



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

O coping religioso de pessoas idosas residentes em ERPI: um
estudo fenomenológico

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Mariana Barros Barbosa

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

DEZEMBRO 2017



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

O *coping* religioso de pessoas idosas residentes em ERPI: um estudo fenomenológico

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Mariana Barros Barbosa

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Armanda Paula
Cunha Gonçalves**

Agradecimentos

No início deste espaço designado aos agradecimentos não poderia deixar de agradecer à minha orientadora Professora Doutora Armanda Gonçalves que incansavelmente ao longo deste ano letivo me apoiou nesta Dissertação, e que me leva também a agradecer a paciência e dedicação que prestou a este trabalho.

De seguida não poderia deixar de agradecer as pessoas que participaram deste estudo e que disponibilizaram do seu tempo, permitindo-me o desenvolvimento do estudo alvo desta dissertação.

Por fim, agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente me apoiaram no decorrer deste trabalho, a nomear em especial os meus pais e irmã e a minha amiga Filipa que embora privado algum tempo de convivência me dá força para continuar e nunca desistir bem como aos amigos que no decorrer do meu percurso tanto a nível pessoal quanto académico acrescentaram ao meu desenvolvimento humano e crescimento.

Contudo, não poderia deixar de referir a minha avó Vitória no qual esta Dissertação foi inspirada e que fruto da sua sabedoria e experiência de vida sempre me deu bons conselhos, sobretudo nos momentos proporcionados para isso bem como às suas palavras que transmitem conforto e motivação.

À minha tia e madrinha Hermínia que desde cedo fomentou desde criança o meu gosto à leitura bem como a todo o género de literatura; o mesmo proporcionou-me várias bases que prevalecem até hoje.

Aos meus familiares que já não se encontram entre nós, nomeadamente à minha bisavó Elvira com quem muito convivi e aprendi, não só na transmissão de valores, que tal relação intergeracional permite, mas também no ensino da língua portuguesa enfatizando a nossa gramática; e o meu tio e padrinho Manuel que se me apoiou.

A todas as pessoas que nomeei o meu muito obrigada.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre o fenómeno do envelhecimento, tendo em linha de conta que somos um país demograficamente envelhecido e, por isso, é cada vez mais urgente pensar que se trata de um fenómeno complexo, dependente de um conjunto de fatores externos e internos associados à vida da pessoa idosa. Neste sentido, foram trabalhados os conceitos de institucionalização, *stress* e *coping* religioso. Utilizamos uma metodologia qualitativa recorrendo à realização de entrevistas semi-estruturadas a 8 idosos em estrutura residencial para pessoas idosas, com os seus consentimentos. Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao método fenomenológico. Esta diversidade de histórias de vida levou-nos a perceber sobre o modo como o *coping* religioso, nomeadamente as estratégias por ele trabalhadas, podem ajudar a combater o *stress* nos idosos, quando estes se encontram institucionalizados. O objetivo desta dissertação foi caraterizar o processo de *coping* religioso no processo de envelhecimento e compreender a vivência do *stress*, acontecimentos de vida e *coping* religioso no processo de envelhecimento. Os resultados atingidos por este estudo levam-nos à conclusão de que o coping religioso tem na maioria dos casos analisados, um papel positivo, proporcionando melhor adaptação, ajustamento e manutenção do bem-estar nos participantes envolvidos.

Palavras-chave: *envelhecimento; stress; coping religioso; acontecimentos de vida.*

Abstract

This work aims to reflect on the phenomenon of aging, considering that we are a demographically aged country and, therefore, it is increasingly urgent to think that it is a complex phenomenon, dependent on a set of external factors and associated with the life of the elderly. In this sense, the concepts of institutionalization, stress and religious coping were worked on. We used a qualitative methodology using semi-structured interviews with 8 elderly people in a residential structure for elderly people, with their consent. The data collected were analyzed using the phenomenological method. This diversity of life histories has led us to understand how religious coping, the strategies it worked on, can help to combat stress in the elderly when they are institutionalized. The objective of this dissertation was to characterize the process of religious coping in the aging process and to understand the experience of stress, life events and religious coping in the aging process. The results achieved by this study lead us to the conclusion that religious coping has in most cases analyzed a positive role, providing better adaptation, adjustment and maintenance of well-being in the participants involved.

Key-words: *aging; stress; religious coping; life events.*

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract	iii
Índice de Tabelas.....	v
Índice de Figuras	vi
Índice de Apêndices	vii
Glossário.....	viii
1. Introdução	1
2. O fenómeno do envelhecimento: contextualização geral	2
2.1. Os acontecimentos de vida, o stress e coping no processo de envelhecimento	8
2.2. O coping religioso no processo de envelhecimento	11
3. Metodologia	14
3.1. Justificação do tema	15
3.2. Objetivos gerais e específicos	15
3.3. Abordagem metodológica	15
3.4. Participantes e processo de amostragem	16
3.5. Instrumentos	17
3.6. Procedimentos	17
3.7. Apresentação dos resultados	19
3.8. Análise dos dados.....	19
3.9. Apresentação e discussão dos resultados	20
4. Conclusão.....	39
5. Referências bibliográficas.....	42
6. Apêndices.....	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 1.....	21
Tabela 2 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 2.....	22
Tabela 3 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 3.....	24
Tabela 4 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 4.....	25
Tabela 5 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 5.....	27
Tabela 6 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 6.....	29
Tabela 7 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 7.....	30
Tabela 8 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 8.....	32

Índice de Figuras

Figura 1. Gráfico demonstrativo dos valores da população residente em Portugal, com 65 anos ou mais, numa estimativa e projecção feita pelo INE em 2017, no período compreendido entre 1991-2080. Retirado de “Projeções de População Residente 2015-2080,” por Instituto Nacional de Estatística, 2017, *Destaque informação à comunicação social*, p.2..... p.4

Índice de Apêndices

Apêndice I – Carta de apresentação ao Patronato Nossa Senhora da Torre.....	49
Apêndice II – Carta de apresentação ao Asilo de São José.....	50
Apêndice III – Consentimento informado apresentado aos idosos dos Lares Residenciais	51
Apêndice IV – Guião de entrevista semi-estruturada.....	53
Apêndice V – Questionário sociodemográfico.....	55
Apêndice VI – Tratamento dos dados brutos passos do método fenomenológico.....	60

Glossário

AIVD – Atividades instrumentais da vida diária

AVD – Atividades da vida diária

ERPI – Estrutura residencial para pessoas idosas

INE – Instituto nacional de estatística

SOC – Seleção, otimização, compensação

1. Introdução

A presente dissertação de mestrado tem como finalidade refletir sobre o fenómeno do envelhecimento, analisando as estratégias de *coping* religioso face aos acontecimentos de vida ou episódios de *stress* na história de vida da pessoa idosa. O nosso trabalho de campo teve lugar em duas instituições de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) em Braga.

No âmbito da nossa pesquisa procuramos reflectir que o envelhecimento populacional é um fenómeno cada vez mais emergente nos países desenvolvidos, sendo que Portugal não é excepção. Como iremos verificar ao longo do que será exposto no trabalho, à medida que o processo de envelhecimento vai avançando, registam-se também perdas significativas para as pessoas idosas, e um conjunto de mudanças quando estas ingressam num lar. Por outro lado, também iremos reflectir sobre os acontecimentos de vida/o *stress* que os idosos vivenciam ou vivenciaram durante o seu percurso de vida e o modo como o enfrentam ou enfrentaram utilizando para isso, estratégias de *coping* religioso.

A estrutura do nosso trabalho está dividida em quatro secções que constituem outras tantas etapas de um percurso de investigação que convidamos a quem irá ler o trabalho a seguir. A primeira secção apresenta uma breve revisão da literatura, através da qual procederemos à definição de alguns conceitos e percorreremos um conjunto de autores e correntes de pensamento que estruturam a nossa reflexão. Assim começamos por abordar as dimensões do envelhecimento: demográfico, biológico, psicológico e social, reflectindo sobre a sua complexidade, antes de analisar a dimensão da saúde e o seu papel e importância no fenómeno do envelhecimento. Para além desta perspectiva destacamos, numa subsecção a relação entre o conceito de institucionalização e o fenómeno de envelhecimento. Numa segunda secção são reunidos os principais aspectos sobre o *stress*, acontecimentos de vida e as estratégias de *coping* no Envelhecimento. Sendo ainda, que destacamos o papel e a importância do *coping* religioso no Envelhecimento.

Na sequência do enquadramento teórico, a terceira secção apresenta, de forma mais sustentada, o tema escolhido, a respetiva justificação e a metodologia adotada, assim como uma breve descrição das instituições, do universo e da amostra da nossa pesquisa. Por fim, na quarta e última secção, a análise dos dados permitir-nos-á contextualizar as considerações tecidas por oito idosos da resposta de ERPI em Braga, com base num conjunto de entrevistas que dão corpo a este estudo de cariz fenomenológico.

Como irá deduzindo o leitor, não se trata de formular uma leitura nacional do fenómeno, mas de identificar algumas tendências e, assim, contribuir para análise das

estratégias de *coping* religioso no envelhecimento e da importância deste tema para a saúde mental dos idosos, em concreto no âmbito da psicologia clínica.

Deste modo, o objetivo desta investigação é realizar estudo fenomenológico de forma a analisar a relação entre o *stress* e o *coping* religioso no processo de institucionalização e quais são as estratégias de *coping* religioso utilizadas pelo idoso para enfrentar o *stress* decorrentes de alguns acontecimentos de vida.

A partir deste questionamento inicial, desenhamos os seguintes objetivos gerais: a) explicar o conceito de *stress* no processo de envelhecimento; b) caracterizar o processo de *coping* religioso no processo de envelhecimento; c) compreender a vivência do *stress*, acontecimentos de vida e *coping* religioso no processo de envelhecimento; e específicos: identificar os acontecimentos de vida que geram *stress* na vida dos idosos e constatar a utilização das estratégias do *coping* religioso por relação aos acontecimentos de vida durante o processo de institucionalização dos idosos. O objetivo/finalidade desta investigação foi perceber a relação entre o *stress* e o *coping* religioso no processo de institucionalização e qual é o papel de *coping* religioso para enfrentar o *stress* decorrentes de alguns acontecimentos de vida.

O fato do nosso trabalho de campo se ter realizado em duas instituições distintas, com papel e uma responsabilidade social relevante em cada uma das comunidades locais, constitui inegavelmente uma mais-valia. Para além do excelente acolhimento por parte das estruturas dirigentes e respectivos funcionários, é de realçar que os idosos inquiridos manifestaram uma grande receptividade, tendo permitido a realização desta investigação. No entanto, como em todas as investigações, também nos deparamos com alguns constrangimentos, entre os quais se destaca o tamanho da nossa amostra – assim como o facto de esta ser maioritariamente constituída por mulheres – e as limitações em termos de tempo que não nos permitiram aprofundar os dados tal como estava previsto no início da investigação.

2. O fenómeno do envelhecimento: contextualização geral

O fenómeno do envelhecimento é um problema complexo do ponto de vista demográfico. Nestes últimos anos tem sido uma problemática bastante estudada, sendo que o estudo do fenómeno em Portugal não tem sido excepção.

Deste modo, nos países mais desenvolvidos, o fenómeno do envelhecimento populacional começa por se acentuar desde a segunda metade do século XX (1950) havendo uma tendência a nível mundial, de um aumento da população envelhecida de indivíduos com 65 e mais anos até 2020 (Stella, 2001). Algumas das causas que contribuem para o aumento

da população envelhecida, são: uma taxa mortalidade e mortalidade infantil mais baixa, o que por sua vez leva a que haja um crescente aumento da esperança média de vida; o avanço da medicina e de melhores condições de vida, nomeadamente melhores condições sanitárias bem como condições higiénicas e uma melhor alimentação. (Stella, 2001) A quebra da natalidade revela uma característica de um país desenvolvido, havendo, por isso, a curto prazo uma redução progressiva da população mais jovem. Esta quebra de natalidade resulta de fatores, como, (1) maiores habilitações literárias da mulher e conseqüente participação da mesma na vida activa (mercado de trabalho), (2) o casamento da mulher que é iniciado mais tarde e (3) a utilização de métodos contraceptivos, afetando assim a reprodução.

Contudo, o envelhecimento demográfico acarreta várias conseqüências para a própria sociedade, sendo que esta última é afectada a nível económico e social (Stella, 2001). A primeira conseqüência relaciona-se com o facto de o aumento desta população exigir mais custos com a saúde, com a segurança social, e com a necessidade da criação de mais respostas sociais tais como lares e centros de dia. Associadas às conseqüências individuais do envelhecimento, muitos dos idosos sentem-se cada vez mais isolados e excluídos da mesma sociedade.

No que diz respeito a Portugal, em 2001, Carmo (2001) referia que desde 1998 a proporção de pessoas jovens tem diminuído de “34% para 30% enquanto a população com 60 e mais anos aumentou de 8% para 10%” (p. 138).

De acordo com um relatório do Instituto Nacional de Estatística (INE), no contexto europeu, Portugal apresenta no conjunto dos 28 estados membros o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento, o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e o 3º maior aumento de idade mediana em 2003 e 2013.

Segundo o mesmo documento, editado pelo INE, o fenómeno da queda da natalidade e do aumento de longevidade nos últimos anos, em Portugal, teve como conseqüência um decréscimo da população jovem e da população em idade ativa. Assim, no ano de 2000, o número de idosos ultrapassou o mínimo de jovens pela primeira vez, tendo o índice de envelhecimento explanado a relação entre o número de idosos e o número de jovens, atingindo 141 idosos por cada 100 jovens em 2014.

Os dados mais recentes, referem que o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens nos próximos 50 anos indo de encontro à estimativa de Carmo (2001), que refere que, no que diz respeito aos países desenvolvidos, está previsto que em 2050 a população que tem 65 e mais anos irá representar mais do dobro, relativamente à proporção de jovens com menos de 15 anos.

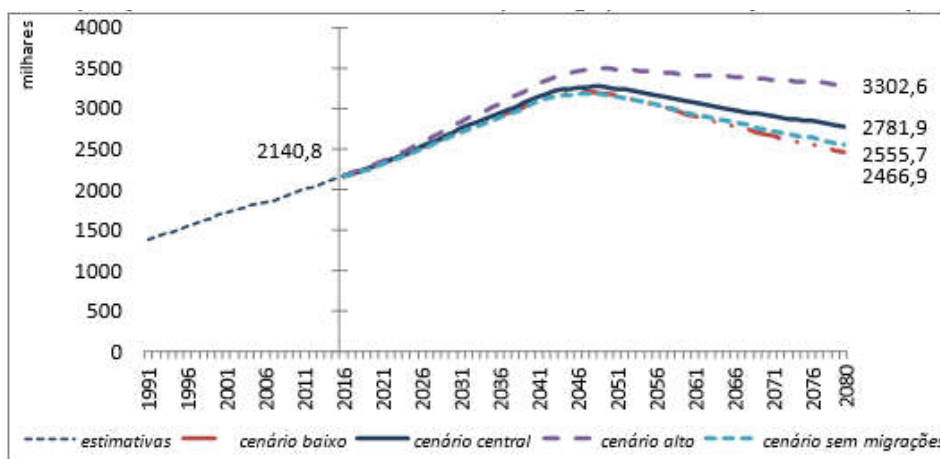


Figura 1. Gráfico demonstrativo dos valores da população residente em Portugal, com 65 anos ou mais, numa estimativa e projecção feita pelo INE em 2017, no período compreendido entre 1991-2080. Retirado de “Projeções de População Residente 2015-2080,” por Instituto Nacional de Estatística, 2017, *Destaque - informação à comunicação social*, p.2.

Voltando à realidade no nosso país, esta tendência também se irá viver cá. Em relação a alguns dados mais concretos o número de pessoas idosas passará de 2140 milhares para 3302 milhares (aproximadamente 3,3 milhões). Este relatório aponta para que “o número de idosos atingirá o valor mais elevado no final da década de 40, momento a partir do qual passa a decrescer. Esta situação fica a dever-se ao facto de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações.” (INE, 2017, p.4).

Na sequência destes dados, importa salientar que, o fenómeno do envelhecimento não pode ser visto só do ponto de vista demográfico, pois este é um fenómeno complexo e heterogéneo que segundo Bengtson, Rice e Johnson (1999, *cit. in*, Fonseca, 2004) ocorre ao longo do tempo, sob os pontos de vista biológico, psicológico e social.

Assim do ponto de vista biológico, o fenómeno do envelhecimento provoca fragilidade dos organismos e suscetibilidade às doenças que determinam a causa de morte das pessoas (Almeida, 2014). Associado ao envelhecimento temos o conceito da longevidade, que não tem causa genética, mas é influenciada por esta. Sob o ponto de vista físico, também associado ao envelhecimento surge por vezes o conceito de fragilidade, no que toca à vulnerabilidade sentida pela pessoa idosa, ou uma maior suscetibilidade à doença. Estes dois fatores resultam do declínio funcional que é diferente de uma pessoa idosa para outra pessoa idosa (Almeida, 2014).

Por isso, o conceito base do envelhecimento aponta para o “declínio das funções dos organismos ou dos órgãos ou das células que os compõem. Este declínio resulta da ocorrência

de erros no metabolismo, da sua acumulação progressiva e da diminuição dos mecanismos de vigilância e reparação desses erros” (Almeida, 2012, p. 25).

Mailloux-Poirier (1995) refere a este respeito, que o envelhecimento é um fenómeno “resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética.” (p. 99). São os biólogos que referem que o envelhecimento provoca um conjunto de mudanças que são “letais” e que diminuem a probabilidade de os indivíduos sobreviverem. Para isso surgem teorias que explicam o envelhecimento do ponto de vista biológico, como: teoria imunitária, genética, erro na síntese proteica, desgaste, radicais livres e neuro-endócrina.

Do ponto de vista psicológico, de acordo com Fonseca (2010) a emergência de uma perspectiva de promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento, permite um conjunto de implicações teóricas e metodológicas, bem como aplicações no âmbito da ciência desenvolvimental destinadas a melhorar a vida dos idosos, implementando deste modo, novas políticas e programas capazes de beneficiar um desenvolvimento positivo das pessoas mais velhas.

Para além deste autor importa realçar o que Erikson já tinha desenvolvido com a sua teoria Erikson (1982) formulou uma teoria em que descrevia diferentes crises normativas segundo uma visão psicossocial, no ciclo de vida das pessoas. Aqui destacamos o *Estádio 8 – Integridade vs. Desespero*. Neste, destaca-se a crise normativa entre a integridade e o desespero que tem o seu ponto alto no período de adulto idoso. Assim sendo, o adulto idoso vive um dilema entre a integridade do ego que resulta da realização positiva dos sete estádios anteriores (Marchand, 2005), fazendo este uma análise do culminar de uma vida que pode ter tido um propósito de um envelhecimento bem-sucedido ou não bem-sucedido. Ou seja, nesta fase a pessoa adulta idosa tem a tarefa de “aceitação de si próprio e do seu ciclo de vida único”, adaptando-se aos triunfos e desapontamentos, e incorporando as suas experiências e memórias em crenças acerca de si e do mundo (Erikson, 1950). Caso contrário, a ausência de integridade do *self* é habitualmente acompanhada pelo sentimento crescente de se estar acabado, confuso, e pelo sentimento de desespero (Erikson, 1982). Daí que a resolução positiva desta tarefa desenvolvimental permita a conquista e emergência da sabedoria, isto é a “preocupação informada e imparcial com a vida diante da morte” (Erikson, 1982; Erikson & Erikson, 1997).

De acordo com Paúl (1997), o envelhecimento deve ser analisado tendo em conta as mudanças que vão ocorrendo no organismo de cada pessoa. Porém esta autora também

defende que existe um conjunto de fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais que estão intimamente relacionados com o processo de envelhecimento. Um exemplo disso é o modelo Seleção, Otimização e Compensação (SOC) em que Baltes e Baltes (1990) aplicaram o conceito de envelhecimento bem-sucedido como outra formulação desta teoria. Desta forma, os autores “configuraram e distinguem três mecanismos interativos – seleção, otimização e compensação – que, interligados, formam um modelo intitulado de modelo SOC” (pp. 99-100). Neste modelo, a seleção é entendida como um processo em que as pessoas idosas seleccionam objetivos e resultados desejáveis quando confrontados face às perdas ocorridas ao longo das suas vidas, o que por sua vez confere a estes um melhor grau de satisfação e uma sensação de controlo diante a situação. No que respeita à otimização, esta reflete-se pelos meios utilizados pelos indivíduos a fim de a mesma tomar as suas decisões que maximizam os percursos de vida que têm sido seleccionados. Por último, a compensação engloba um conjunto de recursos internos e externos ajudando a que os idosos consigam atingir os seus objectivos.

Nesta linha de pensamento, Fonseca (2004), refere três características, ligadas a uma relação de ganho/perda em que existe uma de formas especializadas de adaptação como um traço geral do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Esta adaptação é realizada segundo as condições de envelhecimento biológico e social face às limitações crescentes da plasticidade e esforços seletivos e compensatórios de cada pessoa idosa para lidar com os défices e controlar de modo eficaz o envelhecimento.

Fonseca (2010) defende que à medida que as pessoas ficam mais velhas ocorre a chamada plasticidade do processo de envelhecimento, ou seja, a capacidade de adaptação dos idosos e a importância que estes atribuem nas relações entre os indivíduos e os seus contextos de referência para a própria compreensão da diversidade no decurso do desenvolvimento humano, na segunda metade da vida. Refere também que o envelhecimento deve ser visto como uma fase ou período do ciclo de vida em que de uma forma geral as características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) mudam entre si de uma forma relacionada e vão-se orientando de forma progressiva para a construção de uma imagem de si próprio como idoso (e que se diferencia da imagem que habitualmente se faz de um adulto).

O mesmo autor, salienta que o desenvolvimento psicológico no decurso do envelhecimento irá envolver uma série de ajustamentos individuais perante a ocorrência de mudanças no *self*, pois decorrem alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais e alterações “de pessoas mais velhas através da provisão de

programas e políticas baseadas no uso de uma perspectiva de psicologia do desenvolvimento para entender e melhorar a vida das pessoas idosas” (Fonseca, 2010, p. 125).

Por fim, outras das dimensões ou ponto de vista a ter em análise na vida das pessoas idosas é a social, onde destacamos a importância que a rede de suporte social tem na vida da pessoa idosa. De acordo com Pimentel (2005) esta pode ser de duas tipologias, informal e formal; a primeira (rede de suporte social informal) diz respeito à rede familiar – onde está incluída a família, rede de vizinhança, amigos – que, com os seus próprios recursos, presta cuidados aos idosos. A segunda (rede de suporte social formal) é composta pela existência de respostas sociais externas à família e que estão organizadas hierarquicamente numa instituição. Nestas, destacamos os lares ou as residências séniores que ainda, segundo Pimentel (2005), são equipamentos que se destinam a acolher pessoas com mais de 60 anos que não possam continuar a assegurar e manterem-se na sua própria casa, e que fornecem alojamento, alimentação, cuidados de higiene, cuidados médicos, de enfermagem, atividades recreativas, entre outras. Na velhice, as relações sociais vão-se alterando, porque existem mudanças tanto no estatuto social como nas redes sociais que os idosos vão estabelecendo, pois vai existindo uma diminuição ou perda de alguns papéis sociais. Os principais fatores que levam a essa perda são a viuvez, a diminuição de contactos sociais, ou mesmo as dificuldades funcionais que vão surgindo (Ribeiro e Paúl, 2011).

Para além das redes sociais que se vão alterando também as relações familiares se modificam na velhice, nomeadamente a nível conjugal, filial ou fraternal. A nível conjugal a família volta a ter uma composição em que o casal no caso de ter tido filhos passa a viver sozinho, tendo novamente em atenção aspectos expressivos, como cuidar da pessoa e conceder-lhe atenção. A proximidade que existe com os filhos é encarada como uma fonte de apoio emocional e instrumental. A aproximação que existe com os irmãos, pois existe mais disponibilidade de tempo e há a consciência da aproximação do fim da vida e valorização de memórias passadas comuns, sendo que a pessoa idosa tem tendência a valorizar expressões de carinho, como dar/receber cuidados e atenção e a redução dos contactos sociais (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Por isso, apesar das teorias serem de fato complexas aquando da definição do processo de envelhecimento, de acordo com Birren (1999) poder-se-á adotar um ponto de vista ecológico do envelhecimento. Este é um resultado da interacção de forças genéticas e ambientais. Ou seja, a teoria do envelhecimento ecológico assenta na base que o estudo do envelhecimento necessita de agregar um conjunto de perspetivas científicas, percebendo que

cada idoso é único e tem a sua história de vida (Oliveira, 2010) pelo que é importante compreender a importância que os acontecimentos de vida têm para cada pessoa idosa.

2.1. Os acontecimentos de vida, o *stress* e *coping* no processo de envelhecimento

Após a exposição destas três dimensões, importa salientar que o processo de envelhecimento se torna diferente de pessoa idosa para pessoa idosa, principalmente pelos acontecimentos de vida que marcam as histórias de vida de cada um. Posteriormente, importa identificar os principais fatores que provocam mudanças e estão associados ao surgimento de acontecimentos de vida da pessoa idosa.

Em primeiro lugar, o aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais são determinantes na incidência do *stress* na terceira idade (Vivan & Lima Argimon, 2009). Por isso, à medida que as pessoas envelhecem também vão ocorrendo doenças que provocam *stress* e exigem às mesmas que estas mobilizem recursos e tenham capacidades individuais de *coping* para a recuperação, fazendo com que muitas das vezes haja de forma secundária, a perda de poder económico, a alteração das actividades diárias e das relações sociais e desconforto geral (Fonseca, 2014)

Advindo a isto, em segundo lugar está subjacente a própria situação de dificuldade funcional e a necessidade de assistência nas actividades de vida diária (AVD) e nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD), que a pessoa idosa face ao declínio físico podem representar um fator *stressante* no processo de envelhecimento. Estas mesmas dificuldades estão muitas vezes associadas a esta etapa de processo da vida que nos leva a reflectir sobre as suas implicações

Em terceiro lugar, outra das situações que pode gerar *stress* à pessoa idosa será quando este recorre à institucionalização, para assim atuar como uma salvaguarda do bem-estar da pessoa (Sousa 2004) e de desejar deixar de se sentir e pensar que será uma sobrecarga para com os seus entes queridos (Cardão, 2009). Para Martins (2008) o facto de os idosos passarem a viver nas instituições, significa que, indubitavelmente estes se deparam com uma realidade diferente daquela a que estavam habituados. Isto, leva a que as pessoas idosas deixem a ‘sua zona de conforto’ para residir num outro local, o que por sua vez implica estarem separados do seu ambiente familiar, e serem ‘obrigados’ a conviver com pessoas estanhas.

Por último, é referido a ausência de uma rede de interações que promova ou facilite a integração/inclusão social e familiar das pessoas idosas. Um desses exemplos é o isolamento

do idoso que ocorre em circunstâncias, como: a morte do cônjuge; o aparecimento de uma doença que o debilita ou o torne vulnerável; ter medo de ser assaltado.

De acordo com Paúl e Ribeiro (2012), a saúde é sem dúvida uma das principais preocupações das pessoas mais velhas, sendo necessário perceber de que forma esta causa um impacto na vida dos mesmos e é auto-percepcionado de forma diferente ao longo do processo de envelhecimento. De uma forma geral e independentemente dessa heterogeneidade, a saúde, tanto real como percebida, é para a grande maioria das pessoas idosas um aspeto fundamental quando se vai avaliar o respetivo bem-estar psicológico. A referência da existência de problemas de saúde é uma constante na avaliação que os idosos fazem do seu bem-estar, surgindo sempre no topo das suas preocupações (Bowling et al, 2013 cit. in Fonseca, 2014).

Assim, após termos enumerado alguns dos fatores geradores de *stress* no envelhecimento que vão surgindo ao longo do processo de envelhecimento de acordo com Afonso (2012) durante a velhice, para além dos efeitos adversos que poderão derivar com o *stress* e os acontecimentos de vida dos idosos, como veremos de seguida, as pessoas idosas também têm formas de reagir contra o mesmo, sendo uma delas a utilização do *coping*.

Lazarus (1993) diz-nos, que o *coping* foi concebido como o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de lidar com situações *stressantes*. Também Doron, e Parot, (2001, p. 188) definem *coping*, como um “conjunto de estratégias às quais o indivíduo recorre para fazer frente a uma solicitação externa ou interna avaliada como constrangedora”, sendo que esse constrangimento provém de uma situação *stressante*. A forma como a pessoa avalia o fator stressor em função da qual ela se encontra ou da atividade no momento, determina a, ou as modalidades a que recorre para controlar a situação, sendo que as estratégias a utilizar tanto podem ser cognitivas como comportamentais, ou ambas em simultâneo (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira 1998; Doron, & Parot, 2001).

As pessoas podem responder a um evento *stressante* de formas diferentes, quer na utilização das estratégias específicas para um evento específico ou, na utilização de estratégias, num processo de tentativa-erro, para chegar à resolução de um mesmo evento *stressante* (Lazarus, 1993). O mesmo autor também menciona que as estratégias de *coping* são um fenómeno complexo e que na resolução do problema podem ambas ser utilizadas, cabendo por isso à pessoa a utilização da estratégia que melhor lhe convém.

Esta última ideia também é reforçada por Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998), onde mencionam que as estratégias de *coping* “são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas” (p. 276), sendo que para Doron, e Parot, (2001) as

estratégias que possam fazer face à situação *stressante* têm como objetivo restabelecer o controlo da situação.

Dependendo do que a pessoa analisa através do *coping* e de que possa fazer para mudar a situação, sendo que o *coping* pode ser considerado no problema ou resolução do mesmo, ou de outra forma então diz-se que o *coping* é focado na emoção (Lazarus, 1993). Para isso, os autores Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998), dizem-nos que quando o *coping* é focado na emoção, os esforços que lhe são dirigidos a um nível somático e/ou sentimental, tem como objetivo alterar o seu estado emocional. Exemplos somáticos de estratégias para controlar a emoção, reduzindo a carga emocional de uma situação de *stress*: uma ida ao cinema, passear, tomar um café entre outras.

Por sua vez, quando o *coping* é focado no problema, este irá constituir um esforço para alterar a situação que deu origem ao *stress*, tentando mudar a mesma alterando/resolvendo o problema, na relação existente entre a pessoa e o ambiente, ou então negociando/resolvendo (exemplos) um conflito interpessoal, ou mesmo solicitar a ajuda a terceiros na resolução da situação *stressante*.

No caso dos idosos, de acordo com um estudo empírico realizado em 2010, a cinquenta pessoas do sexo feminino com idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos que se encontravam internadas num hospital psiquiátrico, por Kazemi indicaram que as estratégias de *coping* ajudam como um suporte emocional e como uma interpretação positiva aos acontecimentos de vida e são também um facilitador na maioria das situações expostas pelas pessoas idosas (Carver, 2002).

Outro estudo de caso realizado a uma idosa no Brasil, por Lara et. al (2005), indicou que, com base na teoria do Envelhecimento Bem-Sucedido, existem seis dimensões que desenvolvidas na vida da pessoa idosa, combatem estes factores *stressantes*. São elas: a auto-aceitação; as relações positivas com os outros; a autonomia; o domínio sobre o ambiente; os propósitos de vida e por fim, o crescimento pessoal. Esta idosa entrevistada demonstrou auto-aceitação mantinha relações positivas com a maioria das pessoas com as quais convivia (marido, filhas, neta, genro, irmãs); era autónoma e mantinha um grande domínio do meio ambiente, principalmente ao nível familiar tendo propósitos de vida e reconhecendo que os seus valores pessoais tinham mudado ao longo da sua vida.

A acrescentar a esta perspectiva, outra das questões que neste trabalho nos interrogamos prende-se com o papel da religiosidade na vida das pessoas idosas, em concreto o papel do *coping* religioso face ao *stress* e aos acontecimentos de vida das pessoas idosas.

2.2. O *coping* religioso no processo de envelhecimento

De forma geral, a religiosidade, quando bem integrada na vida do sujeito, contribui de forma positiva para a sua saúde mental. A definição de religiosidade como experiência, deve ser tida em consideração na forma como o sujeito se deixa afetar e como interpreta essas experiências, e daí provém enquanto sentido para a sua vida (Oliveira & Junges, 2012).

Deste modo, no seguimento do que foi referido, Oliveira e Junges, (2012) definem que o *coping* religioso “é o processo pelo qual o indivíduo, por meio da sua espiritualidade, crença ou comportamento religioso tenta entender e/ou lidar com importantes desafios pessoais ou situacionais na sua vida” (p. 137).

De acordo com Pargament (1997) citado por Barbosa (2008) são atribuídas cinco funções-chave relacionadas com a religiosidade, para assim definir os respectivos estilos de *coping* religioso: a) significado - quando trás um sentido de vida ao indivíduo dando-lhe significado; b) controlo - quando em situações *stressantes* fornece ferramentas alternativas de controlo; c) conforto - quando promove o bem-estar do indivíduo e o seu conforto; d) familiaridade - quando apresenta mecanismos de solidariedade social entre si e os outros, e finalmente e) transformação de vida - quando o indivíduo passa a adotar novos significados de vida, desistindo de valores anteriores em que acreditavam.

Pargament e colaboradores (1988), ao investigar o papel da religião na vida do ser humano, argumentam que ela pode assumir funções diferentes nos diversos estilos de solução de problemas, e por isso, investiga-as no que se refere aos padrões de reações de *coping* , relativos a uma variedade de situações. Assim foram encontrados três grandes temas na relação do *coping* religioso. No primeiro chamado de autodirigido (*selfdirecting*), em que o indivíduo assume a responsabilidade pela solução dos problemas, em que segue as suas próprias opções, atribuindo a si os ganhos e vitórias. Deus aqui é visto como Aquele que deixa ao indivíduo o arbítrio na resolução dos problemas que o afetam e em que a pessoa assume uma postura ativa. No segundo tema chamado de delegante (*deferring*), onde o indivíduo delega/responsabiliza Deus pela solução do seu problema, tomando uma postura passiva à espera da solução que Deus há-de trazer. No terceiro tema chamada de colaborativo (*collaborative*), onde ambos, Deus e indivíduo são participantes ativos, pois trabalham os dois na resolução do problema.

Panzini e Bandeira (2007), defendem que o conceito de *coping* religioso foi delineado a partir do estudo cognitivista do *stress* e do *coping* de Lazarus e Folkman (1984). Também

Lazarus e Folkman (1984), Pargament (1997) sugerem que uma associação entre *coping* e religiosidade pode aparecer como um recurso a ser utilizado ao lidar com o envelhecimento, as incapacidades, a doença, a solidão e a expectativa do fim da vida versus o processo da morte no ser humano.

Segundo a revisão feita por Pimentel (2013), a mesma aponta que grande parte da literatura encontrada e utilizada na sua investigação refere que o uso do *coping* religioso tem vários benefícios na saúde física bem como na saúde mental. Esta autora realça que tanto as crenças como as práticas religiosas são um importante recurso para lidar com acontecimentos de vida negativos, pois ajudam a nossa capacidade para saber lidar com a doença física e mental, e por outro lado, ainda aumentam o suporte social e evitam o envolvimento em comportamentos auto-destrutivos.

Outros autores reforçam a ideia anteriormente apresentada, segundo uma revisão da literatura realizada, em 2001 por Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari e Pargament e estudos empíricos por Joseph, (1998) e Pargament, (1997), a noção de religião ou de espiritualidade traz consequências para a saúde benéficas. Por exemplo, para estes autores, citando Matthews, Larson, e Barry (1994), os factores religiosos estão associados com a qualidade de vida, a satisfação de cada um ao nível marital, o altruísmo, a auto-estima. Tendo um efeito muito positivo não só em relação a estes acontecimentos de vida como também, no que diz respeito a problemas de saúde.

Assim, no que diz respeito à saúde física das pessoas, por vezes podem ser-lhes apresentadas um quadro de vários prejuízos ao seu organismo, tais como: funcionamento menos eficaz do sistema imunitário, incidência mais elevada de doenças cardíacas, níveis menos elevados de exercício físico ou menos qualidade no sono, entre outros. Ora, as pessoas que apresentam estes sinais, utilizam o *coping* religioso como forma a minimizar estes diagnósticos, o que segundo Koenig (2004) promove o uso adequado do *coping* religioso – neste caso *coping* religioso positivo, vem contrariar os índices anteriormente citados, sendo por isso benéfico à saúde física.

Considerando agora a saúde mental da pessoa, Koenig (2009) diz que o *coping* religioso está associado a reduzida sintomatologia depressiva e ansiosa. Deste modo, as crenças e práticas religiosas promovem uma perspectiva positiva da vida, facilitam a aceitação do sofrimento, favorecem a perceção de controlo (indireto) sobre a vida e reduzem a solidão e o sofrimento ao proporcionar uma comunidade de suporte social e “suporte divino”. São um importante recurso para lidarmos com acontecimentos de vida negativos, favorecem a nossa capacidade para lidarmos com a doença física e mental e

umentam o suporte social. Tal como nos diz, Kim, e Seidlitzb (2001) a espiritualidade contribui para a saúde mental e física e esconde os efeitos das estratégias de *coping* não religiosas (Pargament, 1997; Pargament et al., 1999).

Neste sentido, com vista a que as pessoas consigam lidar com acontecimentos de vida negativos, as crenças e práticas religiosas são utilizadas como um auxílio para lidar com a doença física e mental, de modo a que a prática beneficie a saúde. São também importantes para um aumento do suporte social bem como para evitar o envolvimento em comportamentos autodestrutivos tais como abuso de substâncias e suicídio (Pimentel, 2012).

No caso dos idosos, por vezes, quando o *coping* por si só não é o suficiente, grande parte dos indivíduos recorre ao *coping* religioso. No entanto, é preciso saber que, este género de *coping* tanto pode ser utilizado de forma positiva (*coping* religioso positivo) ou de forma negativa (*coping* religioso negativo). Refira-se ainda que o *coping* religioso está associada a diversos benefícios a nível da saúde (Pargament, 1997 citado por Barbosa, 2008). Enquanto o *coping* religioso positivo é caracterizado por adaptar estratégias positivas de *coping* religioso (e.g., reinterpretar o stressor como fulcral, tratar Deus como o parceiro, buscar e apreciar o amor e o cuidado de Deus) expressam “uma relação segura com uma força transcendente, um senso de conexão espiritual com os outros e um mundo benevolente vista” (Pargament et al., 2011, p. 51). O negativo centra-se em olhar para o *coping* religioso, mas reinterpretando o stressor como uma punição dada por Deus, passivamente dependendo de Deus para resolver o stressor, tentando lidar sozinho sem confiar na ajuda de Deus “reflectindo nas tensões e lutas espirituais subjacentes dentro de si mesmo, com outros, e com o divino” (Pargament et al., 2011, p. 51).

Inseridos neste contexto, Siegel e Schrimshaw (2002), interessam-se pela investigação de soluções cognitivas, emocionais/comportamentais no *coping* religioso, onde o idoso tende a admitir que o transcendente e a religiosidade adquirem um processo importante na relação com o seu estado de saúde, nas alterações físicas e psicológicas provocadas pela idade e ou doença.

A maioria das pesquisas feitas pelos autores Moreira-Almeida, Neto e Koenig (2006), concluíram que há uma associação positiva em indicadores de bem-estar psicológico, com menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas e uso/abuso de álcool/drogas, quanto maior for o nível de envolvimento religioso. A religião – enquanto entidade protetora no modo de vivenciar o sofrimento mental (não excluindo outros recursos com o fim de ultrapassar o sofrimento mental) – quando bem empregada, tem impacto positivo na saúde

mental. No entanto, é só entre pessoas sob *stress*, nomeadamente nas populações de idosos, pessoas com deficiências e doenças clínicas que esta forma de impacto é mais intensa.

Segundo Henning e Geronasso (2009), é sobretudo a população mais idosa, que apresenta um envolvimento mais forte do sagrado nos seus afetos, cognições e comportamentos. Isto vai de encontro à ideia de que enquanto existe a religiosidade, esta é um fator protetor em pessoas que foram sujeitas a condições de vida mais *stressantes* e com maior fragilidade. Com esta ideia, e de acordo com Vitorino e Vianna (2012), vamos de encontro à mensagem de que a fé no caso dos mais velhos é um indicador importante na colaboração da cura, seja de um simples controlo de uma doença crónica, até à capacidade funcional em realizar uma tarefa ou atividade da vida diária.

Assim sendo, de um estudo epidemiológico analítico com desenho transversal realizado por Vitorino e Vianna (2012) com uma amostragem não probabilística de 77 idosos. realizado entre junho e agosto de 2010, salientam que os idosos institucionalizados que praticavam alguma religião utilizavam estratégias de *coping* religioso para a adversidade vivenciada no processo de institucionalização.

A relação entre espiritualidade e saúde tornou-se um claro paradigma a ser estabelecido na prática do profissional de saúde, visto que a religiosidade e a espiritualidade são estratégias que os idosos utilizam no seu quotidiano, no sentido de buscar apoio nas situações *stressantes*, relacionadas à finitude, distância da família, contexto socioeconómico, diante problemas de saúde do dia-a-dia e à institucionalização (Vitorino & Vianna, 2012, p. 137).

Outros dos aspetos voltados nesta área de intervenção referem que, nomeadamente nas pessoas mais idosas existe um impacto positivo da religiosidade e da espiritualidade trazendo-lhes bem-estar, e que assim se podem atenuar os efeitos de estarem institucionalizados (Blazer, 1976; Musik, 1996; Koenig, 1998 citado por Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006). Kazemi (2010, p. 1389) refere que “individuals with high religious beliefs use cognitive –behavioral *coping* strategies, on the other hand individuals with low religious beliefs use avoidance *coping* strategies.” e que as funções religiosas têm um impacto não só positivo para as pessoas idosas como para os seus familiares e amigos.

3. Metodologia

3.1. Justificação do tema

O tema da seguinte dissertação demonstra, em primeiro lugar, pertinência pela atualidade do tema, pois estamos perante uma sociedade cada vez mais envelhecida e é uma preocupação dos atuais governos de proporcionar soluções e novas orientações para a compreensão do fenómeno.

Em segundo lugar, do ponto de vista da psicologia este demonstrou ser importante uma vez que profissionalmente, será importante perceber que importância tem papel da religião e do *coping* face ao *stress* originado pelos acontecimentos de vida das pessoas idosas que se encontram institucionalizadas, pois esta área debate-se diariamente nas instituições onde um dia poderemos vir a desempenhar funções enquanto psicólogos.

Em terceiro lugar, e apesar de existirem já vários estudos que falam sobre esta temática tanto a nível internacional, como nacional, consideramos fulcral, mesmo que de forma exploratória compreender a identidade e a construção das dinâmicas dos idosos das instituições visadas, descrevendo a realidade encontrada nas duas instituições onde decorreu a investigação.

Por fim, em quarto lugar, do ponto de vista pessoal, a área do envelhecimento é uma área que nos é familiar devido à convivência que tivemos junto dos nossos avós e por ser uma área de interesse pessoal onde gostaríamos um dia de ter uma experiência profissional.

3.2. Objetivos gerais e específicos

O objetivo desta investigação foi perceber a relação entre o stress e o coping religioso no processo de institucionalização e qual é o papel de coping religioso para enfrentar o stress decorrentes de alguns acontecimentos de vida.

Assim temos, como objetivos gerais: explicar o conceito de stress no processo de envelhecimento; caracterizar o processo de coping religioso no processo de envelhecimento; e compreender a vivência do stress, acontecimentos de vida e coping religioso no processo de envelhecimento.

Como objetivos específicos temos: identificar os acontecimentos de vida que geram stress na vida dos idosos e constatar a utilização das estratégias do coping religioso por relação aos acontecimentos de vida durante o processo de institucionalização dos idosos.

3.3. Abordagem metodológica

A metodologia utilizada neste estudo é de carácter qualitativo e segue uma abordagem qualitativa fenomenológica. As metodologias de investigação qualitativa, de acordo com Cunha (2009, p.67-70) “partem dos problemas reais, do questionamento e da prática e diferem

entre si quanto ao método, à forma e aos objectivos., descobrindo a globalidade da compreensão dos fenómenos, através da análise de cariz indutivo, holístico e ideográfico (Almeida e Freire, 2008).

Tal como nos diz Bogdan e Biklen (1994, p. 53) a investigação fenomenológica faz uso de um “conjunto de asserções que diferem das que se utilizam quando se estuda o comportamento humano com o objectivo de descobrir "factos" e "causas". Os investigadores fenomenologistas tentam compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para pessoas vulgares, em situações particulares.” Assim deste modo, a fenomenologia descreve a experiência sob o ponto de vista dos participantes, dando ênfase à componente subjectiva do comportamento das pessoas, procurando compreender como e quais são os significados edificados em torno dos acontecimentos do dia-a-dia.

3.4. Participantes e processo de amostragem

A amostra escolhida foi intencional (Coutinho, 2011), sendo que o processo de amostragem utilizada é não probabilística intencional, em que os elementos da população são seleccionados intencionalmente pelo investigador, por considerar os elementos com características típicas ou representativas da população. A amostragem teórica permite-nos a descoberta de conceitos necessários e importantes para o estudo e a própria população, o que faz com que exploremos conceitos de uma forma mais profunda. O mesmo autor refere que com este tipo de amostra o investigador procura que a análise sirva de fio-condutor durante todo o processo de investigação, procurando algum indício de pistas teóricas relevantes.

Assim, neste contexto consegue-se obter as experiências e vivências pessoais destes elementos ou participantes são relatadas pelos mesmos de uma maneira consistente (Corbin & Strauss, 2008).

Estes encontram-se de seguida enunciados, sendo que temos dois (2) entrevistados do sexo masculino e seis (6) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 73 anos e os 91 anos. A grande maioria é viúvo(a) ou solteiro(a), não tendo estudado mais do que a 4ª classe, a não ser com exceção uma idosa que só sabe ler e escrever e outra que fez o bacharelato. Em média com exceção de três elementos, os idosos encontravam-se institucionalizados há mais de 2 anos.

A iniciativa da institucionalização tinha sido por vontade própria cinco (5) ou por familiares (3), demonstravam preocupações com a família e a religião, não exercendo na sua maioria actividades culturais. Quando questionados sobre as suas principais ocupações estes referiram ver televisão (3), participar em grupos sociais da igreja (1) realizar actividades

manuais (2), passear/ler (1) e ginástica (1). Todos eles praticavam o culto de ir à missa e rezar o terço, com pelo menos a realização destas práticas religiosas 2 vezes por semana. Quando questionados sobre a visita dos seus familiares, havia uma forte desculpabilização para justificar a sua ausência principalmente pelos idosos que tem pouca retaguarda familiar.

3.5. Instrumentos

A investigação qualitativa realizada implicou a utilização de diversos instrumentos. Desde logo utilizamos a observação não participante. Com esta permitiu-nos observar as dinâmicas e as relações entre os idosos. Para além disso optamos pela utilização de entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos idosos dos lares onde o nosso estudo se realizou, com o intuito de realizar uma análise fenomenológica psicológica.

O planeamento de uma entrevista propõe que se deve realizar uma entrevista estruturada, para isso convidamos aos nossos participantes a partilhar informações. É por isso que, neste caso optamos pela entrevista estruturada. No seguimento desta ideia, a literatura refere que esta entrevista permite-nos conhecer a pessoa como um todo, em relação às questões que lhes colocamos (Josselson, 2013). Dessa forma, a recolha de dados será efetuada através de uma entrevista semi-estruturada, construída de raiz para o presente estudo.

A caracterização sociodemográfica, realizada através de um questionário sociodemográfico, abrangeu questões pessoais, questões sobre os motivos da institucionalização e a relação que os idosos têm com a religião. Este foi realizado com a finalidade de obter dados para a caracterização da amostra.

Para a psicologia, tal como nos diz AmatuZZi (2009), esta entrevista permite-nos requerer mais que esclarecimentos sobre as opiniões das pessoas idosas que entrevistamos, e percebemos segundo uma perspetiva humanista as experiências vividas em contextos bem específicos.

Só desta forma é que o psicólogo estará mais familiarizado com certas situações e será capaz de se relacionar com compreensão e crítica com as pessoas envolvidas no processo percebendo que estas têm para dizer e a importância do seu significado (Capelle, Melo & Gonçalves, 2003).

3.6. Procedimentos

A pesquisa foi realizada junto aos idosos participantes acolhidos em instituições como na valência lar de idosos no Patronato Nossa Senhora da Torre e o Asilo de São José, localizados no conselho de Braga.

Os critérios de inclusão foram ter 65 anos ou mais e estar há mais de um ano na instituição, o estado civil dos utentes, a rede de sociabilidade, e a relação com a religião. Dos idosos residentes em cada instituição, foram selecionados oito, a partir dos critérios de inclusão já citados. A investigadora aplicou tanto as entrevistas estruturadas, como o questionário sócio demográfico em horários que não implicassem as rotinas próprias numa instituição. Como principal critério de exclusão consideramos a questão de não ter diagnosticado nenhuma doença a nível neurológico (e.g. demência). Estas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

Assim, numa primeira fase da investigação contactamos com os participantes com a finalidade de explicar e esclarecer os mesmos quanto à natureza do estudo e averiguar o seu interesse em participar (Capelle, Melo & Gonçalves, 2003). Numa segunda fase e após a definição dos participantes e de serem aceites todas as condições e cumpridos todos os critérios de inclusão e exclusão foi feito um contacto formal, através de um encontro presencial, explicando às direções o respetivo consentimento informado (Anexo I) que foi devidamente explicado aos participantes e irá ser composto por todos os benefícios, riscos, aspetos éticos, tendo em conta a confidencialidade e a salvaguarda da identidade aquando da publicação do estudo e objetivos do presente estudo (Capelle, Melo & Gonçalves, 2003). Numa terceira fase, e após a obtenção do consentimento informado seguiu-se a fase da recolha de dados, ou seja, a aplicação da entrevista estruturada (Capelle, Melo & Gonçalves, 2003). Esta foi realizada num local acolhedor, isento de ruídos, num ambiente calmo e relaxado de forma a proporcionar aos participantes o maior conforto e confiança possível e que não seja suscetível de possíveis interrupções (Capelle, Melo & Gonçalves, 2003). Os dados que foram recolhidos através da aplicação do instrumento da análise fenomenológica, com recurso a entrevistas estruturadas foram registados via áudio para posterior transcrição e análise. No final da investigação, estes registos em áudio serão destruídos.

De maneira a garantir a validade e qualidade das informações recolhidas foi essencial ter em conta três aspetos que devem ser respeitados a: confiabilidade (ou seja a veracidade dos dados), reflexividade (as questões que levanta à ciência e à investigação) e representação (contributos que esta traz à investigação) (Capelle, Melo & Gonçalves, 2003).

Na análise dos dados, estes são orientados pelo significado e tem a busca de temas e padrões através dos participantes. Esta recolha é aberta, experimental e intuitiva, sendo que a apresentação dos resultados vai ser realizada através de descrições temáticas (Coutinho, 2011). Neste estudo optamos pelo recurso à análise fenomenológica pela obtenção de unidades psicológicas significativas.

Por fim, numa quarta fase foi feita a análise de dados, discussão e validação dos mesmos, de onde se seguida apresentamos os principais resultados do estudo.

3.7. Apresentação dos resultados

Para Bogdan & Biklen (2006) a análise dos dados na metodologia qualitativa, implica trabalhar todo o material recolhido durante a pesquisa, organizando a informação de acordo com um conjunto de padrões relevantes, pondo em confronto a teoria estudada com a prática vivenciada durante a pesquisa para que desta forma se obtenham respostas aos objectivos da investigação.

No capítulo da apresentação dos resultados iremos apresentar os mesmos a partir da sua análise e discussão.

O tratamento de dados deve “permitir ao investigador e ao profissional retirar conclusões do seu estudo junto de um indivíduo, grupo, situação ou instituição” (Almeida & Freire, 2008, p. 222).

De salientar, que na apresentação dos resultados, utilizamos siglas para identificar cada um dos participantes desta investigação de forma a defender a identidade de cada um e respeitar o princípio da confidencialidade.

3.8. Análise dos dados

A entrevista fenomenológica caracteriza-se por estar estruturada em quatro fases, estabelecer o sentido geral, determinação das partes: divisão das unidades de significado; transformação das unidades de significado em expressões de significados psicológico e por fim determinação da estrutura geral de significados psicológicos.

Assim sendo, o primeiro passo dado é ler a transcrição completa das descrições de modo a apreender o sentido geral; o segundo passo é estabelecer as partes, delineando unidades de significado; o terceiro passo transforma as unidades de significado que mantém a linguagem do senso comum das entrevistas sobre as experiências vividas pelas pessoas entrevistadas, em expressões de significado psicológico; o quarto passo baseado nas unidade de significado psicológico e sempre mantendo a redução fenomenológica-psicológica e aplicando a análise eidética, o entrevistador usa as unidades de significado como base para descrever a estrutura psicológica geral da experiência vivida pelos entrevistados (Giorgi e Sousa, 2010).

3.9. Apresentação e discussão dos resultados

De seguida iremos apresentar os resultados finais (passo 4) e após a sua apresentação passaremos para a discussão dos dados com a integração destes, segundo alguns autores de referência da área.

Nesse sentido, analisamos o contexto de vida de cada idoso, o grau de autonomia e percurso de sócio demográfico de cada um, o *autoconhecimento* de cada participante; (estas temáticas foram escolhidas pela importância de conhecer a história de vida dos participantes) a *dinâmica e afetividade familiar* (esta temática foi criada para perceber a rede familiar dos participantes); a *autonomia na tomada de decisão* (esta temática foi escolhida para analisar os motivos pelos quais os participantes vão para uma instituição); as *emoções na primeira impressão*; a *experiência no quotidiano e as relações interpessoais* (estas temáticas foram criadas para perceber o significado e a autorepresentação que os participantes tinham em relação ao quotidiano de viver num lar), os *acontecimentos desencadeadores de stress* (analisar quais os acontecimentos que geram *stress*) e o papel do *coping religioso* face a este *stress* gerado pelos acontecimentos de vida (refletir sobre o papel do *coping religioso* tem perante o surgimento de acontecimentos de vida stressantes).

O tratamento de dados, tal como nos diz Almeida e Freire (2008) deve permitir ao investigador e ao profissional retirar conclusões do seu estudo junto de um indivíduo, de um grupo, de uma situação ou instituição. Neste sentido, apresentamos os resultados finais por participante que foram incluídos neste estudo:

Participante 1

Na entrevista de P1., a participante referiu que teve uma infância muito dura e de muito trabalho recordando, com amargura que as amigas tiveram casamentos complicados e sujeitos a situações de violência doméstica. Trabalhou na tecelagem, e disse que a visita dos familiares vai-se fazendo, existindo retaguarda familiar, porém assume uma atitude de os desculpabilizar para a não possibilidade da ida destes ao lar pelas suas vidas pessoais. Esta foi para o lar por questões de saúde e por decisão do médico do próprio lar. A sua experiência no lar é muito positiva não referindo nenhuma mudança significativa com a família.

Refere que o possível desencadeador de *stress* foi a morte do marido, um acontecimento de vida que a marcou negativamente, pois o casamento foi um acontecimento muito importante na vida desta. Nas dimensões *vivência da religiosidade* e *coping religioso*, a sua relação com a religião é essencialmente advinda da veneração a Maria, Mãe de Jesus (doutrina Mariana) que lhe transmite paz e bem-estar junto dos outros, tendo ajudado a

enfrentar os problemas de vida que teve. Na Tabela 1, as palavras chave retiradas da entrevista da participante 1 e as correspondentes temáticas abordadas no nosso estudo.

Tabela 1 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 1

Participante 1	Palavras-chave
<i>Temática 1 - Autoconhecimento</i>	- infância muito dura, muito trabalho - amargura das recordações dos casamentos de amigas sujeitas a violência doméstica
<i>Temática 2 - Caracterização Sociodemográfica</i>	- disponível para qualquer tipo de trabalho
<i>Temática 3 - Dinâmica e afetividade familiar</i>	- existência de retaguarda familiar - desculpabilização dos seus, por não irem visitá-la ao lar - familiares continuam a estar preocupados
<i>Temática 4 - Autonomia na tomada de decisão</i>	- questões de saúde - decisão médica - opinião do médico na decisão
<i>Temática 5 - Emoções na Primeira Impressão</i>	- sentimento de conformidade e permanência no lar
<i>Temática 6 - Experiência no Quotidiano</i>	- experiência muito positiva na ida para o lar - não produziu mudança significativa no seio familiar
<i>Temática 7 - Experiência no Quotidiano e Relações interpessoais</i>	- Dependência dos cuidadores formais
<i>Temática 8 -</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 9 - Possível desencadeador de stress</i>	- a morte do marido - o casamento foi um acontecimento importante na sua vida.
<i>Temática 10 – Motivo de rezar</i>	- forte relação com a religião
<i>Temática 11 - Vivência da religiosidade</i>	- crença Mariana
<i>Temática 12 - Coping religioso</i>	- ajuda a enfrentar os seus problemas

Participante 2

Na entrevista de P2., a participante referiu na sua história de vida dois acontecimentos marcantes que foram importantes para o seu *autoconhecimento*, são eles o surgimento da sua doença e uma vida de trabalho muito dura. Trabalhou numa empresa de ótica sendo que teve apenas a possibilidade de estudar até o quarto ano.

Esta participante remeteu-nos para uma história de vida fragilizada, apoiada pela filha na retaguarda familiar. Foi para o lar após ter dado uma queda e não ter tido capacidade para continuar a realizar as AVD e AIVD. Sentiu que quando entrou para o lar foi positiva para combater a solidão. Denotou, porém, a necessidade de manter as rotinas que tinha com a filha. Não tendo alterado a sua relação com a família e que os filhos a apoiaram e ficaram sossegados com esta situação e mantém as mesmas rotinas.

O possível desencadeador de *stress* foi perda do marido demonstrando bastante resistência e capacidade em enfrentar os problemas.

Na dimensão *vivência da religiosidade* e o *coping religioso*, revelou um sentimento de proximidade com Deus e através da oração pede intercessão para resolver os seus problemas, por exemplo perante um episódio de doença recorre a uma força superior para enfrentar a mesma. Na religião destaca a dimensão da fé que é encarada como uma dimensão importante na vida da participante. A oração é um aspeto complementar muito importante na vida da mesma. Neste sentido, o bem-estar físico e emocional é alcançado através da dimensão espiritual da religião. Na Tabela 2, as palavras chave retiradas da entrevista de participante 2 e as correspondentes temáticas abordadas no estudo.

Tabela 2 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 2

Participante 2	Palavras-chave
<i>Temática 1 - Autoconhecimento</i>	- surgimento de uma doença - vida de muito sacrifício laboral
<i>Temática 2 - Caracterização Sociodemográfica</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 3 - Dinâmica e afetividade familiar</i>	- história vida fragilizada - apoiada por retaguarda familiar (filha)
<i>Temática 4 - Autonomia na tomada de decisão</i>	- decisão após queda - perda de capacidade de continuar as

	AVD e AIVD
	- filhos trataram da admissão no lar
<i>Temática 5 - Emoções na Primeira Impressão</i>	- positiva , para combater a solidão
<i>Temática 6 - Experiência no Quotidiano</i>	- necessidade manter rotinas com a filha
<i>Temática 7 - Experiência no Quotidiano e Relações interpessoais</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 8</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 9 - Possível desencadeador de stress</i>	- perda do marido - demonstra resistência e capacidade de enfrentar os problemas
<i>Temática 10 – Motivo de rezar</i>	- sentimento de proximidade com Deus - oração por intercessão , para resolução dos seus problemas - recurso a uma força superior para enfrentar episódio de doença
<i>Temática 11 - Vivência da religiosidade</i>	- bem-estar físico e emocional , é alcançado através da religião
<i>Temática 12 - Coping religioso</i>	

Participante 3

Na entrevista de P3., a participante referiu na sua história de vida que a força da sua crença permitiu-lhe ultrapassar os obstáculos que encontrava devido aos seus problemas de saúde. Sente-se inteiramente incluída na instituição, pois refere que toda a gente se preocupa com ela, destacando o papel de um profissional de saúde. Como meio de subsistência para a própria, qualquer trabalho servia não se importando por isso com o tipo e género de labor que desempenhava. A participante indicou uma possível sobrevivência do mais forte, devido às escassas condições de saúde para a época, bem como os poucos recursos de medicina, e até a provação de necessidades básicas.

Quando falava da família relembra o desconforto e mágoa pois o casamento era uma condição de dependência perante o marido, embora reconheça que era bom homem e seu amigo. Afirmando que vivia sozinha e mostrando não ter retaguarda familiar.

Esta participante foi para o lar tendo tido uma atitude de resignação na tomada de decisão de ir para o lar. Sentiu que quando entrou para o lar atualmente apresenta um sentimento de satisfação.

Como possível acontecimento desencadeador de *stress*, verificamos que, morte do marido foi um acontecimento de vida que a marcou. Na dimensão vivência da religiosidade e o *coping religioso*, revela que tem confiança sobre os limites que a sua condição de fragilidade acarreta, revelando fé e crença que tem em Deus. Na Tabela 3, as palavras chave retiradas da entrevista de participante 3 e as correspondentes temáticas abordadas no estudo.

Tabela 3 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 3	
Participante 3	Palavras-chave
<i>Temática 1 - Autoconhecimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - teve uma vida de sacrifício - força da sua crença permiti-lhe ultrapassar obstáculos nos problemas de saúde - deixou-se desmoronar com a doença - acreditou que conseguia superar a doença - a doença foi mais forte
<i>Temática 2 - Caracterização Sociodemográfica</i>	<ul style="list-style-type: none"> - visão tradicionalista da mulher no matrimónio - o casamento era uma condição de dependência perante o marido - marido bom homem e seu amigo
<i>Temática 3 - Dinâmica e afetividade familiar</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 4 - Autonomia na tomada de decisão</i>	<ul style="list-style-type: none"> - filhas que tomaram a decisão - resignação na tomada de decisão de ir para o lar
<i>Temática 5 - Emoções na Primeira Impressão</i>	- parece apresentar ter um sentimento de satisfação
<i>Temática 6 - Experiência no Quotidiano</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 7 - Experiência no Quotidiano e Relações interpessoais</i>	- vivia sozinha, sem retaguarda familiar

<i>Temática 8 -</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 9 - Possível desencadeador de stress</i>	- morte do marido
<i>Temática 10 – Motivo de rezar</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 11 - Vivência da religiosidade</i>	- tem confiança sobre a sua fragilidade e os seus os limites - revela fé
<i>Temática 12 - Coping religioso</i>	Pergunta não colocada

Participante 4

Na entrevista de P4., a participante teve uma infância com grande sentido de pertença à família, sendo que esta fazia parte de uma família tradicional referindo ter tido uma educação tradicional para a época. Foi professora, não constitui família e foi a forma de manter o estatuto social da época. Por isso, demonstra pouca ligação familiar, destacando a fratria dos irmãos como pilar fundamental na vida familiar e referindo a opção de vida de cada um, afirmando que não tem familiares que a visitem e que também não gosta de sair da instituição tendo uma boa relação com as funcionárias do lar.

Esta falta de retaguarda familiar levou-a a ir por iniciativa própria para o lar, demonstrando um sentimento de resignação pela permanência no lar (institucionalização) permanecendo depois em silêncio e com alguma tristeza durante esta questão. Tendo esta experiência de ir para o lar muito positiva.

O *possível desencadeador de stress* que a morte do irmão a marca negativamente, pois dá a entender que era muito próxima deste. Por isso, a vivência da religiosidade e o *coping religioso*, P4., não manifesta uma relação direta entre a crença e a religião e a sua saúde e bem-estar, pedindo a intercessão de Deus em momentos difíceis e tendo uma relação positiva com a religião, mas não central na sua vida. Na Tabela 4, as palavras chave retiradas da entrevista de participante 4 e as correspondentes temáticas abordadas no estudo.

Tabela 4 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 4

Participante 4	Palavras-chave
<i>Temática 1 - Autoconhecimento</i>	- infância com grande sentido de pertença à família - pertencer a uma família tradicional

	- ter tido uma educação tradicional para a época
<i>Temática 2 - Caracterização Sociodemográfica</i>	- dedicando-se apenas à profissão - resignou-se com a sua escolha - por opção não constitui família
<i>Temática 3 - Dinâmica e afetividade familiar</i>	- demonstra pouca ligação familiar - a fratria dos irmãos como pilar na vida familiar
<i>Temática 4 - Autonomia na tomada de decisão</i>	- na ausência de retaguarda familiar - optou por ir para o lar por iniciativa própria. - perspectiva de encontrar no lar o conforto para os seus afetos e ajuda necessária para que tomassem conta dela
<i>Temática 5 - Emoções na Primeira Impressão</i>	- resignação pela permanência no lar
<i>Temática 6 - Experiência no Quotidiano</i>	- sentimento de liberdade - gosta de viver no lar - não gosta de sair
<i>Temática 7 - Experiência no Quotidiano e Relações interpessoais</i>	- boa relação com as funcionárias do lar
<i>Temática 8 -</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 9 - Possível desencadeador de stress</i>	- a morte do irmão que a marca negativamente
<i>Temática 10 – Motivo de rezar</i>	- intercessão de Deus em momentos difíceis
<i>Temática 11 - Vivência da religiosidade</i>	- tem relação positiva com a religião
<i>Temática 12 - Coping religioso</i>	- não manifesta uma relação direta entre a crença e a religião e a sua saúde e bem-estar

Participante 5

Na entrevista de P5., para a participante o fato de ser mãe solteira (família monoparental) e a emigração do companheiro, em que estes acontecimentos de vida marcaram a vida da mesma negativamente. Trabalhou na área da metalurgia, um trabalho

muito duro. Vai mantendo um contacto com os netos e o filho, porém não mantém um contato frequente, afirmando que os familiares continuam a estar preocupados com ela. Expõe que foi por questões de saúde teve de ir viver para um lar, mas referiu que desde que está no lar, sente paz. A sua adaptação na instituição foi muito positiva tendo alguma intolerância em relação às rotinas da instituição e que as relações com a família não se alteraram pois praticamente não existiam.

O possível desencadeador de *stress* que verificamos que as doenças e o luto pela morte da mãe foram dois acontecimentos que marcaram negativamente a vida desta idosa. A vivência da religiosidade e o *coping religioso*, P5 vê a religião como uma âncora ou um porto seguro, um refúgio. A possibilidade de prática de boas ações e ser solidária para com os outros, agindo em prole destes. O coro é a forma que esta tem de socializar com os outros. Justificando que reza porque a prática do bem comum e de fazer o bem ao próximo, e fazem com que se sinta útil. Na Tabela 5, as palavras-chave retiradas da entrevista de participante 5 e as correspondentes temáticas abordadas no nosso estudo.

Tabela 5 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 5

Participante 5	Palavras.chave
<i>Temática 1 Autoconhecimento</i>	- mãe solteira (família monoparental) - e a emigração do companheiro - marcaram a vida numa perspetiva negativa
<i>Temática 2 - Caracterização Sociodemográfica</i>	- trabalho muito duro , na metalurgia
<i>Temática 3 - Dinâmica e afetividade familiar</i>	- não afetou a sua relação com o filho - este mantém-se preocupado com a mãe - mantém contacto com os netos e o filho - o contacto não é frequente
<i>Temática 4 - Autonomia na tomada de decisão</i>	- por questões de saúde teve de ir viver para um lar
<i>Temática 5 - Emoções na Primeira Impressão</i>	- intolerância às rotinas da instituição - adaptação ao lar foi muito positiva

<i>Temática 6 - Experiência no Quotidiano</i>	- experiência positiva em viver no lar
<i>Temática 7 - Experiência no Quotidiano e Relações interpessoais</i>	- boa relação com as pessoas do lar
<i>Temática 8 -</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 9 - Possível desencadeador de stress</i>	- as doenças - o luto pela morte da mãe
<i>Temática 10 – Motivo de rezar</i>	- reza porque a prática do bem comum e de fazer o bem ao próximo fazem com que se sinta útil
<i>Temática 11 - Vivência da religiosidade</i>	- vê a religião como uma âncora ou um porto seguro , um refúgio - prática de boas ações e ser solidária para com os outros , agindo em prole destes. - o coro é a forma que tem de socializar
<i>Temática 12 - Coping religioso</i>	Pergunta não colocada

Participante 6

Na entrevista de P6., o participante referiu que a força da sua crença permitiu-lhe ultrapassar os obstáculos que encontra, devido aos seus problemas de saúde, não se sente inteiramente incluído na instituição, pois refere que lhe afeta a falta de comunicação e por isso se isola. Isto confere-lhe o medo de entrar em *stress* e medo da morte.

Observou-se que, através da resposta dada, este adaptou-se a qualquer tipo de trabalho, estando sempre pronto e disponível para o mesmo. Constitui família através do matrimónio. Isto faz-nos refletir que o fato de este lembrar o casamento e deste não ter sido bem-sucedido (divórcio) confere-lhe possivelmente desconforto e mágoa. Afirmou viver sozinho, mostrando não ter retaguarda familiar. Tendo ido para o lar, ainda era muito novo e atualmente apresenta ter um sentimento de satisfação, mantendo uma relação de experiência interpessoal saudável no quotidiano.

Como *possível acontecimento desencadeador de stress*, verificamos que a perda de pai e da esposa por motivo de doença são acontecimentos de vida que o marcaram.

Na dimensão *vivência da religiosidade* e o *coping religioso*, levando-nos a refletir que o participante tem confiança sobre os limites que a sua condição de fragilidade acarreta, revelando fé e crença que tem por anjos na sua proteção, demonstrando indiretamente que esta

poderá ser uma forma de enfrentar as dores físicas. Na Tabela 6, as palavras chave retiradas da entrevista do participante 6 e as correspondentes temáticas abordadas no nosso estudo.

Tabela 6 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 6

Participante 6	Palavras-chave
<i>Temática 1 – Autoconhecimento</i>	- apesar de doente , acreditou na sua sorte - é afetado pelo problema de visão (cego) - confiança no médico, é otimista
<i>Temática 2 - Caracterização Sociodemográfica</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 3 - Dinâmica e afetividade familiar</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 4 - Autonomia na tomada de decisão</i>	- trabalhava no lar, foi ficando . - vivia sozinho, sem retaguarda familiar
<i>Temática 5 - Emoções na Primeira Impressão</i>	- apresenta ter um sentimento de satisfação
<i>Temática 6 - Experiência no Quotidiano</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 7 - Experiência no Quotidiano e Relações interpessoais</i>	- interage com amigos nas suas saídas do lar
<i>Temática 8 -</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 9 - Possível desencadeador de stress</i>	- a perda de pai e da esposa - medo de perder a autonomia - faz fuga à realidade concentrando-se nas suas coleções - fruto da solidão tem este passatempo
<i>Temática 10 – Motivo de rezar</i>	- é estudioso e praticante da religião - revelando fé e crença que tem por anjos (e.g. Arcanjo S. Miguel) na sua proteção
<i>Temática 11 - Vivência da religiosidade</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 12 - Coping religioso</i>	Pergunta não colocada

Participante 7

Na entrevista de P7., a participante disse que a sua vida é marcada por uma vida de trabalho e também deixa sequelas pelo fato da idosa ter passado o período de racionamento da 2ª guerra. Não constituiu família, teve um papel muito importante na educação dos irmãos, mas não tem retaguarda familiar. A participante afirma que está no lar, sente conforto e a companhia que não tinha em casa, porém o episódio do AVC do irmão é um fator negativo na sua vida pois este deixou de vir visitar tal como o fazia até ao momento tomou a decisão de vir viver para o lar. Fê-lo porque teve uma depressão e falta de capacidade em decidir sozinha a realização das suas atividades levaram-na a tomar esta decisão.

O possível desencadeador de *stress* verificamos que, a existência de um esgotamento foi um grave acontecimento de vida que marcou a participante negativamente.

Na dimensão vivência da religiosidade e o *coping religioso*, esta participante vê na prática religiosa um suporte para a sua vida, existindo uma dimensão espiritual muito forte e presente. Encontrando assim, a última temática *coping religioso*, o sentimento de humanidade e de paz que é encontrado pela fé e o amadurecimento da espiritualidade individual proporcionam-lhe a vivência de bem-estar físico e emocional havendo uma forte ligação entre a prática da religião e da saúde, pois reza principalmente quando está com algum problema de saúde. Na Tabela 7, as palavras-chave retiradas da entrevista de participante 7 e as correspondentes temáticas abordadas no nosso estudo.

Tabela 7 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 7

Participante 7	Palavras-chave
<i>Temática 1 - Autoconhecimento</i>	- trabalhou toda a vida a servir como doméstica, - assistiu ao racionamento de alimentos na 2ª guerra, marcando-a.
<i>Temática 2 - Caracterização Sociodemográfica</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 3 - Dinâmica e afetividade familiar</i>	- não constitui família, - teve um papel muito importante na educação dos irmãos - sem retaguarda familiar
<i>Temática 4 - Autonomia na tomada de decisão</i>	- deve-se a uma depressão - falta de capacidade em decidir sozinho a realização das suas atividades.

	- solteira, não teve filhos daí ter tomado a decisão de vir viver para o lar
<i>Temática 5 - Emoções na Primeira Impressão</i>	- aceitou a ida para o lar com normalidade - sente que vai manter na mesma as suas rotinas
<i>Temática 6 - Experiência no Quotidiano</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 7 - Experiência no Quotidiano e Relações interpessoais</i>	- desde que está no lar sente conforto e a companhia que não tinha em casa - desde o AVC do irmão ficou com menos possibilidades de passar e conviver
<i>Temática 8 -</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 9 - Possível desencadeador de stress</i>	- um esgotamento como um acontecimento de vida marcante negativo
<i>Temática 10 – Motivo de rezar</i>	- ligação entre a prática da religião e a saúde
<i>Temática 11 - Vivência da religiosidade</i>	- vê na prática religiosa um suporte para a sua vida - existência da dimensão espiritual muito forte e presente
<i>Temática 12 - Coping religioso</i>	- sentimento de humanidade e de paz que é encontrado pela fé - o amadurecimento da espiritualidade individual

Participante 8

Na entrevista de P8., o participante teve uma vida com muito sacrifício e de muito trabalho, de separação familiar devido ao trabalho e à necessidade de obter a independência prematuramente. Foi carpinteiro. Apontando desde logo que é viúvo, denotando-se tristeza no seu discurso. De seguida, diz-nos que a sua constituição familiar é constituída pelo filho e neto que trabalham, o que reflete que a ausência do filho e neto em casa é por causa do trabalho, e pela fragilidade física/saúde não lhes permite seguir o participante em casa. Expõe que após ter dado uma queda e não ter autonomia juntamente com o filho decidiu ir para o lar, referindo que foi sempre ele que tomou a decisão final e que a retaguarda familiar não

conseguia fazer face às suas necessidades e como já conhecia o lar considerou que era a melhor opção, sentindo-se que é bem tratado e que se sente bem no lar.

O possível desencadeador de *stress* verificamos que, a morte da mulher é um acontecimento que o marca negativamente, demonstrando uma grande tristeza pela sua perda. Na vivência da religiosidade e o *coping religioso*, P8., não mantém uma boa relação com a Igreja devido a uma zanga que teve com um padre, mas pede a intercessão de Deus pela sua saúde. Dizendo que se sente bem quando vai à missa, os motivos que o levam a rezar a Deus são para pedir mais saúde e viver mais tempo. Confia na intercessão divina para sua saúde e refere que Deus é que decide o tempo de permanência de vida. Na Tabela 8, as palavras chave retiradas da entrevista do participante 8 e as correspondentes temáticas abordadas no nosso estudo.

Tabela 8 - Temáticas e palavras-chaves da entrevista do participante 8

Participante 8	Palavras-chave
<i>Temática 1 - Autoconhecimento</i>	- uma vida com muito sacrifício e de muito trabalho - da separação familiar devido ao trabalho -a necessidade de obter a independência prematuramente
<i>Temática 2 - Caracterização Sociodemográfica</i>	- carpinteiro na construção civil e gostava muito de trabalhar
<i>Temática 3 - Dinâmica e afetividade familiar</i>	- porque é viúvo, denota tristeza no seu discurso - porque o trabalho ocupa o filho e neto, estes têm dificuldades em ajudar o idoso, com grande fragilidade física/saúde. O idoso refere a constante preocupação por si dos seus familiares.
<i>Temática 4 - Autonomia na tomada de decisão</i>	- uma queda e perda de autonomia - com uma retaguarda familiar sem resposta às suas necessidades - decidiu com o filho ir para o lar, - referindo que foi sempre ele que tomou

	a decisão final
	- como já conhecia o lar considerou que era a melhor opção
<i>Temática 5 - Emoções na Primeira Impressão</i>	- refere que é bem tratado
	- se sente bem no lar
	- para o idoso é uma situação normativa da sua vida
<i>Temática 6 - Experiência no Quotidiano</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 7 - Experiência no Quotidiano e Relações interpessoais</i>	-diz que gosta muito dos funcionários e eles de si
<i>Temática 8 -</i>	Pergunta não colocada
<i>Temática 9 - Possível desencadeador de stress</i>	- a morte da mulher é um acontecimento que o marca negativamente
	- demonstrando uma grande tristeza pela sua perda
<i>Temática 10 – Motivo de rezar</i>	- reza a Deus para pedir mais saúde e viver mais tempo
<i>Temática 11 - Vivência da religiosidade</i>	- não mantém uma boa relação com a Igreja devido a uma zanga que e teve com um padre
	- mas pede a intercessão de Deus pela sua saúde
	- sente-se bem quando vai à missa
<i>Temática 12 - Coping religioso</i>	- confia na intercessão divina para sua saúde
	- refere que Deus é que decide o tempo de permanência de vida

No que respeita à temática *Autoconhecimento*, a maioria dos participantes teve uma infância e vida muito dura e de muito trabalho, resignando-se ao que lhes era imposto pela sociedade da altura, como se depreende das suas afirmações: (P1) infância muito dura e muito trabalho, (P2) sacrifício laboral, (P3) uma vida de sacrifício, (P5) trabalho muito duro, (P7) trabalhou a vida toda a servir como doméstica e (P8) uma vida de muito sacrifício e de muito trabalho, obrigados desde jovens a trabalhar como única fonte de sustento. A temática *Caracterização demográfica*, acrescenta este rol de dificuldades, onde (P1), nos dizia estar

disponível para qualquer trabalho, revelando a dependência do seu sobrevivo a aceitar qualquer coisa, para (P3) revelava a visão tradicionalista da família nessa época, onde a mulher casada era dependente do marido. Ou onde (P4) se dedicou apenas a uma profissão, não sendo essa que queria, mas resignando-se a ela. Ou como também para (P5) a emigração do marido e a perspectiva negativa da vida de casal que acarretou, associada à condição de “mulher dona de casa e submissa”, de manter o casamento, camuflando a vontade de ser independente, quer seja por razões religiosas ou económicas, quer por preconceitos sociais, para manter o “status quo” do casamento (Campos Borges, 2013).

Estas afirmações corroboram a situação sócio laboral e cultural da maior parte da população no nosso país do século XX, onde a pobreza e a miséria grassavam e a condição da mulher era de submissão perante o marido. Esta ideia vai ao encontro do que Lini (2016) e Canavarro, Pereira, Moreira e Paredes (2010) salientam, que, com a melhoria de condições de higiene e saúde, a redução das doenças contagiosas, acompanhada por uma melhor assistência médica, implicou que estas pessoas tivessem melhores condições de vida e por seu turno, com isso aumentasse a esperança média de vida dos idosos.

Porém, tal como vimos nos resultados é também com o aumento da esperança média de vida, que aumentam as situações de dependência, que são cada vez mais importantes de serem analisadas e em que alguns casos irão requerer maiores cuidados (Trelha, Revaldaves, Yussef, Dellarozza, Cabrera, & Yamada, 2006). Esta perda de autonomia implica uma constante prestação de cuidados que as famílias já não podem garantir a tempo inteiro, tal como outrora o faziam. Esta questão interfere com a *Dinâmica e afetividade familiar*. Apesar da grande maioria ter constituído família, quase todos enviuvaram com a exceção de (P4) e de (P7), onde a primeira por opção não casou e a segunda, por ter sido toda a vida empregada doméstica, não constitui família. Gonçalves, Leite, Hildebrandt, Bisogno, Biasuz e Falcade (2013), refere que neste processo, a família tem um papel muito importante na promoção de cuidados e atividades dos seus idosos. Acontece muitas vezes que os recursos familiares não estão adequados às necessidades do idoso, interferindo na capacidade de a família reaver estratégias e recursos para aumentar e desenvolver o seu papel de cuidadores informais. Por parte dos participantes estes desculpabilizaram os seus familiares, tanto por questões geográficas, como alegando que os familiares tinham as suas vidas pessoais e que por estas razões não conseguiriam prestar os cuidados necessários a tempo inteiro. Por isso, também encontramos no discurso dos participantes, aquilo que Silva, Silva, Tura, Moreira, Nogueira, e Cavalli (2013) nos diz: a perceção individual de cada família sobre algumas mudanças, como estilo de vida, doença ou qualidade de vida, influenciam a própria dinâmica familiar, e que a

progressiva fragilidade do idoso e a dependência por cuidados mais constantes, poderão criar impactos sobre as relações intrafamiliares, porque agora lhes coloca um novo problema, ou seja, a de tentar criar mecanismos de adaptação durante a prestação do cuidado da pessoa idosa.

Assim na temática *Autonomia da tomada de decisão* de ir para um lar, verificou-se que quase a totalidade dos participantes, com a exceção de (P4) tomaram a decisão de ir para o lar, por se encontrarem debilitados e com perdas de autonomia nas suas rotinas, assim para (P1), a saúde foi marcante, ainda que ajudada pela opinião de um médico, para (P2), uma queda com a perda de capacidade nas suas rotinas diárias, com a ajuda e tomada de decisão dos filhos foi determinante, para (P3) as filhas tomaram a decisão de a colocar num lar, pois a participante deixara-se desmoronar pela doença, e perdera a autonomia, também para (P5) a doença foi o fator determinante, o mesmo acontece com (P7) que na perda do seu trabalho de empregada doméstica entra numa depressão, pois perdera todo o “apoio familiar” que tivera dos seus patrões, ficando sem capacidade de decidir e dificuldade da execução das suas rotinas diárias. Para (P4), dado não ter constituído família, por isso sem retaguarda familiar, tratou ela mesmo dessa opção, de modo a conseguir que num futuro e quando necessitasse, o lar lhe daria esse conforto. Já para (P6), tanto a sua condição de fragilidade (falta de visão) e porque trabalhava no lar, pelo apoio de que precisava para o seu dia-a-dia optou por ir para um lar. Estes motivos corroboram o que Pimentel (2005) defende quando diz que a ausência de redes de solidariedade surge paralelamente ao surgimento da dependência física.

No que diz respeito à temática *Emoções na primeira impressão* constatamos que de um modo geral todos os participantes acharam positiva a adaptação ao lar, por isso com satisfação, sendo que (P4), diz-se resignar pela permanência no lar, mas, no entanto, satisfeita. No que respeita à temática *Experiência do quotidiano* os que responderam a esta questão, referem que a experiência é positiva, onde lhes é possível manterem as suas rotinas, e onde as rotinas do lar não produzem muitas mudanças significativas do seu quotidiano. Esta experiência e avaliação positiva verificam-se também na temática referente à *Experiência do quotidiano e relações interpessoais*, em que são comuns as afirmações de que os utentes têm uma boa relação com os outros utentes e com o pessoal/técnico/auxiliar do lar. Estes resultados sugerem portanto que, a institucionalização dos idosos, tal como dito por Berger e Mailloux-Poirier em (1995), assegura um ambiente que se centra na pessoa onde as mesmas tem um acompanhamento adequado, com planos de intervenção e acompanhamento individual que promovem e mantêm a saúde e bem-estar psicológico; por outro lado tem acesso permanente em todas as necessidades, amparo, proteção e segurança e

acompanhamento médico; bem como tem contacto com uma equipa de profissionais que são capazes de acompanhar os participantes na sua readaptação e autonomia., sendo que ainda que esta ideia se mantém atual.

Em contrapartida, Cordeiro (2008), alerta para o fato de que a partir do momento em que o idoso é institucionalizado, toda a sua vida passa a ser normalizada de acordo com as regras da instituição. Apesar de haver abertura da instituição, para a interação com os amigos e familiares, a procura de informação, as visitas pelos seus familiares vão sendo menos frequentes há medida que o tempo passa.

Paralelamente à adaptação vivenciada pelos participantes, é de destacar outra temática fulcral na nossa análise, a importância que os acontecimentos de vida têm ao longo do percurso do envelhecimento. Neste estudo destacamos, a morte de um familiar (marido/esposa ou irmão) que é o fator comum/determinante nos entrevistados, na condição de estudo da temática *Possível desencadeador de stress*, salvaguardando apenas (P7) que refere ter sido um esgotamento, o acontecimento marcante, bem como de salientar a doença como fator decisivo (P7). O surgimento deste tipo de acontecimentos vai ao encontro do que nos diz Margis, Picon, Cosner, e Silveira (2003) que refere a importância de avaliar as situações stressoras nesta faixa de idades e a sua manifestação, dado que perdas de um companheiro, de amigos, do trabalho e a diminuição de capacidades físicas podem desenvolver sintomatologia psiquiátrica. Para além disso, em algumas situações de perda por morte do parceiro (marido/esposa) constitui-se como um evento stressor associado à ansiedade e depressão. Para ultrapassar este “vazio emocional”, o idoso revela uma constante atenção à sua saúde e coloca estes problemas de fragilidade, no topo das suas prioridades, com a utilização do *coping religioso* (Bowling *et al*, 2013 cit. in Fonseca, 2014; Afonso, 2012).

Para fazer face aos acontecimentos negativos enfrentados por alguns idosos, de acordo com Bearon e Koenig, (1990) Dreyer, (1996), *cit in* Rivera-Ledesma e Montero-López (2014), estas pessoas têm a necessidade de encontrar nesse acontecimento, um sentido, um propósito para enfrentar o *stress* resultante, com a busca de ir mais além de eles próprios, até alcançar um poder superior, ou Deus para o seu conforto. Deste modo, verifica-se que os participantes entrevistados, com a exceção de uma (P4), acreditam que a oração poderá interceder na sua saúde e bem-estar físico e emocional, bem como a boa relação com os outros, assim como a necessidade de aceitar que os acontecimentos de vida lhes foram causando *stress*.

Daí que seja pertinente analisar conjuntamente as temáticas *Motivo de rezar e Vivência da religiosidade*, pois todos afirmam ter fé, sendo que (P6) diz-se estudioso da religião e (P8) não ter uma boa relação com a igreja, desde que tivera uma zanga com um padre. Quase todos acreditam nas ajudas que Deus, (P2) e encontram por intercessão da oração a resolução dos seus problemas, (P3). Depositam em Deus a confiança da sua fragilidade humana e os seus limites (P4). Pedem a intercessão de Deus, em momentos difíceis, porém não vê uma relação direta entre saúde/bem-estar com a religião, para (P5) vê a sua relação com a religião como uma âncora, um porto seguro, para (P7) um suporte na sua vida e para (P8), apesar de não seguir a igreja, pede a Deus intercessão na sua saúde. No caso de (P1) a sua forte crença Mariana é fundamental e para (P6) à sua fé acrescenta a crença que tem por anjos, mais propriamente o Arcanjo S. Miguel, seu protetor.

Benson, e Stark (1998), num estudo para *Mind/Body Institute da Harvard Medical School* nos EUA, considerando a questão cronológica, os nossos resultados corroboram o que os nossos entrevistados afirmaram. Neste estudo realizado por estes autores, a grande maioria dos seus pacientes (80%) escolhem a oração como âncora nos seus pedidos ao sagrado, salientando que se sentem mais espiritualizados ao adotarem esse procedimento. Noutro estudo, também Benson e Proctor (2010), apontam que 45% dos seus inquiridos tinham interiorizado o “sentido do sagrado” durante a prática da meditação/oração. Por fim, Bernardi, Sleight, e Bandinelli (2002), num caso de estudo, em que a observação da oração no indivíduo, melhorava o sistema cardiorrespiratório, existia melhor performance do sistema imunológico e existia uma redução dos desencadadores do *stress*.

Neste sentido, as estratégias de *coping* que encontramos nos participantes entrevistados vão ao encontro do que Tomás (2015) defende, em que o papel do *coping religioso* pode ser analisado pela sua intensidade nos casos dos participantes que tinham uma crença muito convicta, sendo clara a veneração a Maria, mãe de Jesus (doutrina Mariana), ou seja a crença em acreditar em Nossa Senhora, prática muito comum no nosso país, devido à devoção que existe por influência judaico-cristã muito presente na nossa cultura. O que está envolvido, tal como encontramos (P1) com o uso do recurso à oração, para enfrentar os seus problemas; onde é posto em prática, como por exemplo para (P2) em que o bem-estar físico e emocional é alcançado pela oração; para (P7) em que o amadurecimento da sua espiritualidade é realizado pela oração; e no porquê da sua utilização, tal como acontece com (P8) que diz confiar na intercessão divina para a sua saúde, referindo que Deus é que decide o tempo de permanência da vida.

No caso dos nossos participantes, segundo os pesquisadores Levin, (2001), e Carpenter, Laney, e Mezulis, (2011), o *coping religioso* tem um papel positivo pois, tal como verificamos pelo que foi verbalizado este: a) fornece apoio espiritual pela oração; b) é colaborativo, ou seja, através da oração resolve os problemas dos idosos; c) e também ocorrem situações que o *coping* é vivido por interseção, ou seja em que os idosos aos receberem o apoio espiritual das pessoas ligadas à igreja ou congregação, como é exemplo dos participantes que vão à missa, onde estes sentem um maior bem-estar individual.

Assim, a espiritualidade para estes participantes poderá ser um aspeto integrativo e interativo na vida da pessoa idosa e tal como vários autores que lemos, mas que destacamos Tomás (2015) que diz que a espiritualidade pode constituir-se uma fonte de saúde e de bem-estar, caso esta seja internalizada, interpretada com um sentido positivo.

Porém também encontramos na nossa pesquisa casos em que o *coping* também é considerado negativo, isto é apenas nos participantes que não encontram a mesma ligação dos encontrados no *coping religioso* positivo. Por exemplo, quando estamos perante o participante (P8) que está descontente com o sagrado ou neste caso com a instituição Igreja. Ou mesmo pela ausência de opinião, de (P3), (P5) e (P6) não terem formulado uma opinião sobre a importância do *coping* religioso, e para concluir esta ideia, a utente (P4) manifesta não haver uma relação direta entre a crença/religião, com a sua saúde e bem-estar, apesar de pedir a intercessão de Deus, em momentos difíceis, o que vai ao encontro desta perspetiva negativa de *coping* religioso.

Em contraste, as estratégias de *coping* negativas, que intensificam o mal-estar sentido pelo indivíduo, resultam de uma relação hesitante com o Transcendente, que as pessoas idosas podem ter assumindo uma postura passiva, como é o caso de (P4).

Frequentemente associa-se o *coping religioso* e a espiritualidade a abordagens mais centradas no controlo e minimização das emoções negativas associadas ao evento, mas este também envolve componentes cognitivas, como as reavaliações positivas, e esforços comportamentais (rezar, meditar, frequentar serviços religiosos...), na tentativa de gerir as exigências internas e externas associadas ao acontecimento nocivo (Thune-Boyle, I. et al, 2006, Tomás, 2015)

Neste estudo encontramos essencialmente presentes, duas funções: o significado e o conforto, que o contato com a religião proporciona a estas pessoas. Tal como é presente em todas as entrevistas com a exceção da (P8), (P3), (P5) e (P6). Esta ideia vai ao encontro do que nos diz (Panzini & Bandeira, *cit. in* Tomás, 2015), que ao usar a religião como recurso de gestão da adversidade, os indivíduos trazem para o seu quotidiano, um conjunto de funções habitualmente atribuídos à experiência religiosa na busca de sentido para interpretar e aceitar

o sofrimento; o aumento da percepção de controlo; o conforto e proximidade com o Divino, a intimidade e suporte social através de outros significativos da sua comunidade espiritual, e a possibilidade de crescimento e transformação de vida. Este carácter multifuncional confere uma vasta potencialidade ao *coping religioso* e espiritual, na medida em que oferece métodos variados de adaptação, para situações diferenciadas dos participantes.

4. Conclusão

Terminado este trabalho de cariz exploratório, face às características heterogéneas e singulares que caracterizam hoje o universo das pessoas idosas, o fenómeno do envelhecimento foi analisado a partir de uma perspectiva do envelhecimento estudado do ponto de vista biológico, psicológico e social. Chegamos à conclusão que não há ideais, mas um caminho a construir. Assim sendo, o melhor é a construção de um caminho que traz uma resposta que assiste os participantes e lhes proporciona mais bem-estar físico e psicológico.

Deste modo, a nossa dissertação procurou ter como principal finalidade refletir sobre como o *coping religioso*, nomeadamente o papel do *coping religioso* por ele trabalhadas, como ajudam na gestão do *stress* provocada pelos acontecimentos de vida (Levin, 2001; Carpenter, Laney, & Mezulis, 2011), após o período em se encontram institucionalizados, a partir da experiência concreta de dois lares, implementados por duas instituições de Braga. Através da metodologia da análise fenomenológica, analisámos a experiência concreta de oito pessoas idosas a residir em contexto de lar, fundamentando assim as nossas propostas para o papel do *coping religioso* na institucionalização, na sequência da problemática apresentada no início deste trabalho.

Assim, se por um lado, analisamos os motivos que levam os participantes a recorrerem à institucionalização, que tem a ver com fatores de ordem pessoal, saúde e familiares, por outro lado, o processo de institucionalização está muitas vezes associado à existência de um quadro depressivo que tem de ser acompanhado e monitorizado de perto. Face ao exposto, deu-se importância à relação entre a dimensão da saúde física e mental das pessoas idosas, como sendo fulcral. Esta ideia vai ao encontro de que enquanto existe a religiosidade, esta é um fator protetor em pessoas que foram sujeitas a condições de vida mais stressantes e com maior fragilidade.

Como tal, face aos acontecimentos de vida que ocorrem durante a história de vida de cada participante, importou perceber que os idosos institucionalizados que praticavam alguma religião utilizavam estratégias de *coping religioso* positivas e negativas para a adversidade vivenciada no processo de institucionalização. Estas estratégias caracterizavam-se em dois

estilos e eram-lhes atribuídas cinco funções-chave relacionadas com a religiosidade: significado; controlo; conforto; familiaridade e transformação de vida. Neste estudo encontramos essencialmente presentes, duas funções o significado e o conforto, que o contato com a religião proporciona a estes participantes.

Em forma de síntese, cabe ao profissional que acompanha o idoso o desafio em entender/escutar os conflitos de natureza espiritual e religiosa dos idosos, assim como, perceber os fatores envolvidos na qualidade de vida dos mesmos, de forma, a proporcionar-lhes melhor adaptação, ajustamento e manutenção das suas condições de saúde, de forma positiva e proativa pela melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e da sua família, estando a agir pelo bem comum da saúde física e mental da pessoa idosa.

Este trabalho apresentou algumas limitações, como a impossibilidade de tempo para alargar o estudo a uma constituição de amostra maior e ainda a necessidade de a grande maioria dos participantes entrevistados terem bastantes dificuldades de literacia. Apesar disso, podemos referir que este trabalho abre o caminho para a importância de perceber que o envelhecimento também integra uma componente espiritual/religiosa muito importante na análise dos acontecimentos de vida dos participantes. Internacionalmente, este tem sido um assunto trabalhado por vários autores e tem aberto o caminho para novas teorias de adaptação ao envelhecimento, integrando outras dimensões como a espiritual.

Para isso, do ponto de vista académico, muitos tem sido os trabalhos desenvolvidos nesta área, tal como foi referido numa tese de mestrado sobre envelhecimento e espiritualidade, desenvolvida na Universidade de Utah, nos EUA. De acordo com a autora Madsen (2011) cabe aos futuros psicólogos a responsabilidade de promover uma cultura que fomente o envelhecimento positivo. Ou mesmo com o surgimento da psicologia da religião estudada no Brasil que fala da necessidade de novos estudos se abordarem esta matéria nas universidades, e por outro lado, de perceber cada mais de maneira pormenorizada o papel que a espiritualidade/ religião tem no bem-estar e saúde das pessoas mais velhas (Esparandio e Marques, 2016). Nesta área, temos a noção que o caminho é longo. Mas com este trabalho podemos dizer que a institucionalização não tem de ser vista como um acontecimento negativo na vida das pessoas idosas, por outro lado, o uso da religião como recurso de gestão de adversidade, para o dia-a-dia dos participantes, permite-lhes encontrar um sentido para saber como interpretar e aceitar o sofrimento; vão aumentando a perceção de controlo nas suas vidas e sentindo-se mais confortáveis e próximas com o divino. Esta aproximação é obtida, tal como verificamos pela intimidade e suporte social através da ida à missa ou da oração, comuns na comunidade espiritual destes idosos (Tomás, 2015).

5. Referências bibliográficas

- Afonso, M. (2012). *Stress, Coping e Resiliência em Pessoas Idosas*. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (pp. 163-176). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In: C. Paúl e O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia*. (pp.21-40). Lisboa: Lidel.
- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In A. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos*. (pp. 63-90). Lisboa: Coisas de Ler.
- Amatuzzi, M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, 26, 93-100.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Aquino, T. A., et al. (2009). Atitude Religiosa e Sentido da Vida: Um Estudo Correlacional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(2), 228-243.
- Barbosa, K. A. (2008). *Religiosidade e o enfrentamento religioso em idosos sob cuidados paliativos*. (Trabalho de Pós-graduação em Gerontologia). Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil. Disponível em http://www.bdttd.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=855
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). New
- Benson H, & Stark M. (1998). *Medicina espiritual: o poder essencial da cura*. Rio de Janeiro: Campus.
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Benson H, & Proctor W. (2010). *Relaxation revolution: enhancing your personal health through the science and genetics of mind body healing*. New York: Scribner.
- Bernardi, L., Sleight, P., & Bandinelli, G. (2001). Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study. *The BMJ*, 1446-1449.
- Birren, J. (1999). Afterword. In V. Bengtson e K. Schaie, (Eds), *Handbook of theories of aging* (pp. 459-471). New York: Springer Publishing Company.

- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boudreaux, E., Catz, S., Ryan, L., Amaral-Melendez, M., & Brantley, P. J. (1995). The ways of religious *coping* scale: reliability, validity, and scale development. *Assessment*, 2(3), 233-244.
- Brown, P. H., & Tierney, B. (2006). Religion and Subjective Well-Being Among China's Elderly Population
- Buss, P., & Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Campos Borges, C. (2013). Mudanças nas trajetórias de vida e identidades de mulheres na contemporaneidade. *Psicologia em Estudo*, 18(1), 71-81.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3(3), 243-268.
- Capelle, M.C.A., Melo, M.C.O.L. & Gonçalves, C.A. (2003) Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. *Organizações Rurais & Agroindustriais - Revista de Administração da UFLA*, 5(1).
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carmo, H. (coord) (2001). *Problemas sociais contemporâneos*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carpenter T. P., Laney, T., & Mezulis, A. (2011). Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: a prospective study. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4, 19-30.
- Carver, C., & Scheier, M. (2002). Optimism. In C. R. Snyder, & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-256). New York: Oxford University Press.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Cordeiro M. P., (2008). Ambiente institucional de um lar de idosos, *International Journal of Developmental and Educational Psychology: Psicología Evolutiva*, 1(1), 379-386.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Cunha, M. J. S. (2009). *Investigação científica. Os passos da pesquisa científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Chaves: Ousadias.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.

- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1997). *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton.
- Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131, doi: 10.4013/ctc.2010.32.06
- Fonseca, A. M. (2014). *Envelhecimento, Saúde e Doença: Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Freire, T., & Almeida, L. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Gonçalves L. T. H., Leite M. T., Hildebrandt L. M., Bisogno, S. C., Biasuz, S., & Falcade B. L. (2013). Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 315-325.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, G., & Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 86-93, doi: <https://doi.org/10.1080/09540260124356>
- Henning, M. C., & Geronasso, T. D. (2009). A Influência da Religiosidade do cliente na saúde mental e na prática clínica da psicologia. *Ágora: Revista de Divulgação Científica*, 16(1), 171-176.
- Henning, M. C., & Moré, C. L. O. O. (2009). Religião e Psicologia: análise das interfaces temáticas. *Revista de Estudos da Religião*, 84-114.
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2017). Projeções de População Residente: 2015-2080. *Destaque*, Disponível a 3 Ago 2017 em <http://www.ine.pt>
- Josselson, K. (2013). *Interviewing for qualitative inquiry. A relational Approach*. New York: Guilford Press.
- Kazemi, M. S. (2010). The relationship between religious coping strategies and mental health in MS patient *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 5, 1387-1389, doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.293>.
- Kim, Y., & Seidlitz, L. (2002). Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual Differences*, 32, 1377–1390.

- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research, findings, and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283-291.
- Küchemann, B. A. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, 1(27), 165-80.
- Lazarus, R., S., & Folkman, S. (1984). *Coping* and adaptation. In W. D. Gentry (Org.). *Handbook of behavioral medicine*. (pp. 282-325). New York: The Guilford Press
- Lazarus, R., S. (1993). From Psychological *Stress* to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Levin J. (2001). *Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Cultrix.
- Lini, E. V., Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1004-1014. doi: 10.1590/1981-22562016019.160043
- Madsen, L. (2011). A course on spiritually and aging in the 21st century: development and design - taking a life span approach. (Masters Project). University of Utah, Disponível em: <http://cdmbuntu.lib.utah.edu/utills/getfile/collection/ehsl-GerInt/id/103/filename/104.pdf>
- Mailloux-Poirier, D. (1995). As Teorias do Envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, (Eds.), *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. (pp. 99-106). Lisboa: Lusodidacta.
- Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., F., Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade, *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 65-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>
- Martins, R. (2008). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 34, 119-123.
- Moreira-Almeida, A., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista brasileira de psiquiatria*, 28(3), 242-250. doi: 10.1590/S1516-44462006005000006
- Neto, M., & Corte-Real, J. (2013). A Pessoa Idosa Institucionalizada: Depressão e Suporte social. *Journal of Aging & Inovation*, 2(3), 26-41.
- Oliveira, J. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis.

- Oliveira, M. R., & Junges J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 469-476. Em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>, consulta em 16/10/2016
- Oliveira, S. F., Queiroz, M. I. N., & Costa M. L. A. (2012). Bem-estar subjetivo na terceira idade. *Motricidade*, 8(2), 1038-1047.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Pargament, K. I., et al. (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the scientific study of religion*, 27, 90-104.
- Pargament K. I. (2011) 'Religion and coping: The current state of knowledge', in Folkman S., editor. (ed.), *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, New York, Oxford University Press.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Pimentel, E. (2012). «Coping» religioso: A prática da oração, *THEOLOGICA*, 47(2), 693-698.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto Sousa.
- Ramos, M. C. (2007). Aprendizagem ao longo da vida. Instrumento de empregabilidade e integração social. *Revista portuguesa de pedagogia*, 41(3), 299-333.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. (2014). Ajuste psicológico y vida religiosa en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 13(3), 895-906. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-3.apvr
- Silva, L. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P., Nogueira, J. A., & Cavalli, S. (2015). Mudanças e acontecimentos ao longo da vida: um estudo comparativo entre grupos de idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 3-10. doi: 10.1590/0104-1169.0144.2518
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the scientific study of religion*, 41, 91-102.

- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Stella, A. (2001). Envelhecimento demográfico ou populacional. In H. Carmo (Coord.), *Problemas Sociais Contemporâneos* (pp. 133-146). Lisboa: Universidade Aberta.
- Tomás, C. F. (2014). Relações que curam: a evolução espiritual como fator de saúde e bem-estar psicológico. *Cadernos do GREI, Grupo de Estudos Interdisciplinares*, 19, 3-20.
- Trelha, C. S., Revaldaves, E. J., Yussef S. M., Dellaroza, M. S. G., Cabrera M. A. S., & Yamada, K. N. (2006). Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(1), 20-27.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, & M. R., Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Society Scientific & Medicine*, 63(1), 151-64.
- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta e durante a velhice (Maturidade e Sabedoria)*. Porto: Edições Asa.
- Vitorino, L., & Vianna, L. (2012). Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 136-142.
- Vivan, A. S., & Argimon, I. I. L. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 436-444.

6. Apêndices

Braga, Maio de 2015

**Exmo. Senhor Diretor(a) da Instituição
Praça Conselheiro Torres de Almeida, 19
Braga**

Assunto: Carta de Apresentação ao Patronato Nossa Senhora da Torre para a dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da saúde “O Coping religioso na prática clínica em saúde mental: um estudo de caso” - Sob a Orientação do Prof. Doutor João Carlos Major

No âmbito da realização da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da saúde, vimos por este meio pedir a vossa excelência a colaboração para participar num estudo intitulado “O Coping religioso na prática clínica em saúde mental: um estudo de caso”

A pertinência da escolha deste tema para a realização da investigação, prende-se com a finalidade de analisar *as estratégias de coping religioso face ao stress em idosos institucionalizados*.

Como tal, solicitávamos a participação da vossa instituição em que teremos oportunidade de explicar pessoalmente em reunião a pertinência deste estudo, estando disponível para o agendamento da mesma.

Desde já agradecemos a vossa colaboração e ficamos a aguardar uma resposta da vossa parte,

Atentamente,

A aluna,

Mariana Barbosa

Braga, fevereiro de 2017

Exmo. Senhor Diretor(a) da Instituição

Asylo de São José (Antigo Mosteiro Das Teresinhas – Carmelitas Descalças)

Largo da Faculdade, Braga

Assunto: Carta de Apresentação ao Asylo de São José (Antigo Mosteiro Das Teresinhas – Carmelitas Descalças) para a dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da saúde “O Coping religioso na prática clínica em saúde mental” - Sob a Orientação da Professora Doutora Armanda Paula Cunha Gonçalves

No âmbito da realização da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da saúde, vimos por este meio pedir a vossa excelência a colaboração para participar num estudo intitulado “O Coping religioso na prática clínica em saúde mental”.

A pertinência da escolha deste tema para a realização da investigação, prende-se com a finalidade de analisar as estratégias de coping religioso face ao stress em idosos institucionalizados; e cujos objetivos gerais são: compreender o conceito de stress no processo de envelhecimento e caracterizar o processo de coping religioso no processo de envelhecimento; e compreender o stress, acontecimentos de vida e coping religioso no processo de envelhecimento.

Como tal, solicitávamos a participação da vossa instituição em que teremos oportunidade de explicar pessoalmente em reunião a pertinência deste estudo, estando disponível para o agendamento da mesma.

Desde já agradecemos a vossa colaboração e ficamos a aguardar uma resposta da vossa parte,

Atentamente,

A aluna,
Mariana Barbosa



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Exm^{o.} (a). Senhor (a),

No âmbito da Dissertação de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde enquanto aluna do mesmo mestrado na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa de Braga, pretendemos adquirir competências e treino nos métodos e técnicas de investigação em Psicologia, em particular com a realização de entrevistas e questionários sociodemográficos que permitam a recolha de dados para a investigação.

Nesse sentido, vimos por este meio solicitar a sua colaboração na realização de administração dos referidos instrumentos de recolha de dados, que consistirão em compreender o *stress*, acontecimentos de vida e coping religioso no processo de envelhecimento. A realização deste instrumento implicará, na sua totalidade, uma disponibilidade da sua parte de cerca de 20 minutos a 1 hora. Solicitamos, ainda, a autorização para a gravação em áudio das referidas entrevistas.

Este trabalho é realizado com fins estritamente académicos sendo a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos asseguradas pelo anonimato da identificação dos participantes, sem ter qualquer tipo de implicação para o(s) participante(s) envolvido(s). A participação é voluntária tendo os colaboradores o direito à desistência a qualquer momento.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração para a minha formação enquanto futura psicóloga.

A Aluna,

(Mariana Barbosa)

Braga, março de 2017



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Nome da(o) participante:

Assinatura da(o) participante:

Data: (datada pela(o) utente):

Se a(o) participante estiver impedido de assinar:

Assinatura do investigador:

Data:



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

As estratégias de *coping religioso* e a institucionalização (o papel da religião face aos acontecimentos stressantes da vida)

Esta entrevista enquadra-se na dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa), e tem como objetivo contextualizar a sua história de vida, a sua vinda para a instituição e saber um pouco da sua história do desenvolvimento pessoal, social e moral (acontecimentos de vida marcantes) e perceber o papel do coping religioso na sua vida. Como tal, esta entrevista tem como objetivo geral analisar *as estratégias de coping religioso face ao stress em idosos institucionalizados*.

Esta entrevista é de carácter confidencial e será apenas utilizada para fins académicos. Encontra-se à vontade de, quando assim o desejar de não responder às questões ou de desistir da entrevista. Os dados recolhidos serão gravados, com a sua autorização, e após a sua análise estes serão destruídos. Agradecemos desde já a sua colaboração.

I Parte – *A pessoa idosa e a sua história de vida*

1. Fale-me um pouco sobre si?
2. Gostava de saber um pouco sobre a profissão ou ocupações que desempenhou e qual a importância desta para si.
3. Agora, no que diz respeito às suas relações afetivas, gostava de saber um pouco da sua história familiar, se constituiu família e quais os acontecimentos mais marcantes da sua vida familiar?

II Parte – *A institucionalização da pessoa idosa*

4. Gostava que partilhasse os motivos que levaram à decisão da sua entrada no lar?



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

- Quem tomou essa decisão?
- 5. Agora, gostaria que me falasse acerca do que sentiu aquando da sua entrada para o lar?
- 6. Desde a chegada nesta instituição, o que acha que mudou aquando das suas relações familiares?
- 7. Importa-se de me dizer como é sua experiência de viver nesta instituição?
- 8. Fale-me sobre a sua relação com as pessoas que trabalham aqui, como por exemplo as funcionárias e os técnicos.

III Parte – História do desenvolvimento pessoal, social e moral (acontecimentos de vida marcantes) e coping religioso

- 9. Gostava que partilhasse comigo, se ao longo da sua experiência pessoal, teve algum momento na sua vida que considere ter sido mais marcante e mais difícil para si?
- 10. No que diz respeito à prática de uma religião, como considera ser a sua relação com essa religião?
- 11. Considerando agora a forma como costuma pedir ou rezar a Deus nos momentos difíceis da vida, o que o (a) leva a rezar e pedir a Deus?
- 12. De que forma é que considera que a religião contribui para o seu bem-estar físico e emocional?

Por último gostaria de saber se há alguma coisa que considere mais importante falar que eu não tenha perguntado e que gostaria de referir?

Muito obrigada pela sua colaboração!



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Ficha de Informação sociodemográfica/Questionário Sociodemográfico

1. PERFIL DO IDOSO

Caracterização dos participantes:

Nome do entrevistado: _____

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____ anos

Estado Civil:	
Solteiro (a) <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) /Separado (a) <input type="checkbox"/>
Casado (a) /União de facto <input type="checkbox"/>	Viúvo (a) <input type="checkbox"/>

Qual a sua Naturalidade? _____

Quais as suas habilitações literárias?

Escolaridade:	
Analfabeto (a) /Nenhuma <input type="checkbox"/>	Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/>



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Escola Primária:						
1ª Classe <input type="checkbox"/>	2ª Classe <input type="checkbox"/>	3ª Classe <input type="checkbox"/>	4ª Classe <input type="checkbox"/>			
Liceu:						
1º ano <input type="checkbox"/>	2º ano <input type="checkbox"/>	3º ano <input type="checkbox"/>	4º ano <input type="checkbox"/>	5º ano <input type="checkbox"/>	6º ano <input type="checkbox"/>	7º ano <input type="checkbox"/>
Escola Técnica:						
Escola Industrial <input type="checkbox"/>			Escola Comercial <input type="checkbox"/>			

Qual era a sua Ocupação profissional: _____

Laços familiares:

Tem Filhos? Sim Não Se respondeu sim, quantos tem? _____

Tem Netos? Sim Não Se respondeu sim, quantos tem? _____

Tem Bisnetos? Sim Não Se respondeu sim, quantos tem? _____

2. O IDOSO E A INSTITUIÇÃO

Data de entrada para a instituição: ____/____/____

A iniciativa da institucionalização foi:



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Iniciativa própria Iniciativa dos amigos Iniciativa dos familiares

Trazido (a) por técnicos de ação social

Tempo da institucionalização: _____ meses; _____ anos

Regularidade com que é visitado: _____ vezes por mês

3. PREOCUPAÇÕES

Qual a sua principal preocupação hoje?

a) Não tem preocupações b) Saúde c) Família d) Dinheiro

e) Qualidade da alimentação f) O dia de amanhã (Futuro) g) Religião

h) Amor i) Lazer j) Independência/autonomia k) Segurança

l) Amigos m) Nada é importante n) Não sabe

Realiza algum tipo de atividade:

Sim, de carácter físico Sim, de carácter cultural Não



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Como ocupa o seu tempo livre?

- a) Não faz nada b) Realiza atividades domésticas c) Atividades manuais
(croché, tricô, bordado, pintura, etc.) d) Ver Televisão
- e) Conversa com outros f) Passear g) Visitar familiares h) Viajar
- i) Jogos j) Ouvir rádio k) Ler (livros, revistas, jornais) l) Dança
- n) Fazer palavras cruzadas p) Grupos sociais na igreja

4. O IDOSO E A RELIGIÃO

Possui alguma religião? Sim Não Qual?: _____

Participa de atos religiosos ou cultos?

- a) Sim, na própria instituição b) Sim, externamente à instituição
- c) Não participa



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Se respondeu que sim, pode-me especificar quais são os atos religiosos/cultos em que participa?

Qual a frequência com que pratica os atos religiosos?

Quem o leva, na maioria das vezes, ao ato/culto religioso?

- a) Vai por conta própria b) A instituição leva c) A família ou amigos levam
- d) Outra

Se respondeu “Outra”, pode-me descrever como?

Muito obrigada pela colaboração!



CATOLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Análise da entrevista: Participante 1 (P1) - Sexo feminino, 82 anos

Na entrevista de P1., analisamos como principais temáticas o *Autoconhecimento*, a *Caracterização Sociodemográfica*, a *Dinâmica e afetividade familiar*, a *Autonomia na tomada de decisão*, as *Emoções na Primeira Impressão*, a *Experiência no Quotidiano e as Relações interpessoais*, o *Possível desencadeador de stress*, a *Vivência da religiosidade* e o *coping religioso*.

A primeira questão da entrevista sugere o aparecimento da temática *Autoconhecimento*, no qual verificamos que, de acordo com a observação de P1., e discurso da mesma, nesta primeira resposta, foi manifestado um discurso um pouco confuso, porém referiu ter tido uma infância muito dura e de muito trabalho (e.g. “Tive uma infância muito dura...só sei que trabalhei muito”), recordando com mágoa e tristeza as amigas que tiveram casamentos complicados e sujeitos a situações de violência doméstica (e.g., “Às vezes lembro-me de amigas que levavam dos maridos, e eu sofria com isso, e viam-se perdidas”), pois quando refere que “sofria com isso”, denotamos aqui a angústia sentida por parte de P1., face à situação das amigas, solidarizando-se e compadecendo-se dos seus sofrimentos. Como tal, e face ao exposto, parece-nos que essa angústia provém do facto do seu conhecimento face a esses eventos.

De seguida, no que diz respeito à segunda questão, nomeamos a segunda possível temática *Caracterização Sociodemográfica*, em que se observa através da resposta dada por P1., em que só nos é possível identificar qual a natureza da sua ocupação laborar, não tendo por isso P1., acrescentado e elaborado mais alguma coisa na sua resposta quando questionada, conforme é proferido pelo seu discurso (e.g., “Trabalhava na tecelagem”).

É possível identificarmos uma terceira temática que resulta da interpretação e análise dos resultados, a *Dinâmica e Afetividade Familiar*, onde averiguamos que, a partir do primeiro excerto do texto e pela exposição da história da vida familiar, parece-nos remeter para a normalidade da visita dos familiares existindo retaguarda familiar.

¹ Para se proceder à análise fenomenológica seguiram-se todos os quatro passos retirados de: Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século.

Porém, não destaca ninguém em específico como cuidador informal, pois é-nos visível pela sua resposta pouco elucidativa e um pouco vaga, que desculpabiliza a ausência de visitas destes ao lar, pela não possibilidade das suas vidas (e.g., “Têm a vida deles. Mas os meus netos vêm cá visitar-me”).

No que diz respeito à quarta temática, *Autonomia na Tomada de Decisão*, através da resposta, constatamos que inicialmente P1., refere que veio para o lar sem o seu conhecimento, no entanto afirma que deu entrada no lar por decisão de um médico, o que nos faz refletir que o motivo para a permanência no lar deveu-se a questões de saúde, não nos sendo possível especificar quais os problemas de saúde associados. Posto isto, podemos verificar a importância do papel do médico na vida da pessoa idosa (e.g., “Vim para aqui sem me dizerem nada. Mas gosto muito de estar aqui. Foi o médico que achou que eu precisava de mais ajuda”).

Consideramos uma outra provável temática, denominada de *Emoções na Primeira Impressão*, onde nos apercebemos que P1., não respondeu exatamente à questão do que sentiu quando entrou para o lar tendo ao invés demonstrado um sentimento de conformidade pela permanência no lar nos tempos mais recentes (institucionalização) (e.g., “Ai sinto-me bem, levam-me a passear. Estou muito bem”) referindo ainda que ter ido para o lar foi uma experiência muito positiva

Em relação à sexta questão da entrevista, é possível considerarmos a resposta dentro da temática *Dinâmica e Afetividade Familiar* pois P1., afirma que os familiares continuam a estar preocupados com a mesma passando por momento de convívio, tais como passear (e.g., “Eles perguntam-me ainda estás aqui, e eu digo-lhes onde é que eu vou? Mas lá me levam a passear / Ai eu não tenho de dizer dos meus filhos, porque estão sempre preocupados comigo”) não referindo nenhuma mudança significativa com a família

Avançando na compreensão do fenómeno, consideramos por referir duas temáticas *Experiência no Quotidiano* e *Experiência no Quotidiano e relações interpessoais*, pois, neste caso em concreto, ambas se podem interligar sendo elas dependentes uma da outra. Isto pode ser visível, pois como conferimos que de uma forma indireta, subentendemos através do discurso de P1., que as suas rotinas diárias são dependentes das cuidadoras formais, e, somado a isto, podemos observar que P1., refere que é muito bem tratada e os cuidados prestados pelo lar são muito bem realizados (e.g., “Estão sempre atentas às minhas necessidades”).

Na nona temática identificada, *Possível Acontecimento Desencadeador de Stress*, verificamos que a morte do marido foi um acontecimento de vida que a marcou, pois o casamento foi um acontecimento muito importante na vida desta (e.g., “O meu marido, eu era muita amiga dele e ele também. Nunca me faltou nada na graça do Senhor”).

Nas últimas questões referentes à religião, nas temáticas *Vivência da religiosidade*, o *Motivo de rezar* e o *Coping religioso*, P1., apesar de não ter respondido às duas últimas questões, referiu que a sua relação com a religião é essencialmente Mariana (e.g., “Ai eu rezo muito a Nossa Senhora”) e que a crença Mariana que tem lhe transmite paz e bem-estar junto dos outros, tendo ajudado a enfrentar os problemas de vida que teve.

Análise da entrevista: Participante 2 (P2) – Sexo feminino, 73 anos

Na entrevista de P2., analisamos como principais temáticas o *Autoconhecimento*, *Caracterização Sociodemográfica*, a *Dinâmica e afetividade familiar*, a *Autonomia na tomada de decisão*, as *Emoções na Primeira Impressão*, a *Experiência no Quotidiano e as Relações interpessoais*, o *Possível desencadeador de stress*, a *Vivência da religiosidade* e o *Coping religioso*.

Assim sendo, a primeira questão da entrevista sugere o aparecimento da temática *Autoconhecimento*. Podemos averiguar que, de acordo com a observação de P2., a mesma destaca na sua história de vida dois acontecimentos marcantes que foram importantes para o seu autoconhecimento, começando por enumerar factos que considera importantes no percurso da sua vida, como o seu nascimento, o seu casamento e constituição da sua família: (e.g., “Nasci em março de 1944. Sempre vivi com os meus pais até casar. Casei com 18 anos e com 19 anos tive a primeira filha e depois passados uns 22 meses tive o outro filho, depois passados quatro anos tive o último filho. Era uma pessoa que vivia sem larguezas. Ai o meu marido era uma pessoa que vivia para a família e que só pensava em nós e na família. Faleceu com 58 anos, apareceram-lhe muitas doenças, morreu muito novo”), e o desenvolvimento de vários problemas de saúde graves aos quais P2., revelou uma forte resiliência ao conseguir ultrapassá-los (e.g., “A partir daí começaram a aparecer muitas doenças, várias doenças, porque eu sou doente crónica/ Sou uma pessoa oncológica. Mas eu como eu não gosto de falar de doenças, porque foram várias, não fixei, pois já fiz treze operações. Eu tive um cancro,

mas era um dos cancros mais raros/ Tenho feito químio por comprimidos. Depois tive um coágulo, tipo de um AVC”).

De seguida, nomeamos a segunda possível temática *Caracterização Sociodemográfica*, no qual se observa que através da resposta dada, esta trabalhou numa ótica sendo que teve apenas a possibilidade de estudar até o quarto ano (e.g., “Fiz a quarta classe/ Mas depois dos 30 trabalhava numa ótica”). No entanto, de seguida, podemos verificar que de acordo com o discurso de P2., esta sentiu a necessidade de apontar que os irmãos tinham mais habilitações literárias e podiam progredir os seus estudos, o que é claramente uma alusão aos hábitos socioculturais da época em que vivera, sob a luz da ditadura. Isto é, a norma instituída era de o sexo masculino, ter uma maior escolaridade enquanto em contrapartida, para o sexo feminino era usual estas seguirem uma vida doméstica (e.g., “sabe menina só os meus irmãos é que foram estudar porque eram mais inteligentes, até do que eu”), podendo destacar que P2., desculpabilizou que os irmãos demonstravam uma inteligência superior a ela.

Quanto à terceira temática, *Dinâmica e Afetividade Familiar*, do que resulta da interpretação e análise dos resultados, apuramos que, pela exposição da história da vida familiar da idosa, a constituição da sua vida familiar, parece-nos remeter para uma história de vida fragilizada, mas bastante apoiada pela atual retaguarda familiar, nomeadamente pela filha (e.g., “Muito familiar muito meiga a minha filha”).

No que diz respeito a uma quarta temática, *Autonomia na Tomada de Decisão*, constatamos que P2., referiu que os motivos que levaram à sua admissão para o lar devem-se ao facto de não ter tido capacidade de manter a sua autonomia na íntegra por apresentar fadiga e cansaço a nível psíquico (e.g., “As razões que me levaram a entrar no lar têm a ver com o facto de não ter forças para nada e de não conseguir fazer as coisas, porque a “máquina” já não estava boa. Não tinha força para subir e descer e os médicos começaram a dizer que não podia viver sozinha. Os meus filhos não tinham forma de estarem comigo pois tem os seus negócios...e eu concordei...com eles).

Quanto à quinta temática, denominada de *Emoções na Primeira Impressão*, apercebemo-nos que P2., sentiu que a entrada para o lar foi positiva para combater a solidão, mas também conferimos em seguida que P2., é assolada pela emoção de alegria, apercebendo-nos da importância da companhia como forma de enfrentar a solidão para P2., (e.g., Aquando da minha entrada aqui, senti que tinha as minhas coisas em casa, os nossos hábitos, mas tinha muita, muita solidão e por isso fiquei muito, muito contente de vir para aqui).

Em relação à sexta questão da entrevista, é possível considerarmos a resposta dentro da temática *Experiência no Quotidiano e as Relações interpessoais* pois P2., afirma que a ida para o lar não alterou a sua relação com a família (e.g., Os meus filhos ficaram mais sossegados. E por isso é que andaram a tratar tudo).

Avançando na compreensão do fenómeno, *Experiência no Quotidiano e as Relações interpessoais*, P2., disse que se sente acarinhada, amparada (e.g., “mas sinto-me muito bem cuidada”) e cómoda (e.g., “Sinto-me confortável”). Apesar de a mesma revelar não ter privacidade, sente que a partilha do mesmo espaço com duas senhoras, lhe possibilita combater a sua solidão, (e.g., “eu durmo com duas senhoras e já não tenho a privacidade que tinha, mas sabe já não tenho solidão”).

Na nona temática identificada, *Possível Acontecimento Desencadeador de Stress*, verificamos que, a perda do marido marcou-a negativamente. Partindo deste pressuposto, P2., demonstra bastante resistência e capacidade em enfrentar os problemas (e.g., “Eu senti que a morte do meu marido foi muito rápida”). Contudo, o final do seu discurso faz-nos ponderar que provavelmente P2., desenvolveu sintomatologia depressiva ante a reação à morte prematura do marido (e.g., “Chorava muito, não tinha paciência para falar com ninguém”).

Relativamente à *vivência da religiosidade*, P2., revela um sentimento de proximidade com Deus e através da oração pede intercessão para resolver os seus problemas, por exemplo perante um episódio de doença recorre a uma força superior para enfrentar a mesma (e.g., “A minha relação com a religião é normal, não ando sempre metida na igreja. Rezo o terço...vou à missa, mas nada de especial”).

Na religião destaca a dimensão da fé que é encarada como uma dimensão importante na vida da idosa. A oração é um aspeto complementar muito importante na vida da mesma. Neste sentido, o bem-estar físico e emocional é alcançado através da dimensão espiritual da religião (e.g., “Quando estava doente recorria a Deus. Sim, da última vez já não me importava que Deus me levasse! Eu falo por mim não o vejo, mas Ele acompanha-me e tem-me sempre ajudado. Manda-me um anjo muito forte”).

Análise da entrevista: Participante 3 (P3) - Sexo feminino, 78 anos

Na entrevista de P3., analisamos como principais temáticas o *Autoconhecimento*, a *Dinâmica e afetividade familiar*, a *Autonomia na tomada de decisão*, as *Emoções na Primeira Impressão*, a *Experiência no Quotidiano* e as *Relações interpessoais*, o *Possível desencadeador de stress*, a *Vivência da religiosidade* e o *Coping religioso*.

A primeira questão da entrevista sugere o aparecimento da temática *Autoconhecimento* onde, verificamos que, de acordo com a observação da utente P3, e do discurso da mesma nesta primeira resposta, verifica-se que a força da sua crença permiti-lhe ultrapassar os obstáculos que encontra devido aos seus problemas de saúde; refere a vida de sacrifício que teve mas deixou-se desmoronar com a doença pois refere que acreditou sempre que iria superar a doença, mas esta foi mais forte (e.g., “deu-me o raio dos diabetes e acabou com tudo. Ai meu Deus!”).

Ainda no que concerne à dimensão da sua saúde, P3., refere que os problemas de saúde foram a principal razão pela qual foi para o lar; vê-se como uma pessoa preocupada com a sua condição atual (e.g., “Estou muito bem, agora é que é mais difícil); com base na *Experiência do quotidiano*, sente-se inteiramente incluída na instituição, pois refere que toda a gente se preocupa com ela, destacando o papel de um profissional de saúde (e.g., “sim, gosto. O enfermeiro é preocupado comigo. É sim senhora!”).

De seguida, nomeamos a segunda possível temática *Caracterização Sociodemográfica*, em relação à segunda questão, observa-se que, através da resposta dada pela utente, este se adaptava a qualquer tipo de trabalho, estando sempre pronta e disponível para o mesmo, o que nos permite chegar a uma possível leitura de que, como meio de subsistência para a própria, qualquer trabalho servia não se importando por isso com o tipo e género de labor (e.g., “era lavradeira e ao menos tinha tudo o que a terra me dava”). De referir que a utente fez menção do que gostava de fazer referindo que as outras pessoas confiavam nela (e.g., “Criei os filhos de outros. Eles vinham todos ter comigo, e eu lá lhes dava de comer”).

É possível identificarmos uma terceira temática que resulta da interpretação e análise dos resultados, a *Dinâmica e Afetividade Familiar*, onde averiguamos que, a partir do primeiro excerto do texto e pela exposição da história da vida familiar orientada para a constituição da vida familiar, parece-nos remeter para uma possível sobrevivência do mais forte, devido às escassas condições de saúde para a época, bem como os poucos recursos de medicina, e até a provação de necessidades básicas (e.g., “Ai eu tive oito filhinhos e ensinei-os a fazer tudo. Trabalhei muito, cozia o pão e de vez em quando havia umas sardinhas para comer”).

Subitamente, vemos que P3., muda de assunto para falar na família e da condição da visão tradicionalista da mulher no matrimónio, o que nos faz refletir que o fato de esta relembrar de fenómenos iniciais ocorridos no seio familiar lhe confere

possivelmente desconforto e mágoa pois o casamento era uma condição de dependência perante o marido, embora reconheça que era bom homem e seu amigo, (e.g. “Trabalhava, e casei com ele, mas era só trabalho/ sabe ele nunca me deu nenhuma bofetada, só me perguntava quando vais cozer o pão, e eu dizia quando houvesse sardinhas e então lá me trazia as sardinhas/ olha que tu é vais criar os filhos que eu vou para o monte”).

No que diz respeito a uma quarta temática, *Autonomia na Tomada de Decisão*, através da observação feita através desta resposta, constatamos que a utente P3., que se resignou na tomada de decisão de ir para o lar (e.g. “Foram as minhas filhas que me trouxeram/ foi por causa da minha saúde...não senti nada quando vim para aqui...as minhas filhas também trabalham aqui perto”).

Consideramos uma outra provável temática, denominada de *Emoções na Primeira Impressão*, onde nos apercebemos que P3., não respondeu exatamente à questão do que sentiu quando entrou para o lar tendo ficado em silêncio após a colocação desta pergunta. No entanto, atualmente apresenta ter um sentimento de satisfação. As atividades/passatempos que enumera permite-nos saber que gostava de preencher o tempo passado na instituição, o que nos pode remeter acerca do que sente fazer falta no lar residencial.

Em relação à sexta questão da entrevista, é possível considerarmos a resposta dentro da temática *Dinâmica e Afetividade Familiar* pois a utente afirma viver sozinha, mostrando não ter retaguarda familiar (e.g. “Dantes o meu filho mais velho é que media os diabetes. Ele é que ia sempre comigo ao hospital, aí meu Deus meu Deus...agora...Agora é minha neta que vai comigo ao médico. A minha neta é médica no hospital, sabe.”).

Avançando na compreensão do fenómeno, consideramos a temática *Experiência no Quotidiano e relações interpessoais*, podemos observar que a utente não respondeu à oitava e nona questão, sendo apenas que referiu que trabalhou muito desde nova.

Na nona temática identificada, *Possível Acontecimento Desencadeador de Stress*, verificamos que, morte do marido foi um acontecimento de vida que a marcou, (e.g., “A morte do meu marido, foi... Senti-me muito triste, quando perdi o meu marido. Mas não tive tempo de chorar a morte dele, pois tive de ir logo trabalhar e nem pensei em casar mais nenhuma vez, Deus me livre”).

Nas últimas três questões esta P3., não respondeu à questão dez e onze, sendo que na doze disse que tem confiança sobre os limites que a sua condição de fragilidade

acarreta, revelando fé e crença que tem em Deus (e.g. “Ai, sim se acredito em Deus, é Ele que me dá força, sem isso a minha vida não tinha sentido! Ai a minha vida era uma alegria...agora eu tento, mas já não é a mesma coisa”).

Análise da entrevista: Participante 4 (P4) - Sexo feminino, 91 anos

Na entrevista de P4., analisamos como principais temáticas o *Autoconhecimento*, *Caracterização Sociodemográfica*, a *Dinâmica e afetividade familiar*, a *Autonomia na tomada de decisão*, as *Emoções na Primeira Impressão*, a *Experiência no Quotidiano e as Relações interpessoais*, o *Possível desencadeador de stress*, a *Vivência da religiosidade* e o *Coping religioso*.

Na primeira questão da entrevista sugere o aparecimento da temática *Autoconhecimento* e, verificamos que, de acordo com a observação de P4., e discurso da mesma nesta primeira resposta, foi manifestado um discurso um pouco confuso, tendo no entanto referido ter tido uma infância com grande sentido de pertença à família (e.g., “Gosto muito da casa e continuo ligada à casa”) e de pertencer a uma família tradicional referindo ter tido uma educação tradicional para a época (e.g., “Eu sou como toda a gente, fui educada como toda a gente. Nunca senti nada com nenhum dos problemas”).

De seguida, nomeamos a segunda possível temática *Caracterização Sociodemográfica*, onde se observa que, através da resposta dada pela idosa, esta resignou-se com a escolha da profissão dedicando-se apenas à profissão e por opção não constituiu vida familiar (e.g., “Fui professora no ensino primário e não constitui família, fui sempre solteira. Gostei muito de ser professora. Era o mais prático, mas não era o meu sonho, não lhe sei explicar, acomodei-me, tinha de ter uma profissão e por isso olhe deixei-me andar), referindo mesmo que tinha de manter o estatuto social da época.

É possível identificarmos uma terceira temática que resulta da interpretação e análise dos resultados, a *Dinâmica e Afetividade Familiar*, onde averiguamos que, a idosa demonstra pouca ligação familiar, destacando a fratria dos irmãos como pilar fundamental na vida familiar e referindo a opção de vida de cada um (e.g., “Eramos 7 irmãos. Umas foram para religiosas, o meu irmão casou e já morreu”).

No que diz respeito a uma quarta temática, *Autonomia na Tomada de Decisão*, através da observação feita da resposta dada, constatamos que P4., expõe que por ausência de retaguarda familiar optou por ir para o lar, por iniciativa própria (e.g., “Olhe quando eu entrei para aqui a família já estava dispersa e esta era a única alternativa. Não

podia contar com ninguém/ Quem tomou a decisão de vir para aqui fui eu. E não disse nada a ninguém”).

Consideramos uma outra provável temática, denominada de *Emoções na Primeira Impressão*, onde nos apercebemos que P4., não respondeu exatamente à questão do que sentiu quando entrou para o lar tendo demonstrado um sentimento de resignação pela permanência no lar (institucionalização), (e.g., “Eu senti-me bem, mas não me lembro muito bem. Agora sinto-me bem), permanecendo depois em silêncio e com alguma tristeza durante esta questão.

Em relação à sexta questão da entrevista, é possível considerarmos a resposta dentro da temática *Dinâmica e Afetividade Familiar* pois a idosa afirma que não tem familiares que a visitem e que também não gosta de sair da instituição tendo uma boa relação com as funcionárias do lar.

Avançando na compreensão do fenómeno, consideramos a temática *Experiência no Quotidiano e relações interpessoais*, podemos observar que a idosa referiu que ter ido para o lar foi uma experiência muito positiva (e.g., “Não tenho experiência nenhuma, mas não é nada de especial. Eu faço o que me apetece, eu sou livre de fazer o que quero”) e que as relações com a família não se alteraram”).

Na nona temática identificada, *Possível Acontecimento Desencadeador de Stress*, verificamos que a morte do irmão a marca negativamente, pois dá a entender que era muito próxima deste (e.g., “O meu irmão faleceu de doença”).

Nas últimas questões, na dimensão *Vivência da religiosidade* e o *Coping religioso*, P3., não manifesta uma relação direta entre a crença e a religião e a sua saúde e bem-estar, pedindo a intercessão de Deus em momentos difíceis e tendo uma relação positiva com a religião.

Análise da entrevista: Participante 5 (P5) - Sexo feminino, 81 anos

Na entrevista de P5., analisamos como principais temáticas o *Autoconhecimento*, a *Dinâmica e afetividade familiar*, a *Autonomia na tomada de decisão*, as *Emoções na Primeira Impressão*, a *Experiência no Quotidiano e as Relações interpessoais*, o *Possível desencadeador de stress*, a *Vivência da religiosidade* e o *coping religioso*.

A primeira questão da entrevista sugere o aparecimento da temática *Autoconhecimento*, no qual verificamos que, de acordo com o discurso de P5., nesta primeira resposta, o fato de esta ser mãe solteira (família monoparental) e a emigração

do companheiro, foram acontecimentos de vida marcaram a vida de P5., tendo por isso, uma perspectiva negativa da sua vida, pois ao longo do discurso de P5., constatamos que demonstra raiva pelo pai da criança ter fugido à sua responsabilidade de se casar com P5. Apelando ao nosso conhecimento sabemos que o facto de P5., ter sido mãe solteira numa época em que a transversalidade das “regras” socioculturais até então instituídas, discriminavam esta condição da mulher, e como tal, a vergonha perante a sociedade de tal condição, deixou P5., com esta emoção negativa (e.g., “Sou mãe, solteira, pronto. Tenho um filho. É, é verdade. Não nego porque não é de nenhuma mãe casada, nem de nenhum padre... namoro/ ele foi pra França, e ele foi... abalou! Pronto não me importa... Já morreu, já está lá na terra da verdade, já está a pagar o que fez”).

De seguida, nomeamos a segunda possível temática *Caracterização Sociodemográfica*, em relação à segunda questão, observa-se que, através da resposta dada por P5., vemos que esta trabalhou na área da metalurgia, embora entendamos que não era um trabalho de eleição para P5., pois a mesma afirma que era o meio de subsistência para o seu quotidiano (e.g., “Na metalurgia. Dava para o dia a dia/ Gostava porque ganhava o meu dinheiro no fim do mês como se diz”), o que nos leva a considerar os seus sentimentos acerca do mesmo (e.g., Ele era terrível, o meu trabalho era terrível! Muito pesado, era muito duro, muito duro”), sendo-nos possível perceber que foi uma pessoa marcada pela dureza do seu trabalho.

É possível identificarmos uma terceira temática que resulta da interpretação e análise dos resultados, a *Dinâmica e Afetividade Familiar*, onde averiguamos que, a partir do primeiro excerto do texto e pela exposição da história da vida familiar de P5., esta não considera ter tido no passado uma estrutura consistente na sua família, tendo por isso referido que não sentiu ter vida familiar (e.g., “Ai, nem tive vida familiar). Contudo, nos dias de hoje refere que mantém contacto com os netos e o filho, embora o mesmo não se mostre frequente (e.g., “Ah! Sim, sim os meus netos com o meu filho tudo bem. Mas sei o que se passa, e ele liga ao pelo menos aos domingos eu pergunto-lhe já ligou para aqui, uma vez é que deixou de me ligar, mas também não é preciso estar sempre a ligar”). Isto revela-nos numa maneira indireta que P5., possa ter encontrado um senso de estabilidade nos afetos que recebe por parte dos seus netos e do filho.

No que diz respeito a uma quarta temática, *Autonomia na Tomada de Decisão*, através da observação feita, constatamos que a P5., expõe que foi por questões de saúde teve de ir viver para um lar (e.g., “Porque eu achei que devia vir, porque a gente vai

cansando, já são oitenta e um, a gente vai cansando”). Mas referiu que desde que está no lar este transmitiu-lhe um sentimento de paz.

Consideramos uma outra provável temática, denominada de *Emoções na Primeira Impressão*, onde nos apercebemos que P5., sente intolerância em relação às rotinas da instituição, porém a sua adaptação ao lar foi muito positiva (e.g., “pronto eu resolvi vir porque, pronto primeiro os meus netos, eu criei os meus netos deram-me muito trabalho, acho que a minha missão já estava cumprida e agora vou-vos deixar em paz a vós e vou-me pôr eu também agora em paz”).

Em relação à sexta questão da entrevista, é possível considerarmos a resposta dentro da temática *Dinâmica e Afetividade Familiar* pois P5., afirma que os familiares continuam a estar preocupados com ela (e.g., “Sim, vêm visitar,... encontro na rua,... é, continuo a dar-me bem com as pessoas”).

Avançando na compreensão do fenómeno, consideramos a temática *Experiência no Quotidiano e relações interpessoais*, podemos observar que P5., referiu que ter ido para o lar foi uma experiência muito positiva e que as relações com a família não se alteraram pois praticamente não existiam (e.g., “Estou sozinha, naturalmente, que relações vou ter... Aqui está tudo bem, não tenho queixas”). A entrada no lar não afetou a relação de P5., com os filhos, sendo que estes se mantêm preocupados com a mãe (e.g., “Ai eu não tenho de dizer dos meus filhos, porque estão sempre preocupados comigo...”).

Na nona temática identificada, *Possível Acontecimento Desencadeador de Stress*, verificamos que as doenças e o luto pela morte da mãe foram dois acontecimentos que marcaram negativamente a vida de P5., (e.g., “Ah, a minha saúde, sei lá. Ando! Vou andando, vou tomando os medicamentos,... acho que não tenho nada de maior, ou é os ossos ou os intestinos,...” Ah, a minha, a minha mãe... Tive que lidar como todas as pessoas lidam com quem falta, não é?”).

Nas últimas questões referentes, na dimensão *Vivência da religiosidade* e o *Coping religioso*, P5, vê a religião como uma âncora ou um porto seguro, um refúgio. A possibilidade de prática de boas ações e ser solidária para com os outros, agindo em prole destes. O coro é a forma que esta tem de socializar com os outros (e.g., “Sou muito religiosa, sou uma religiosa, acho que sou uma religiosa a cem por cento. Gosto muito da religião, gosto, tanto gosto que olha-se pro meu quarto é uma capela!”). Justificando que reza porque a prática do bem comum e de fazer o bem ao próximo, e

fazem com que se sinta útil. (e.g. “Dou muitas vezes bem agora já não dou, agora já tem mais gente,... muitas vezes dei de comer à *”).

Análise da entrevista: Participante 6 (P6) - Sexo masculino, 74 anos

Na entrevista de P6., analisamos como principais temáticas o *Autoconhecimento*, a *Dinâmica e afetividade familiar*, a *Autonomia na tomada de decisão*, as *Emoções na Primeira Impressão*, a *Experiência no Quotidiano* e as *Relações interpessoais*, o *Possível desencadeador de stress*, a *Vivência da religiosidade* e o *Coping religioso*.

A primeira questão da entrevista sugere o aparecimento da temática *Autoconhecimento*. Verificamos que, de acordo com a observação de P6., e discurso do mesmo, averiguamos que a força da sua crença permitiu-lhe ultrapassar os obstáculos que encontra, devido aos seus problemas de saúde; enumera um exemplo em que teve que ser operado ao estômago; não se deixou desmoronar com a doença pois refere que acreditou sempre na sua sorte (e.g., “Graças a Deus”). Ainda no que concerne à dimensão da sua saúde, P6, refere que a falta de visão o preocupa, mas deposita muita confiança no médico que o segue e por isso vê-se como uma pessoa otimista (“e.g., “procuro pensar positivo”); com base na experiência do quotidiano, não se sente inteiramente incluído na instituição, pois refere que lhe afeta a falta de comunicação e por isso se isola. Isto confere-lhe o medo de entrar em stress e medo da morte.

De seguida, nomeamos a segunda possível temática *Caracterização Sociodemográfica*, em relação à segunda questão, observa-se que, através da resposta dada, este se adaptava a qualquer tipo de trabalho, estando sempre pronto e disponível para o mesmo, o que nos permite chegar a uma possível leitura de que, como meio de subsistência para o próprio, qualquer trabalho servia não se importando por isso com o tipo e género de labor. De referir que o utente não fez menção se gostava ou não daquilo que fazia enquanto ocupação profissional.

É possível identificarmos uma terceira temática que resulta da interpretação e análise dos resultados, a *Dinâmica e Afetividade Familiar*, onde averiguamos que, pela exposição da história da vida familiar (primeiro excerto do texto) e orientada para a constituição da vida familiar, que parece-nos remeter para uma possível sobrevivência do mais forte, devido às escassas condições de saúde para a época, bem como os poucos recursos de medicina, e possivelmente pelo facto do utente ser proveniente de uma família numerosa com poucas posses e sem acesso às melhores condições de saúde (e.g.

“eu fui o único mais uma irmã que nos safamos”). Subitamente, vemos que P6, muda de assunto para falar na família estruturada, que teve através do matrimónio. Isto faz-nos refletir que o fato de este relembrar o casamento e deste não ter sido bem-sucedido (divórcio) confere-lhe possivelmente desconforto e mágoa. Apesar de ter estado três décadas sem ter contato com a filha, nunca perdeu a esperança de a encontrar até o momento de receber ajuda de uma senhora que conseguiu encontrar a filha do utente recorrendo à Internet, a partir do qual vai mantendo contato com a filha e uma neta até pelo menos à altura da entrevista.

No que diz respeito a uma quarta temática, *Autonomia na Tomada de Decisão*, constatamos que o utente P6., referiu trabalhar no lar enquanto pessoa ativa por meio de um convite. Ainda disse que com a passagem do tempo, acabou por se tornar um dos residentes, pois as suas origens eram humildes e não tinha retaguarda familiar. Ficando por isso aqui a dúvida se P6., se considerou uma pessoa autónoma na tomada de decisão de ficar no lar ou não (e.g. “e depois fui ficando”).

Consideramos uma quinta temática, denominada de *Emoções na Primeira Impressão*, onde nos apercebemos que P6., não respondeu exatamente à questão do que sentiu quando entrou para o lar (pois conforme a resposta à pergunta anterior, sabemos que na realidade P6., não seguiu o protocolo de admissão ao lar, o que nos impede de saber os sentimentos e emoções inerentes à situação). No entanto, atualmente apresenta ter um sentimento de satisfação. As atividades/passatempos que enumera permite-nos saber que gostava de preencher o tempo passado na instituição, o que nos pode remeter acerca do que sente fazer falta no lar residencial.

Em relação à sexta questão da entrevista, é possível considerarmos a resposta dentro da temática *Dinâmica e Afetividade Familiar* pois o utente afirma viver sozinho, mostrando não ter retaguarda familiar (e.g. “porque eu em casa não podia ficar sozinho”). Acrescentado a esta ideia, que pela sua condição de saúde ser frágil, que P6., não podia ficar sozinho (e.g., “para mim foi melhor eu vir para cá”).

Avançando na compreensão do fenómeno, consideramos a temática *Experiência no Quotidiano* podemos observar pela resposta dada pelo utente que a sua experiência do quotidiano é preenchida pelas atividades que o próprio suplanta. Em relação à experiência no quotidiano e às relações interpessoais estas são mantidas de forma saudável com as suas saídas para a cidade onde interage com os seus amigos. P6., procura também ser uma pessoa ativa sendo isto demonstrado pelos hábitos saudáveis.

Na nona temática identificada, *Possível Acontecimento Desencadeador de Stress*, verificamos que, a perda de pai e da esposa por motivo de doença são acontecimentos de vida que o marcaram. Partindo deste pressuposto, P6., encontra nos seus passatempos (coleção de objetos/materiais) uma forma de se distrair e ao mesmo tempo abstrair-se dos fatos que foram mais marcantes para si, revelando assim um comportamento de fuga à realidade. Também podemos interpretar os seus passatempos como fruto de sentir solidão, pela experiência do seu quotidiano.

Relativamente às últimas questões, no qual denota que o silêncio possui um sentido importante expresso na linguagem não-verbal de P6., é capaz de nos dar respostas mesmo que não sejam expressas em palavras. O fato de não querer fazer alusão às pessoas que o rodeiam sobre o seu sofrimento (dores físicas), mostra-nos que P6, tem orgulho na sua autonomia, sublinhando o medo de perder a mesma: (e.g., “eu sei bem quando preciso de ajuda”), levando-nos a refletir que o utente tem confiança sobre os limites que a sua condição de fragilidade acarreta, revelando fé e crença que tem por anjos (e.g., Arcanjo S. Miguel) na sua proteção, demonstrando indiretamente que esta poderá ser uma forma de enfrentar os *Acontecimentos geradores de stress* (*vivência da religiosidade, motivo de vontade de rezar; papel da religião no quotidiano de P6.*).

Análise da entrevista: Participante 7 (P7) – Sexo feminino, 79 anos

Na entrevista de P7., analisamos como principais temáticas *Autoconhecimento, Caracterização Sociodemográfica, a Dinâmica e afetividade familiar, a Autonomia na tomada de decisão, as Emoções na Primeira Impressão, a Experiência no Quotidiano e as Relações interpessoais, o Possível desencadeador de stress, a Vivência da religiosidade e o Coping religioso.*

A primeira questão da entrevista sugere o aparecimento da temática *Autoconhecimento*. Verificamos que, de acordo com a observação de P7., e discurso da mesma, averiguamos que a sua vida é marcada por uma vida de trabalho e também deixa sequelas pelo fato da P7., ter passado o período de racionamento da 2ª guerra (e.g., “Tive uma vida difícil porque na época em que vivi, assisti à guerra, tinha muito medo e até tinha “senhas” para ir buscar a alimentação”).

De seguida, nomeamos a segunda possível temática *Caracterização Sociodemográfica*, em relação à segunda questão, observa-se que, P7., não quis responder a esta questão.

É possível identificarmos uma terceira temática que resulta da interpretação e análise dos resultados, a *Dinâmica e Afetividade Familiar*, onde averiguamos que nunca constitui família, teve um papel muito importante na educação dos irmãos, mas não tem retaguarda familiar (e.g., “Nunca constitui família, teve um papel muito importante na educação dos irmãos, mas não tem retaguarda familiar”).

No que diz respeito a uma quarta temática, *Autonomia na Tomada de Decisão*, constatamos que P7., referiu que como não constituiu família e ninguém a vem visitar pois é solteira e não teve filhos tomou a decisão de vir viver para o lar. Fê-lo porque teve uma depressão e falta de capacidade em decidir sozinha a realização das suas atividades levaram-na a tomar esta decisão (e.g., “Estava num esgotamento e estive na minha prima M* e depois tudo o que vinha detrás e estava isolada o dia todo, ia para o quintal e era uma terapia para mim para matar a solidão, mas como estava muito cansada preferi vir para um lar. Tratei de tudo para vir para aqui”).

Consideramos uma quinta temática, denominada de *Emoções na Primeira Impressão*, onde nos apercebemos que P7., sentiu que aceitou a ida para o lar com normalidade, referindo ainda que uma senhora (sua amiga/prima), lhe telefona com alguma frequência para ir a casa dela, sentindo que vai manter na mesma as suas rotinas (e.g., “Senti-me confortável, pois não tinha a minha casa. Tinha necessidade de ter o apoio que devia ter”).

Em relação à sexta questão da entrevista, é possível considerarmos a resposta dentro da temática *Dinâmica e Afetividade Familiar* pois desde que P7., está no lar, sente conforto e a companhia que não tinha em casa, porém o episódio do AVC do irmão é um fator negativo na sua vida pois este deixou de a vir visitar tal como o fazia até ao momento.

Avançando na compreensão do fenómeno, consideramos a temática *Experiência no Quotidiano* (7ª questão e 8ª questão), podemos observar que P7., não respondeu a estas duas questões.

Na nona temática identificada, *Possível Acontecimento Desencadeador de Stress*, verificamos que, a existência de um esgotamento foi um grave acontecimento de vida que marcou P7., negativamente.

Relativamente a vivência da religiosidade P7., vê na prática religiosa um suporte para a sua vida, existindo uma dimensão espiritual muito forte e presente (e.g., “Neste momento estou-me a sentir muito em abaixo, e aí só peço ao Senhor que me ajude a saber dizer ao médico e que este me ajude. São coisas que estão lá e que eu não sei bem gerir...”).

Encontrando assim, a última temática *coping religioso*, o sentimento de humanidade e de paz que é encontrado pela fé e o amadurecimento da espiritualidade individual proporcionam-lhe a vivência de bem-estar físico e emocional (e.g., “A fé a mim ajuda-me pois rezo pela humanidade, pois há tanto sofrimento no mundo e penso nos meus com certeza. Temos de reconhecer a Deus pelo bem que Deus nos faz. O Espírito Santo está dentro de nós. Rezo por aqueles que me fazem sofrer, próximas ou não. Pois há uns mais chegados do que outros, peço que sejam melhores pessoas”), havendo uma forte ligação entre a prática da religião e da saúde, pois reza principalmente quando está com algum problema de saúde.

Análise da entrevista: Participante 8 (P8): - Sexo masculino, 82 anos

Na entrevista de P8., analisamos como principais temáticas o *Autoconhecimento*, *Caracterização Sociodemográfica*, a *Dinâmica e afetividade familiar*, a *Autonomia na tomada de decisão*, as *Emoções na Primeira Impressão*, a *Experiência no Quotidiano e as Relações interpessoais*, o *Possível desencadeador de stress*, a *Vivência da religiosidade* e o *Coping religioso*.

A primeira questão da entrevista sugere o aparecimento da temática *Autoconhecimento* e, verificamos que, de acordo com a observação de P8., foi relatada uma vida com muito sacrifício e de muito trabalho, de separação familiar devido ao trabalho e à necessidade de obter a independência prematuramente (e.g., “A minha vida dava um romance, como não havia ninguém em casa (após falecimento dos pais), fui emancipado aos 18 anos, morreu a minha mãe e depois o meu pai. Era filho único. Comecei a trabalhar, bem já trabalhava desde os 13 anos. Fui ganhando o dinheiro e pagando as dívidas e no final do ano só devia 10 contos. Depois deu-me uma trombose, assisti ao acidente da mulher do meu patrão e depois fiquei eu só. Depois fui juntando alguns homens e depois fiz trabalhos para França pois na altura as pessoas estavam a emigrar”).

De seguida, nomeamos a segunda possível temática *Caracterização Sociodemográfica*, observa-se que, através da resposta dada por P8., este foi carpinteiro, (e.g., “eu trabalhava na construção civil e gostava muito de trabalhar”).

É possível identificarmos uma terceira temática que resulta da interpretação e análise dos resultados, a *Dinâmica e Afetividade Familiar*, onde averiguamos que P8., aponta desde logo que é viúvo, denotando-se tristeza no seu discurso (e.g., “Infelizmente sou viúvo”). De seguida, diz-nos que a sua constituição familiar é constituída pelo filho e neto que trabalham, o que reflete que a ausência do filho e neto em casa é por causa do trabalho, e pela fragilidade física/saúde (e.g., não tinha condições para ficar sozinho e ficar em casa), não lhes permite seguir P8., em casa.

No que diz respeito a uma quarta temática, *Autonomia na Tomada de Decisão*, através da observação desta resposta, constatamos que P8., expõe que após ter dado uma queda e não ter autonomia juntamente com o filho decidiu ir para o lar, referindo que foi sempre ele que tomou a decisão final e que a retaguarda familiar não conseguia fazer face às suas necessidades e como já conhecia o lar considerou que era a melhor opção (e.g., “Depois de ter caído, como não tinha força para andar, depois de ter estado no hospital vim para aqui depois de três semanas. Vim para aqui numa sexta-feira, pois disse ao meu filho que íamos almoçar e depois ele que me trouxesse para o lar. A decisão foi minha, eu não podia fazer nada em casa, a nora sai de manhã às 7h e entra às 7h da tarde. O meu filho também é carpinteiro. Eu estava “preso” sem falar para ninguém e como já conhecia isto pronto decidi vir para aqui. Já tinha ouvido falar disto”).

Consideramos uma outra provável temática, denominada de *Emoções na Primeira Impressão*, onde nos apercebemos que P8., referiu que é bem tratado e que se sente bem no lar. Para P8., é uma situação normativa da sua vida.

Em relação à sexta questão da entrevista, é possível considerarmos a resposta dentro da temática *Dinâmica e Afetividade Familiar* pois P8., refere a constante preocupação por parte dos filhos (e.g., “Eles perguntam-me, ainda estás aqui? E eu digo-lhes onde é que eu vou? Mas lá me levam a passear/Ai eu não tenho de dizer dos meus filhos, porque estão sempre preocupados comigo...”). Relativamente à sétima questão vemos que P8., não respondeu, e quanto à oitava questão só respondeu que os funcionários gostam dele e que o sentimento é recíproco (e.g., “Os funcionários gostam todos de mim... e eu deles”).

Na nona temática identificada, *Possível Acontecimento Desencadeador de Stress*, verificamos que a morte da mulher é um acontecimento que o marca negativamente, demonstrando uma grande tristeza pela sua perda.

Nas últimas questões, na dimensão *Vivência da religiosidade e o Coping religioso*, P8., não mantém uma boa relação com a Igreja devido a uma zanga que teve com um padre, mas pede a intercessão de Deus pela sua saúde. Dizendo que se sente bem quando vai à missa (e.g., “Tive uma zanga muito grande com um padre e não faz falta eu não falo mal da vida de ninguém, não roubo, não mato e por isso é bom dia e boa tarde e perdi um certo dogma de fé. A Deus peço todos dias saúde, o resto é o que tiver de vir. Rezo todos os dias o terço às 11h. Mas sinto-me muito bem, principalmente, quando vou a missa. Mas vejo isso com normalidade”), os motivos que o levam a rezar a Deus são para pedir mais saúde e viver mais tempo. Confia na intercessão divina para sua saúde e refere que Deus é que decide o tempo de permanência de vida (e.g., “Mas cá estou até quando Ele determinar e vamos para outra vida como todos os nós”).

