “Família/Vida familiar”



Fonte: Estudo “Idosos em FAI”.

Para além disso, procedendo à ordenação decrescente das facetas, segundo as médias obtidas em cada uma, obtivemos a seguinte ordem: “Morte e morrer” com uma média de 16,08; seguindo-se a faceta do “Funcionamento sensorial” com 15,54; em terceiro lugar, temos a “Família/Vida familiar” com 14,92; segue-se a “Participação social” com 14,46; de seguida, surgem as “Actividades passadas, presentes e futuras” com 14,38; num sexto lugar, temos a “Autonomia” com 12,77; e, por último, apresenta-se a “Intimidade” com 6,54. Como tal, chamamos a atenção para as facetas “Autonomia” e “Intimidade” que, para além de serem as facetas que obtiveram as médias mais baixas, também são as que apresentam valores mais abaixo em comparação com os dados normativos do estudo original do questionário WHOQOL-OLD, com 12,77 e 6,54, respetivamente. Neste sentido, verificamos que os idosos poderão

sentir-se mais limitados do que a média dos idosos de outros países, no que diz respeito às tomadas de decisão e à existência de pessoas que amem/pelas quais se sintam amados. Acrescentamos, ainda, que o valor da faceta “Intimidade” torna-se preocupante, porque representa menos de $\frac{1}{2}$ da média desta faceta no estudo original do WHOQOL-OLD (13,94).

De seguida, procedemos à realização do teste t , de modo a que nos fosse possível proceder à comparação de dois grupos independentes, uma vez que pretendemos verificar se existem diferenças segundo a variável “sexo” (masculino e feminino) e segundo variável idade (< 80 anos e \geq 80 anos).

No que diz respeito à análise de todas as facetas do questionário WHOQOL-OLD tendo em conta a variável “sexo” (ver **anexo 5.1.**), obtivemos os seguintes resultados.

Observando com atenção a faceta “Funcionamento sensorial”, verificamos que, apesar do nível de significância do teste de Levene apontar para uma igualdade das variâncias dos homens e das mulheres ($p=0,495$), no teste t para a igualdade de médias, verificamos que o nível de significância é inferior a 0,05 ($p=0,048$), indicando, deste modo, para uma diferença das médias, estatisticamente, significativa. Para além disso, visto que o intervalo de confiança de 95% da diferença não inclui o zero (0), podemos confirmar a diferença entre grupos.

Em relação às facetas “Autonomia”, “Actividades passadas, presentes e futuras”, “Participação social”, “Morte e morrer”, “Intimidade” e “Família/Vida familiar”, constatamos que, tanto o nível de significância do teste de Levene como o teste t , indicam a igualdade das variâncias e das médias, respetivamente, uma vez que são superiores a 0,05. Verificando-se, ainda, que o intervalo de confiança de 95% da diferença inclui o zero (0), demonstrando que não podemos afirmar uma diferença entre grupos.

Neste sentido, a faceta que contribui para a diferença de médias entre os homens e as mulheres é o “Funcionamento sensorial”.

Tabela 1: Teste de amostras independentes (masculino e feminino)

WHOQOL-OLD	Teste Levene para a igualdade das variâncias	Teste <i>t</i> para a igualdade de médias	Intervalo de confiança de 95% da diferença	
	Sig.	Sig. (2-tailed)	Inferior	Superior
“Funcionamento sensorial”	0,495	0,048	0,037	6,663
“Autonomia”	0,224	0,982	-4,74	4,84
“Actividades passadas, presentes e futuras”	0,369	0,524	-2,341	4,341
“Participação social”	0,174	0,318	-5,355	1,905
“Morte e morrer”	0,204	0,33	-2,494	6,794
“Intimidade”	0,161	0,108	-0,953	8,303
“Família/Vida familiar”	0,424	0,342	-10,048	3,798
Total	0,699	0,561	-14,370	25,120

Fonte: Estudo “Idosos em FAI”.

No que se refere à análise de todas as facetas do questionário WHOQOL-OLD tendo em conta a variável “idade” (ver **anexo 5.2.**), obtivemos os seguintes resultados.

Observando às facetas “Funcionamento sensorial”, “Autonomia”, “Actividades passadas, presentes e futuras”, “Morte e morrer” e “Intimidade”, constatamos que, tanto o nível de significância do teste de Levene como o teste *t*, indicam a igualdade das variâncias e das médias, respetivamente, uma vez que são superiores a 0,05. Verificando-se, ainda, que o intervalo de confiança de 95% da diferença inclui o zero (0), demonstrando que não podemos afirmar uma diferença entre grupos.

No caso da “Participação social”, verificamos que, apesar do nível de significância do teste de Levene apontar para uma igualdade das variâncias dos indivíduos com menos de 80 anos e indivíduos com 80 e mais anos ($p=0,739$), no teste *t* para a igualdade de médias, verificamos que o nível de significância é inferior a 0,05 ($p=0,011$), indicando, deste modo, para uma diferença das médias dos dois grupos em análise. Para além disso, visto que o intervalo de confiança de 95% da diferença não inclui o zero (0), podemos confirmar a diferença entre grupos.

No caso da “Família/Vida familiar”, verificamos que, tanto o nível de significância do teste de Levene como o teste *t*, apontam a diferença das variâncias e das médias, respetivamente, dado que são inferiores a 0,05. Verificando-se, ainda, que o intervalo de

confiança de 95% da diferença não inclui o zero (0), demonstrando que estamos perante uma diferença entre grupos.

Neste sentido, as facetas que contribuem para a diferença de médias dos indivíduos com menos de 80 anos e indivíduos com 80 e mais anos são a “Participação social” e a “Família/Vida familiar”.

Tabela 2: Teste de amostras independentes (< 80 anos e ≥ 80 anos)

WHOQOL-OLD – Facetas	Teste Levene para a igualdade das variâncias	Teste <i>t</i> para a igualdade de médias	Intervalo de confiança de 95% da diferença	
	Sig.	Sig. (2-tailed)	Inferior	Superior
“Funcionamento sensorial”	0,072	0,515	-2,649	4,983
“Autonomia”	0,153	0,956	-4,555	4,793
“Atividades passadas, presentes e futuras”	0,789	0,337	-1,729	4,634
“Participação social”	0,739	0,011	1,049	6,522
“Morte e morrer”	0,162	0,837	-5,184	4,280
“Intimidade”	0,107	0,621	-3,880	6,213
“Família/Vida familiar”	0,004	0,076	-0,668	11,478
Total	0,168	0,144	-5,050	30,335

Fonte: Estudo “Idosos em FAI”.

Procedendo à comparação das médias entre os homens e as mulheres quanto aos valores totais obtidos no questionário WHOQOL-OLD, através do teste *t*, verificamos que, tanto o nível de significância do teste de Levene como o teste *t*, indicam a igualdade das variâncias e das médias, respetivamente, uma vez que são superiores a 0,05. Verificando-se, ainda, que o intervalo de confiança de 95% da diferença inclui o zero (0), demonstrando que não podemos afirmar uma diferença entre grupos.

No caso da comparação das médias dos indivíduos com menos de 80 anos e indivíduos com 80 e mais anos face aos valores totais obtidos no questionário WHOQOL-OLD, através do teste *t*, constatamos que, tanto o nível de significância do teste de Levene como o teste *t*, indicam a igualdade das variâncias e das médias, respetivamente, uma vez que são superiores a 0,05. Verificando-se, ainda, que o intervalo de confiança de 95% da diferença inclui o zero (0), demonstrando que não podemos afirmar uma diferença entre grupos.

Para além disso, fazemos uma breve comparação dos resultados obtidos com o WHOQOL-OLD junto dos idosos acolhidos nas FAI e com os dados normativos do estudo original deste instrumento de avaliação da QdV dos idosos, visto que, ainda, não estão disponíveis dados deste tipo de estudos realizados em Portugal. Se tivermos em atenção os resultados totais de ambos os estudos, observamos que os idosos acolhidos nas FAI apresentam valores mais elevados de QdV do que os idosos que participaram no estudo original do WHOQOL-OLD. Contudo, temos de salvaguardar que a amostra do nosso estudo é de pequena dimensão (N=13), o que exigirá, certamente, realizar um estudo mais amplo acerca dos idosos acolhidos nas FAI.

Conclusões

Com base nesta exposição, apresentamos algumas considerações acerca da questão de partida que despoletou este estudo, os objetivos que conseguimos cumprir e, ainda, quando às hipóteses de investigação estabelecidas. Deste modo, após a formulação da seguinte questão de partida que está na base desta investigação: “Em que medida as relações que os idosos estabelecem com as famílias que os acolhem contribuem para a percepção da sua QdV?” e tínhamos como objetivo principal determinar de que forma as relações dos idosos podem contribuir para uma melhor QdV nas FAI e, para isso, fizemos a descrição das relações e QdV desses idosos e, num momento posterior, verificamos a percepção que os idosos têm acerca da sua QdV.

Neste sentido, como objetivos específicos, estabelecemos que seria necessário, numa primeira fase, caracterizar as FAI e, como tal, verificou-se que os cuidadores nas FAI são os próprios responsáveis que se encontram registados na Segurança Social, tendo-se verificado que todos eles eram do sexo feminino. Somente, observou-se um caso em que, para além da responsável da FAI, também um familiar dessa responsável ajudava na prestação de cuidados ao idoso.

No que diz respeito à caracterização sócio-demográfica dos idosos residentes nas FAI, estes têm idades compreendidas entre os 62 e os 94 anos, sendo a amostra desta investigação composta por 8 mulheres e 5 homens. Para além disso, em termos de escolarização, estes apresentam níveis bastante baixos, não indo além do 1.º Ciclo de Ensino (4 anos de escolaridade), tendo sido o facto de terem tido uma vida marcada pelo trabalho, um dos principais motivos que levam a este baixo nível de escolaridade. Em relação ao seu estado civil, tratam-se, na sua maioria, de casos de viuvez, em que esse no estado terá contribuído para a tomada de decisão de passarem a residir nas FAI. Isto, associado, ainda, a fatores como a emancipação da mulher e o próprio ritmo acelerado que, atualmente, temos verificado ao nível do mercado de trabalho, faz com que os membros das FO permaneçam cada vez menos tempo nas suas próprias habitações durante o dia, o que poderá contribuir para que os idosos permaneçam um maior número de horas sozinhos em casa e, também, para que não recebam todos os cuidados que necessitam, de acordo com o seu estado de dependência. Deste modo,

as FAI surgem como uma alternativa não institucional, que tenta apoiar, da melhor forma, os casos de dependência.

No que se refere à descrição das relações dos idosos nas FAI, foi-nos possível criar uma tipologia que inclui as relações dos idosos com as FAI, as comunidades onde se inserem as FAI, as FO e as comunidades dos locais de origem, que possui quatro categorias. Relativamente à primeira categoria denominada “Muito integrados”, esta caracteriza-se pelos idosos terem relações de grande proximidade com as FAI, relações de alguma proximidade com as comunidades onde se inserem as FAI, relações de grande proximidade com as FO e relações de alguma proximidade com as comunidades dos locais de origens. Neste caso, os idosos são, praticamente, mais um elemento das FAI. No que concerne à segunda categoria nomeada “Integrados”, verificaram-se relações de alguma proximidade com as FAI, as comunidades onde se inserem as FAI, as FO e as comunidades dos locais de origem. Aqui, os idosos já não são elementos da FAI, mas sentem-se bastante próximos desta. Quanto à terceira categoria intitulada “Pouco integrados”, os idosos apresentam relações de alguma proximidade com as FAI, nenhuma relação com as comunidades onde as FAI se inserem, relações de alguma proximidade com as FO e nenhuma relação com as comunidades dos locais de origem. Verifica-se que as relações dos idosos são de menor proximidade ou são mesmo inexistentes. Face à quarta categoria titulada “Muito pouco integrados”, os idosos estabelecem relações de alguma proximidade com as FAI, mas não possuem quaisquer relações com as comunidades onde se inserem as FAI, as FO e as comunidades dos locais de origem. Neste caso, as FAI são o único centro de relações dos idosos, mas que, mesmo assim, não se trata de um meio com relações de grande proximidade.

Em relação ao objetivo em que nos propomos identificar as alterações ocorridas no âmbito das FAI entre março de 2010 e abril de 2012, ao nível das relações dos idosos, constatamos que os idosos mantiveram o mesmo tipo de proximidade com as FAI e com as comunidades onde se inserem as FAI, existindo, somente, o caso de dois idosos que se aproximaram mais das FAI, passando a ter o mesmo grau de proximidade que os restantes idosos das suas categorias (“Integrados” e “Pouco integrados”). No que se refere às relações com as FO e as comunidades dos locais de origem, verificamos que existiram alterações. No caso da segunda categoria, observamos que as relações de proximidade com a FO de dois idosos diminuíram e as do restante idoso, pertencente a esta categoria, aumentaram, ou seja,

nos casos em que tinham relações de grande proximidade com as FO diminuíram a intensidade dessas relações e no caso em que tinha relações de pouca proximidade com as FO, essas relações intensificaram-se. Já em relação à proximidade com as comunidades dos locais de origem desta segunda categoria, não se constatou nenhuma alteração da primeira para a segunda fase de recolha de dados.

Existem alguns fatores, que devemos destacar, que fazem com que haja alterações de março de 2010 para abril de 2012, relativamente à proximidade das relações estabelecidas pelos idosos com as FAI, as comunidades onde se inserem as FAI, as FO e as comunidades dos locais de origem. Em primeiro lugar, o facto de as FAI incentivarem os idosos acolhidos a participar ativamente no contexto da FAI, permitindo que estes deem o seu parecer nas tomadas de decisão, assegurando, deste modo, que as suas opiniões são tidas em conta e para que estes se sintam como parte integrante da FAI.

Em segundo lugar, a participação ativa dos idosos acolhidos nas comunidades onde se inserem as FAI, também, se revela um fator que contribui para o estabelecimento de relações de maior proximidade, como é o caso de participar em algumas festas que são organizadas, especificamente, para os idosos que habitam nestas comunidades.

Em terceiro lugar, um pouco ligado com os dois primeiros pontos apresentados anteriormente, verificamos que o facto de o idoso não ter sido consultado pela FO quanto à decisão de ir para uma FAI, fez com que este estivesse descontente com as FAI e ficasse revoltado com a FO, proporcionando um distanciamento. Porém, quando o idoso tomou para si a decisão de frequentar um Centro de Dia, tal como era seu desejo, verificou-se uma maior proximidade da FAI e da FO, levando-nos a afirmar que foi esta mudança (passar a frequentar um Centro de Dia) que favoreceu a aproximação do idoso com a FAI e a FO. Com isto, verificamos que a participação ativa dos idosos numa tomada de decisão poderá potenciar o estabelecimento de novas relações com as comunidades onde se inserem as FAI, faz com que se estabeleçam relações de maior proximidade.

Em quarto lugar, salientamos a importância dos idosos manterem as relações de proximidade com as FO, uma vez que, a par da diminuição da proximidade das relações com a FO, verificou-se uma diminuição das relações com as respetivas comunidades dos locais de origem, o que poderá indicar as FO podem ser um elo de ligação com as comunidades onde se inserem as FAI. Neste caso, afirmamos que as relações de proximidade com as FO se tornam

imprescindíveis para que os idosos acolhidos nas FAI, consigam manter as relações de proximidade com as comunidades dos locais de origem; caso contrário, constatamos uma diminuição, ao até mesmo um corte radical, destas relações.

No que concerne ao objetivo em que nos propomos descrever a QdV dos idosos, após a análise dos dados obtidos com base no EUROHIS-QOL-8 e no WHOQOL-OLD, verificou-se uma relação entre o grau de proximidade das relações estabelecidas pelos idosos e os seus respetivos valores da QdV. Tal como vimos na análise destes dois instrumentos de avaliação da QdV em função da tipologia das relações dos idosos, estamos perante a presença de dois grupos em que as categorias “Muito integrados” e “Integrados” apresentam valores de QdV mais elevados e as categorias “Pouco integrados” e “Muito pouco integrados” são detentoras de valores de QdV mais baixos. Também no caso das facetas “Autonomia” e “Morte e morrer” verificamos a mesma situação, ou seja, as relações dos idosos acolhidos nas FAI influenciam a perceção que estes têm acerca da sua QdV.

Para além disso, se fizermos uma comparação com os dados normativos do estudo original do WHOQOL-OLD, verificamos que, em termos totais, o presente estudo apresenta valores de QdV mais elevados do que o estudo original, isto é, os idosos acolhidos nas FAI parecem ser detentores de uma melhor perceção da QdV do que os idosos dos outros países. Para além disso, Portugal costuma apresentar valores mais baixos que os restantes países. Acrescentamos, ainda, que os indivíduos detentores de uma melhor QdV são os homens e os indivíduos com menos de 80 anos de idade.

Para além disso, procedendo à ordenação decrescente das facetas, segundo as médias obtidas em cada uma, verificamos que as facetas “Autonomia” e “Intimidade”, para além de serem as facetas que obtiveram as médias mais baixas, também são as que apresentam valores mais abaixo em comparação com os dados normativos do estudo original do questionário WHOQOL-OLD, com 12,77 e 6,54, respetivamente. Neste sentido, verificamos que os idosos poderão sentir-se mais limitados do que a média dos idosos de outros países, no que diz respeito às tomadas de decisão e à existência de pessoas que amem/pelas quais se sintam amados. Acrescentamos, ainda, que o valor da faceta “Intimidade” torna-se preocupante, porque representa menos de $\frac{1}{2}$ da média desta faceta no estudo original do WHOQOL-OLD (13,94).

Em relação às facetas “Autonomia” e “Intimidade”, estas apresentam valores mais baixos em comparação com os dados normativos do estudo original do WHOQOL-OLD e, como

tal, os idosos poderão sentir-se mais limitados do que a média dos idosos de outros países, no que diz respeito às tomadas de decisão e à existência de pessoas que amem/pelas quais se sintam amados. Acrescentamos, ainda, que o valor da faceta “Intimidade” torna-se preocupante, porque representa menos de ½ da média desta faceta no estudo original do WHOQOL-OLD.

Para além disso, procedemos à realização do teste t , de modo a que nos fosse possível fazer uma comparação de médias em relação a dois grupos. Neste sentido, tivemos em conta todas as facetas do questionário WHOQOL-OLD e a variável “sexo”, onde constatamos que, no caso da faceta “Funcionamento sensorial”, existe diferenças entre as médias dos homens e das mulheres. Quanto à variável “idade”, observamos que as facetas que contribuem para a diferença de médias dos indivíduos com menos de 80 anos e indivíduos com 80 e mais anos são a “Participação social” e a “Família/Vida familiar”.

No que diz respeito à comparação das médias entre os homens e as mulheres quanto aos valores totais obtidos no questionário WHOQOL-OLD, através do teste t , verificamos que não existem diferenças, estatisticamente, significativas dos dois grupos em análise, o que nos leva a afirmar que os valores da QdV não variam em função da variável “sexo”, tendo-se verificado o mesmo em relação à variável “idade”.

No que se refere à hipótese estabelecida de que, quando os membros das FAI estabelecem relações de muita proximidade com os idosos, ao ponto de os considerar como elementos da família, estes, por sua vez, acabam por ter uma melhor perceção da sua QdV, consideramos que esta se confirma, visto que se observou que os idosos pertencentes às categorias “Muito integrados” e “Integrados” apresentam valores de QdV mais elevados que as restantes categorias. Não podemos deixar de destacar o facto de os idosos pertencentes à categoria “Muito integrados” relatarem que se sentem parte integrante das FAI, sendo por isso caracterizados por serem mais um membro das FAI e, deste modo, pode-se considerar que estamos perante casos de adaptações bem-sucedidas à nova situação (Mallon, 2003: 130).

Relativamente aos idosos aos quais foram proporcionados contactos, não só com os membros das FAI, mas também, com as comunidades onde se inserem as FAI, confirma-se que estes apresentam níveis de perceção da QdV mais elevados que os restantes idosos. São exemplo disso as categorias “Muito integrados” e “Integrados”. Acrescentamos, ainda, que dado que os idosos adotam uma postura de autoproteção para com os outros idosos nas instituições, por terem receio de investir tão afincadamente, quando existe a possibilidade de uma

interrupção imposta pelo ciclo de vida, segundo Singly (2001: 249). A oportunidade de poderem estabelecer contactos fora do âmbito das FAI, pode fazer com que os idosos não considerem que são, imediatamente, conectados como mais um idoso que vive numa FAI, por necessitar de apoio devido às suas dependências, sentindo-se, deste modo, como indivíduos singulares e como sujeitos que não são, somente, indivíduos já com uma idade mais avançada.

Todavia, no caso da hipótese em que consideramos que os idosos, apesar de estarem acolhidos nas FAI, conseguem manter relações de proximidade com os membros das comunidades dos locais de origem, verificamos que, no caso das categorias “Pouco integrados” e “Muito pouco integrados”, existe um corte radical com as comunidades dos locais de origem. Neste caso, o facto de as FAI se localizarem a cerca de 38 quilómetros de distância dos locais de origem onde os idosos residiam, podem contribuir para a diminuição da proximidade das relações dos idosos com as comunidades dos locais de origem. Tal como Mallon menciona (2003: 128), a continuidade entre a casa onde os idosos habitavam anteriormente e a nova situação é conseguida com o auxílio do próprio espaço exterior à instituição, isto é, normalmente seria desejável que as FAI se localizassem o mais próximas possível dos locais de residência dos idosos, de maneira a tornar o acesso dos amigos e vizinhos das comunidade dos locais de origem mais facilitado, prevenindo, assim, os cortes relacionais.

No que concerne à hipótese de que os idosos acolhidos nas FAI preservam as relações de proximidade as FO, podemos afirmar que existem algumas exceções, como foi o caso de dois idosos pertencentes à categoria “Integrados”, em que a proximidade com a FO diminuiu, facto que também poderá ser justificado pela distância entre os locais onde se inserem as FAI e os locais de origem. Para além disso, não podemos deixar de salvaguardar que as relações familiares apoiam as identidades dos idosos, fazendo com que estes lembrem as suas histórias de vida e o facto de os idosos fazerem parte de um grupo de indivíduos, que desempenham o papel de “pais-idosos” (Mallon, 2005: 177). Neste sentido, recomendamos que haja o recrutamento de uma maior número de FAI, de modo a que seja possível os idosos serem acolhidos, o mais próximos possível dos seus locais de origem, prevenindo o corte de relações com essas comunidades e, também, com as suas respetivas FO.

Por último, consideramos que não podemos deixar de salientar, mais uma vez, a importância da participação dos idosos nas tomadas de decisão, uma vez que se verificou que, em todos os casos, a decisão dos idosos serem acolhidos nas FAI não foi tomada por estes, mas

sim, pelos familiares, sendo, na parte parte dos casos, indivíduos com um grau de parentesco bastante próximo os idosos como, por exemplo, filhas, ou no caso de ausência de filhos, sobrinhas. Deste modo, colocamos a hipótese desta situação ocorrer devido ao facto de existir um desconhecimento, por parte dos indivíduos, acerca da existência deste tipo de resposta social, ou, ainda, por desconhecerem quais são os procedimentos que devem ser tomados para usufruir desta resposta social.

Bibliografia

Anes, Eugénia (2005), *Qualidade de vida em diálise*, Coimbra, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Archer, Luis *et al.* (2001), *Novos desafios à bioética*, Porto, Porto Editora.

Bech, P. (1993), Quality of life measurements in chronics disorders, *Psychotherapy and psychosomatics*, n.º 59, pp. 1-10.

Bond, John & Corner, Lynne (2004), *Quality of life and older people*, Mcgraw-Hill, New York.

Brito, Luisa (2002), *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*, Coimbra, Quarteto Editora.

Caradec Vincent, Les “supports” de l’individu vieillissant. Retour sur la notion de “déprise” in Caradec, Vincent & Martuccelli, Danilo (eds.) (2005), *Matériaux pour une sociologie de l’Individu. Perspectives et débats*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, pp. 25-42.

Caradec, Vincent (2008), Les mécanismes de la transition identitaire au moment de la retraite, *Spirale*, Revue de Recherches en Éducation, n.º 41, Janvier, pp. 161-176.

Caradec, Vincent (2010), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Éditions Armand Colin, 2ème édition.

Clément, Serge & Mantovani, Jean (1999), Les déprises en fin de parcours de vie, *Gérontologie et société*, n.º 90.

Costa, Maria (2006), *Cuidar de idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*, Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, 2.ª edição.

Dias, Isabel (2005), Envelhecimento e violência contra os idosos, *Sociologia*, Revista da Faculdade de Letras do Porto, n.º 15, pp. 249-273.

Fernández-Ballesteros, Rocio (2004), *Gerontología social*, Madrid, Ediciones Pirámide.

Guadalupe, Sónia (2010), *Intervenção em rede: serviço social, sistémica e redes de suporte social*, Coimbra, Imprensa da Universidade.

Gonçalves, Albertino (2004), *Métodos e técnicas de investigação social I: programa, conteúdo e métodos de ensino teórico e prático*, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.

Maia, Rui *et al.* (coord.) (2002), *Dicionário de sociologia*, Porto, Porto Editora.

Mallon, Isabelle (2003), Des vieux en maison de retraite: savoir reconstruire un «chez-soi», *Empan*, n.º 52, pp. 126-122, disponível: <http://www.cairn.info/revue-empan-2003-4-page-126.htm> [2012, outubro 13].

Mallon Isabelle (2005), Les personnes âgées en maison de retraite: une redéfinition des espaces familiaux, *Espaces et sociétés*, n.º 120-121, pp. 163-178, disponível: <http://www.cairn.info/revue-espaces-et-societes-2005-2-page-163.htm> [2012, outubro 13].

Pereira, Marco *et al.* (2011), Estudos psicométricos da versão em português europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8, *Laboratório de psicologia*, n.º 9, vol. 2, pp. 109-123.

Pereira, Renata *et al.* (2006), *Contribution of the physical, social, psychological and environment domains to overall quality of life of the elderly*, Universidade Federal de Viçosa, Brasil, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/en_v28n1a05.pdf [2011, julho 9].

Phillibert, Michel (1984), Le statut de la personne âgée dans la sociétés antiques et pré-industrielles, *Sociologie et sociétés*, vol. XVI, n.º 2, pp. 15-27, disponível em: <http://www.erudit.org/revue/socsoc/1984/v16/n2/001553ar.pdf> [2012, setembro 18].

Pimentel, Luísa (2001), *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*, Coimbra, Quarteto.

Quivy, Raymond & Campenhoudt, Luc Van (2005), *Manual de investigação em ciências sociais*, 4.ª edição, Lisboa, Gradiva.

Ribeiro, José (1994), A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde, *Análise psicológica*, 2-3 (XII), pp. 179-191.

Seidl, Eliane & Zannon, Célia (2004), Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos, *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, n.º 20 (2), pp. 580-588.

Singly, François De (2001), *Livres juntos: o individualismo na vida comum*, 1.ª edição, Lisboa, Publicações Dom Quixote.

Smith, Kevin *et al.* (1999), Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research, *Qual life res*, n.º 8, pp. 447-459.

Sousa, Liliana *et al.* (2004), *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*, Porto, Ambar.

Anexos



Anexo 1: Guião de entrevista semiestruturada (março de 2010)

● Introdução

OBJETIVOS DE ESTUDO

CONFIDENCIALIDADE

GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

Contexto familiar e social do entrevistado antes do acolhimento pela FAI (condições objetivas e perceção do bem-estar ao nível habitacional e económico, organização da vida quotidiana, saúde e redes sociais).

Introdução: Para começarmos, gostava de lhe pedir que se lembrasse da sua vida antes de vir para esta FAI e que me falasse um pouco dessa altura...

1. Onde morava? Estava nesse sítio há muito tempo? Com quem morava? Gostava da casa onde morava? Sentia-se confortável lá ou nem por isso?

2. Quem é que fazia as lides de casa, como cozinhar, limpar, passar a ferro, etc.? E para pagar as contas, para ir ao banco ou outros assuntos?

3. Sentia-se bem com a sua vida quando morava nesse local?

SE MORAVA COM OUTRA(S) PESSOA(S)

4. Como era a sua relação com a(s) pessoa(s) com quem vivia? Dava-se bem com ela(s)? Faziam alguma atividade juntos? O que faziam juntos? Falava muito com essa(s) pessoa(s)?

SE ALGUÉM O AJUDAVA

5. Quem? Em que é que era ajudado? Por que é que recorria a essa(s) pessoa(s)? Quem é que decidiu arranjar essa ajuda?



6. Estava nalgum Centro de Dia? SE SIM. O que o levou a frequentar o Centro de Dia (ou outra unidade de cuidados?)

7. Com quem costumava estar no seu dia a dia? Fazia parte de alguma associação ou grupo, como grupo recreativo, desportivo, religioso, etc.?

8. Tinha amizades junto dos vizinhos?

9. Saia de casa para passear? Onde ia? Com que frequência?

10. Tinha alguma dificuldade quando morava nesse sítio? Que tipo de dificuldades tinha?

11. Quem era(m) a(s) pessoa(s) mais importante(s) para si? Com quem falava frequentemente sobre coisas que lhe são importantes? Com quem podia contar se tivesse um problema?

12. Em relação às pessoas com quem costumava estar e falar, como se sentia? Estava satisfeito? Sentia-se sozinho?

Tomada de decisão sobre a opção pelo acolhimento em FAI (determinantes e responsabilidade na tomada de decisão).

Introdução: Descreveu-me um pouco da sua vida antes de cá estar...

13. O que aconteceu para vir para esta FAI? De quem foi a decisão de sair de onde estava para vir para aqui? Há quanto tempo isso aconteceu?

SE NÃO FOI O PRÓPRIO A DECIDIR

14. O que achou da decisão dessa(s) pessoa(s) que o colocou(ram) na FAI)?

NO CASO DE MORAR COM OUTRA(S) PESSOA(S) (MEMBROS DO AGREGADO)

15. Como reagiu(ram) essa(s) pessoa(s) com quem morava, quando foi decidido que viria para esta FAI?



Contexto familiar e social do entrevistado na FAI (relações com a família de origem, relações com a rede social de origem, relação com a FAI, relações com a comunidade onde se insere a FAI).

Introdução: Agora pedia-lhe que me falasse um pouco sobre a sua vida hoje...

16. Que condições tem na casa onde está, atualmente? Tem um quarto só para si? Se tiver visitas, onde as recebe?

17. Sente-se confortável com as condições que encontrou nesta casa (espaço físico, acolhimento por parte das pessoas das FAI, outros idosos que também estejam em situação de acolhimento)?

18. Mora nesta família mais alguma pessoa na mesma condição de acolhimento?

19. Onde e com quem faz as suas refeições?

20. Descreva-se, por favor, o seu dia a dia, desde que acorda (com quem costuma estar, atividades de rotina e organização do dia, atividades no exterior e regularidade das mesmas)?

21. Quem é(são) a(s) pessoa(s) mais importante(s) para si, atualmente? É(São) a(s) mesma(s) que tinha antes de vir para esta FAI?

SE É(SÃO) A(S) MESMA(S) PESSOA(S)

22. Com que regularidade é que contacta com essa(s) pessoa(s)? De que forma o faz (pessoalmente, por telefone, por carta, etc.)?

SE NÃO É(SÃO) A(S) MESMA(S) PESSOA(S)

23. O que mudou? Por que é que não manteve a(s) relações(cão) que tinha (impeditivos: mobilidade, qualquer corte relacional, etc.)?

24. Ajuda nas tarefas domésticas? SE SIM. Em quê? Com que regularidade? SE NÃO. Gostaria de ajudar? Não o faz, porquê (limitações: físicas, vontade da família, etc.)?

25. Onde e com quem faz as refeições principais (faz refeições com as pessoas da FAI)?



26. Quando a FAI recebe alguém para uma refeição, come com elas? NÃO SE APLICA A ACAMADOS.

27. Costuma sair de casa? SE SIM. Em que circunstâncias? Onde costuma ir? Com quem costuma sair ou encontrar-se na rua?

28. Se necessitar de sair de casa para tratar de alguma questão que precise ou mesmo só para dar um passeio, tem alguma necessidade específica que o torne dependente de outros (precisa de ser acompanhado(a) de transporte específico)? SE SIM. Quem é que o(a) ajuda a organizar as suas saídas?

29. Está satisfeito(a) com as suas amizades/pessoa(s) com quem costuma estar? Sente que tem com quem contar se precisar de desabafar ou se tiver algum problema que não possa resolver sozinho? Sente-se sozinho(a)?

30. Teve algum conflito, discussão, desentendimento com as pessoas da FAI, nos últimos 3 meses? SE SIM. Em que circunstâncias?

Significados atribuídos à experiência na FAI e ao próprio entrevistado

Introdução: Só para terminar queria saber a sua opinião sobre a forma como as pessoas mais velhas são tratadas pelas mais novas...

31. O que dizem as pessoas mais novas dos idosos? E as pessoas mais velhas o que dizem das mais novas?

32. Acha que as pessoas mais velhas são bem tratadas pelas mais novas em Portugal?

33. As relações entre pessoas mais novas e pessoas mais velhas são de conflito ou de ajuda?

34. Pensa que cabe à família ou às instituições prestarem apoio e cuidados aos idosos que deles necessitam?

35. Como imaginava uma família de acolhimento antes de ser acolhido: Que receios tinha? Que vantagens achava que tinha esta solução para os idosos? E agora que vive numa família de acolhimento, que qualidades e que defeitos encontra nesta solução para os idosos?



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

37. Em que aspetos é que uma FAI é melhor que um lar? E em que aspetos é que é pior? Preferia estar num lar ou numa FAI?



Anexo 2: Guião de entrevista semiestruturada (abril de 2012)

Introdução

OBJETIVOS DE ESTUDO

CONFIDENCIALIDADE

GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

Contexto familiar e social do entrevistado na FAI (relações com a FAI e relações com a comunidade onde se insere a FAI).

INTRODUÇÃO: Para começarmos, gostava de lhe pedir que me falasse um pouco sobre as suas relações na FAI...

1. Quem é a pessoa que mais cuida de si? **1.1.** Em que medida fala com essa pessoa sobre coisas que são importantes para si? **1.2.** O que fazem juntos? **1.3.** Sente-se próximo dessa pessoa (pouco próximo, próximo, ou muito próximo)?

2. Mora nesta família mais alguma pessoa na mesma condição de acolhimento?

SE SIM: **2.1.** Sente-se próximo dessa(s) pessoa(s) (pouco próximo, próximo ou muito próximo)?

3. Tem contacto com os restantes elementos da FAI?

SE SIM: **3.1.** Com quem? **3.2.** Com que frequência? **3.3.** O que fazem juntos? **3.4.** Sente-se próximo dessa pessoa (pouco próximo, próximo ou muito próximo)?

SE NÃO: **3.1.** O que o(a) impede de ter contacto com os outros elementos da FAI (os impeditivos são de mobilidade ou de ordem relacional)?



4. Conhece as pessoas que moram ou trabalham aqui perto (vizinhos, dono da mercearia, talho, farmácia, etc.)?

SE SIM: **4.1.** Costuma conviver com ele(s)? **4.2.** Com que frequência?

SE NÃO: **4.1.** O que o(a) impede (os impeditivos são de mobilidade ou de ordem relacional)?

Contexto familiar e social do entrevistado na FAI (relações com a família de origem e relações com a rede social de origem).

INTRODUÇÃO: Agora pedia-lhe que me falasse das suas relações com os seus familiares e com os seus amigos/conhecidos que fez antes de vir para a FAI...

5. Em relação à sua família, costuma conviver com ela?

SE SIM: **5.1.** Com quem? **5.2.** Com que regularidade contacta com essa(s) pessoa(s)?

5.3. De que forma faz (pessoalmente, telefone, carta, etc.)? **5.4.** Em que medida fala com essa pessoa sobre coisas que são importantes para si? **5.5.** O que fazem juntos? **5.6.** Sente-se próximo dessa pessoa (pouco próximo, próximo ou muito próximo)?

SE NÃO: **5.1.** O que o(a) impede (os impeditivos são de mobilidade ou de ordem relacional)?

6. Em relação aos vizinhos que tinha quando morava na sua casa, costuma conviver com eles?

SE SIM: **6.1.** Com quem? **6.2.** Com que regularidade contacta com essa(s) pessoa(s)?

6.3. De que forma faz (pessoalmente, telefone, carta, etc.)? **6.4.** Em que medida fala com essa pessoa sobre coisas que são importantes para si) **6.5.** O que fazem juntos? **6.6.** Sente-se próximo dessa pessoa (pouco próximo, próximo ou muito próximo)?

SE NÃO: **6.1.** O que o(a) impede (os impeditivos são de mobilidade ou de ordem relacional)?



Autoperceção do entrevistado face à sua rede social de apoio

INTRODUÇÃO: Agora gostaria que me falasse um pouco das pessoas com quem convive no seu dia a dia...

7. Costuma sair de casa?

SE SIM: **7.1** Em que circunstâncias? **7.2.** Com quem costuma sair ou encontrar-se?

7.3. Se necessitar de sair de casa para tratar de alguma questão que precise ou mesmo só para dar um passeio, tem alguma necessidade específica que o torne dependente de outros (precisa de ser acompanhado(a) de transporte específico)?

SE SIM: **7.3.1.** Quem é que o(a) ajuda a organizar as suas saídas?

8. Sente que tem alguém a quem pode pedir ajuda se tiver algum problema que não consiga resolver sozinho? **8.1.** Em que medida se sente-se sozinho(a)?

9. Quem é(são) a(s) pessoa(s) mais importante(s) para si atualmente? **9.1** Com que regularidade contacta com essa(s) pessoa(s)? **9.2.** De que forma faz (pessoalmente, telefone, carta, etc.)? **9.3.** Em que medida fala com essa pessoa sobre coisas que são importantes para si? **9.4.** O que fazem juntos? **9.5.** Sente-se próximo dessa pessoa (pouco próximo, próximo ou muito próximo)?



Mudanças ocorridas no âmbito da FAI

INTRODUÇÃO: Sei que passou a frequentar um Centro de dia, gostaria que me falasse um pouco acerca disso...

10. Passou a frequentar o Centro de Dia por iniciativa própria ou foi alguém lhe sugeriu?

INICIATIVA PRÓPRIA: **10.1.** Por que razão?

FOI ALGUÉM: **10.1.** Quem? **10.2.** Que argumento(s) utilizou? **10.3.** O que achou da ideia no início?

11. Está satisfeita com o Centro de dia? **11.1.** Com que pessoas se relaciona lá? **11.2.**

O que costuma fazer nas horas em que está lá?

12. Qual prefere: repartir o seu dia entre o Centro de Dia e a FAI, ou preferia ficar na FAI todo o dia? **12.1.** Porquê?

13. Em que medida as relações na FAI se alteraram pelo facto de ter passado a frequentar o Centro de Dia? Houve alguma mudança, ou permanecem iguais?

Anexo 3: Caracterização sócio-demográfica dos indivíduos

3.1. Idade dos indivíduos

Statistics

Idade dos indivíduos – Anos

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		77,92
Median		81
Mode		62
Std. Deviation		10,866
Minimum		62
Maximum		94

3.2. Sexo dos indivíduos

Sexo dos indivíduos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	5	38,5	38,5	38,5
Feminino	8	61,5	61,5	100
Total	13	100,0	100,0	

3.3. Nível de escolaridade dos indivíduos

Nível de escolaridade dos indivíduos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nenhum	6	46,2	46,2	46,2
3.º ano	2	15,4	15,4	61,6
4.º ano	5	38,5	38,5	100,0
Total	13	100,0	100,0	

3.4. Estado civil dos indivíduos

Estado civil dos indivíduos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	4	30,8	30,8	30,8
Casado	1	7,7	7,7	38,5
Divorciado	1	7,7	7,7	46,2
Viúvo	7	53,8	53,8	100,0

3.5. Tempo durativo da permanência dos indivíduos nas FAI

Statistics

Tempo durativo da permanência dos indivíduos nas FAI – Anos

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		4,31
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		1,601
Minimum		3
Maximum		9

Tempo durativo da permanência dos indivíduos nas FAI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3 anos	4	30,8	30,8	30,8
4 anos	5	38,5	38,5	69,2
5 anos	3	23,1	23,1	92,3
9 anos	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Anexo 4: Análise descritiva do EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD

4.1. EUROHIS-QOL-8

EUROHIS-QOL-8 – Total

Maria Luísa	23
Celina	26
Mateus	37
Zélia	26
Clara	31
Arnaldo	28
Laura	24
Ema	27
Alexandre	24
Anabela	26
Constança	33
António	21
Clemente	28

Statistics

EUROHIS-QOL-8 – Total

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		27,23
Median		26,00
Mode		26
Std. Deviation		4,343
Minimum		21
Maximum		37

EUROHIS-QOL-8 – Total

Tipologia	Média Aritmética
“Muito integrados”	28,0
“Integrados”	27,7
“Pouco integrados”	25,7
“Muito pouco integrados”	27,3

4.2. WHOQOL-OLD – Total

WHOQOL-OLD – Total

Maria Luísa	68
Celina	109
Mateus	121
Zélia	97
Clara	99
Arnaldo	92
Laura	106
Ema	86
Alexandre	100
Anabela	79
Constança	97
António	71
Clemente	106

Statistics

WHOQOL-OLD – Total

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		94,69
Median		97,00
Mode		97 ^a
Std. Deviation		15,310
Minimum		68
Maximum		121

a. Multiple modes exists. The smallest value is shown.

WHOQOL-OLD – Total

Tipologia	Média Aritmética
“Muito integrados”	98,8
“Integrados”	99,0
“Pouco integrados”	88,3
“Muito pouco integrados”	91,3

4.3. WHOQOL-OLD – “Funcionamento sensorial”

WHOQOL-OLD – “Funcionamento sensorial”

Maria Luísa	10
Celina	17
Mateus	18
Zélia	14
Clara	18
Arnaldo	20
Laura	13
Ema	15
Alexandre	17
Anabela	11
Constança	12
António	14
Clemente	19

WHOQOL-OLD – “Funcionamento sensorial”

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		15,54
Mediam		16,00
Mode		14
Std. Deviation		3,045
Minimum		10
Maximum		20

WHOQOL-OLD – “Funcionamento sensorial”

Tipologia	Média Aritmética
“Muito integrados”	14,8
“Integrados”	17,0
“Pouco integrados”	14,3
“Muito pouco integrados”	16,3

4.4. WHOQOL-OLD – “Autonomia”

WHOQOL-OLD – “Autonomia”

Maria Luísa	10
Celina	16
Mateus	20
Zélia	15
Clara	11
Arnaldo	13
Laura	16
Ema	9
Alexandre	7
Anabela	11
Constança	14
António	9
Clemente	15

Statistics

WHOQOL-OLD – “Autonomia”

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		12,77
Median		13,00
Mode		9
Std. Deviation		3,655
Minimum		7
Maximum		20

WHOQOL-OLD – “Autonomia”

Tipologia	Média Aritmética
“Muito integrados”	15,3
“Integrados”	13,3
“Pouco integrados”	9,0
“Muito pouco integrados”	12,7

4.5. WHOQOL-OLD – “Actividades passadas, presentes e futuras”

WHOQOL-OLD – “Actividades passadas, presentes e futuras”

Maria Luísa	13
Celina	16
Mateus	20
Zélia	15
Clara	14
Arnaldo	15
Laura	14
Ema	13
Alexandre	13
Anabela	10
Constança	17
António	11
Clemente	16

Statistics

WHOQOL-OLD – “Actividades passadas, presentes e futuras”

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		14,38
Median		14,00
Mode		13
Std. Deviation		2,599
Minimum		10
Maximum		20

WHOQOL-OLD – “Actividades passadas, presentes e futuras”

Tipologia	Média Aritmética
“Muito integrados”	16,0
“Integrados”	14,3
“Pouco integrados”	12,0
“Muito pouco integrados”	14,7

4.6. WHOQOL-OLD – “Participação social”

WHOQOL-OLD – “Participação social”

Maria Luísa	13
Celina	16
Mateus	19
Zélia	15
Clara	15
Arnaldo	8
Laura	17
Ema	15
Alexandre	15
Anabela	12
Constança	18
António	12
Clemente	13

Statistics

WHOQOL-OLD – “Participação social”

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		14,46
Median		15,00
Mode		15
Std. Deviation		2,904
Minimum		8
Maximum		19

WHOQOL-OLD – “Participação social”

Tipologia	Média Aritmética
“Muito integrados”	15,8
“Integrados”	13,3
“Pouco integrados”	14,0
“Muito pouco integrados”	14,3

4.7. WHOQOL-OLD – “Morte e morrer”

WHOQOL-OLD – “Morte e morrer”

Maria Luísa	14
Celina	20
Mateus	20
Zélia	18
Clara	20
Arnaldo	14
Laura	17
Ema	11
Alexandre	18
Anabela	13
Constança	9
António	15
Clemente	20

Statistics

WHOQOL-OLD – “Morte e morrer”

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		16,08
Median		17,00
Mode		20
Std. Deviation		3,707
Minimum		9
Maximum		20

WHOQOL-OLD – “Morte e morrer”

Tipologia	Média Aritmética
“Muito integrados”	18,0
“Integrados”	17,0
“Pouco integrados”	14,0
“Muito pouco integrados”	14,7

4.8. WHOQOL-OLD – “Intimidade”

WHOQOL-OLD – “Intimidade”

Maria Luísa	4
Celina	4
Mateus	4
Zélia	4
Clara	4
Arnaldo	7
Laura	13
Ema	4
Alexandre	14
Anabela	4
Constança	4
António	6
Clemente	13

Statistics

WHOQOL-OLD – “Intimidade”

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		6,54
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		3,992
Minimum		4
Maximum		14

WHOQOL-OLD – “Intimidade”

Tipologia	Média Aritmética
“Muito integrados”	4,0
“Integrados”	8,0
“Pouco integrados”	7,3
“Muito pouco integrados”	7,7

4.9. WHOQOL-OLD – “Família/Vida familiar”

WHOQOL-OLD – “Família/Vida familiar”

Maria Luísa	4
Celina	20
Mateus	20
Zélia	16
Clara	17
Arnaldo	15
Laura	16
Ema	19
Alexandre	16
Anabela	18
Constança	19
António	4
Clemente	10

Statistics

WHOQOL-OLD – “Família/Vida Familiar”

N	Valid	13
	Missing	0
Mean		14,54
Median		14,00
Mode		12
Std. Deviation		2,116
Minimum		12
Maximum		19

WHOQOL-OLD – “Família/Vida familiar”

Tipologia	Média Aritmética
“Muito integrados”	15,0
“Integrados”	16,0
“Pouco integrados”	17,7
“Muito pouco integrados”	11,0

Anexo 5: Testes *t*

5.1. Sexo

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
"Funcionamento sensorial"	Masculino	5	17,60	2,302	1,030
	Feminino	8	14,25	2,816	,996
"Autonomia"	Masculino	5	12,80	5,119	2,289
	Feminino	8	12,75	2,816	,996
"Actividades passadas, presentes e futuras"	Masculino	5	15,00	3,391	1,517
	Feminino	8	14,00	2,138	,756
"Participação social"	Masculino	5	13,40	4,037	1,806
	Feminino	8	15,13	1,959	,693
"Morte e morrer"	Masculino	5	17,40	2,793	1,249
	Feminino	8	15,25	4,132	1,461
"Intimidade"	Masculino	5	8,80	4,438	1,985
	Feminino	8	5,13	3,182	1,125
"Família/Vida familiar"	Masculino	5	13,00	6,164	2,757
	Feminino	8	16,13	5,111	1,807
Total	Masculino	5	98,00	18,453	8,252
	Feminino	8	92,63	13,948	4,931

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
"Funcionamento sensorial"	Equal variances assumed	,498	,495	2,225	11	,048	3,350	1,505	,037	6,663
	Equal variances not assumed			2,339	9,987	,041	3,350	1,432	,158	6,542
"Autonomia"	Equal variances assumed	1,662	,224	,023	11	,982	,050	2,176	-4,740	4,840
	Equal variances not assumed			,020	5,543	,985	,050	2,496	-6,182	6,282
"Actividades passadas, presentes e futuras"	Equal variances assumed	,879	,369	,659	11	,524	1,000	1,518	-2,341	4,341
	Equal variances not assumed			,590	6,022	,577	1,000	1,695	-3,143	5,143
"Participação social"	Equal variances assumed	2,113	,174	-1,046	11	,318	-1,725	1,649	-5,355	1,905
	Equal variances not assumed			-,892	5,200	,412	-1,725	1,934	-6,639	3,189
"Morte e morrer"	Equal variances assumed	1,827	,204	1,019	11	,330	2,150	2,110	-2,494	6,794
	Equal variances not assumed			1,119	10,839	,287	2,150	1,922	-2,088	6,388
"Intimidade"	Equal variances assumed	2,263	,161	1,748	11	,108	3,675	2,103	-,953	8,303
	Equal variances not assumed			1,611	6,594	,154	3,675	2,282	-1,788	9,138
"Familia/Vida familiar"	Equal variances assumed	,689	,424	-,993	11	,342	-3,125	3,145	-10,048	3,798
	Equal variances not assumed			-,948	7,396	,373	-3,125	3,296	-10,836	4,586
Total	Equal variances assumed	,157	,699	,599	11	,561	5,375	8,971	-14,370	25,120
	Equal variances not assumed			,559	6,867	,594	5,375	9,613	-17,447	28,197

5.2. Idade

Group Statistics

	Idade	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
"Funcionamento sensorial"	< 80 anos	6	16,17	1,941	,792
	>= 80 anos	7	15,00	3,830	1,447
"Autonomia"	< 80 anos	6	12,83	4,792	1,956
	>= 80 anos	7	12,71	2,752	1,040
"Actividades passadas, presentes e futuras"	< 80 anos	6	15,17	2,787	1,138
	>= 80 anos	7	13,71	2,430	,918
"Participação social"	< 80 anos	6	16,50	1,761	,719
	>= 80 anos	7	12,71	2,563	,969
"Morte e morrer"	< 80 anos	6	15,83	4,708	1,922
	>= 80 anos	7	16,29	2,984	1,128
"Intimidade"	< 80 anos	6	7,17	4,916	2,007
	>= 80 anos	7	6,00	3,317	1,254
"Família/Vida familiar"	< 80 anos	6	17,83	1,722	,703
	>= 80 anos	7	12,43	6,528	2,467
Total	< 80 anos	6	101,50	11,572	4,724
	>= 80 anos	7	88,86	16,466	6,224

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
"Funcionamento sensorial"	Equal variances assumed	3,965	,072	,673	11	,515	1,167	1,734	-2,649	4,983
	Equal variances not assumed			,707	9,149	,497	1,167	1,650	-2,557	4,890
"Autonomia"	Equal variances assumed	2,359	,153	,056	11	,956	,119	2,124	-4,555	4,793
	Equal variances not assumed			,054	7,712	,959	,119	2,216	-5,024	5,262
"Actividades passadas, presentes e futuras"	Equal variances assumed	,076	,789	1,005	11	,337	1,452	1,446	-1,729	4,634
	Equal variances not assumed			,993	10,075	,344	1,452	1,462	-1,802	4,707
"Participação social"	Equal variances assumed	,116	,739	3,045	11	,011	3,786	1,243	1,049	6,522
	Equal variances not assumed			3,138	10,577	,010	3,786	1,206	1,117	6,454
"Morte e morrer"	Equal variances assumed	2,249	,162	-,210	11	,837	-,452	2,150	-5,184	4,280
	Equal variances not assumed			-,203	8,224	,844	-,452	2,229	-5,567	4,663
"Intimidade"	Equal variances assumed	3,078	,107	,509	11	,621	1,167	2,293	-3,880	6,213
	Equal variances not assumed			,493	8,575	,634	1,167	2,366	-4,227	6,560
"Família/Vida familiar"	Equal variances assumed	12,840	,004	1,959	11	,076	5,405	2,759	-,668	11,478
	Equal variances not assumed			2,107	6,959	,073	5,405	2,566	-,669	11,479
Total	Equal variances assumed	2,176	,168	1,573	11	,144	12,643	8,038	-5,050	30,335
	Equal variances not assumed			1,618	10,659	,135	12,643	7,814	-4,622	29,908