

ADAPTAÇÃO DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

MARIA PAULA RODRIGUES SEQUEIRA DE CARVALHO ¹

MARIA OLÍVIA DIAS ²

¹ Directora Técnica da Associação de Infância e Terceira Idade de S. Sebastião, S. Cristóvão, Cinfães – Portugal (e-mail: paulasequeiracarvalho@gmail.com)

² Docente da Universidade Católica Portuguesa e colaboradora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: profaoliviadias@gmail.com)

Resumo

Neste artigo é estudada a adaptação dos idosos institucionalizados. Pretendemos determinar *em que medida as respostas dadas pela instituição e as relações com a família estão associadas à adaptação e expectativas da qualidade de vida do idoso institucionalizado*. O estudo realizado é de natureza qualitativa e quantitativa, correlacional e transversal. Para tal, analisámos uma população de 120 idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Cinfães, no distrito de Viseu, através de um inquérito por questionário, aplicado durante o mês de Novembro de 2009. A variável em estudo refere-se às *condicionantes e características da adaptação do idoso à instituição* e é medida por indicadores quantitativos, isto é, por variáveis independentes de natureza pessoal e sócio-demográficas e por variáveis relativas à experiência do idoso na instituição. Apesar dos elevados níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados pela instituição e às instalações, os idosos inquiridos revelaram níveis de insatisfação e tristeza no que toca ao contexto familiar, à falta de autonomia, à existência de doenças e outras limitações físicas. Verificou-se, ainda, que o meio de onde provêm os idosos tem influência no processo de adaptação, uma vez que são pessoas com uma ligação forte ao local onde nasceram e constituíram família. Foi ainda possível constatar a existência de uma ligação forte entre o ambiente familiar e o processo de adaptação à instituição, sendo o primeiro determinante na integração bem sucedida do idoso.

Palavras-chave: idoso, adaptação, instituição e qualidade de vida.

Abstract

Is this specific article is studied the integration of the institutionalized aged people. Our goal is to determine *in what scale our own measures are given by our Institution and the relationship with families associated, in order to adapt and expect the quality of life of the institutionalized old people*. The realized study is by all means, of quality and quantity nature, correlative and transverse. Following this, we have studied a population of 120 old persons, that are Institutionalized in Santa Casa da Misericórdia de Cinfães, in Viseu, district, through an inquiry, with open and close questions which were putted during the last month of the November 2009. The reference study is concerning “the characteristics and stipulations including the real integration of the old into the Institution”, and is measured by quantitative indicators, that is, by independent variations of personal nature, social-demographic, and also variations concerning the experiment of the old inside the Institution. In spite of the high satisfactory levels, concerning the care given by the Institution and its accommodations, this mentioned old people revealed some insatisfaction and sadness levels, concerning the family structure, and lack of autonomy, maladies, physical and limited conditions. We confirm as well, that where these elderly people come from, have some influence in integration process, because these persons have a very strong connection to the place where they were born, and settled as a family. It was also possible to reveal the existence of a very strong bond between the family circle and the well adapting process to the Institution, being the former quite decisive in the well succeeded integration of the old ones.

Keywords: elderly, adaptation, institution and quality of life.

Introdução

O presente artigo de investigação pretende compreender as dificuldades associadas à adaptação e integração dos idosos quando institucionalizados, bem como trazer à consciência uma realidade que se torna cada vez mais complexa, que aumenta substancialmente de dia para dia, tornando-se necessário que a sociedade e a família

acompanhem esta evolução do envelhecimento para que se obtenham as melhores soluções para os problemas associados à terceira idade. Nesta perspectiva, pretendemos identificar, do ponto de vista do idoso, *se as respostas dadas pela instituição, bem como as relações com a família se associam à adaptação e expectativas da qualidade de vida do idoso institucionalizado.*

Considerando a estrutura familiar moderna e as novas exigências sociais, o idoso, na maior parte dos casos, terá que escolher a instituição, facto que nem sempre significa a solução de sucesso e garantia de bem-estar. A esta mudança associa-se a necessidade de um processo de adaptação para que os idosos beneficiem de uma velhice bem sucedida (Lemos, 2006).

Face a estas realidades o objectivo principal deste estudo consiste em *analisar e identificar os problemas relacionados com os processos de adaptação dos idosos institucionalizados, bem como perceber se o envolvimento da família se reflecte na qualidade de vida que vivem na instituição.* Pretende-se compreender o que motiva a institucionalização do idoso, os factores que influenciam a sua adaptação ao novo meio e que impacto têm no seu bem-estar e qualidade de vida.

A escolha deste tema “*Adaptação dos idosos institucionalizados*” justifica-se pelo facto de a velhice ser um tema caro ao ser humano e algo inevitável que nos faz colocar inúmeras interrogações. A solidão do idoso que se encontra desvinculado do seu meio familiar e social, por um lado, e, perante a necessidade de adaptação a um novo meio, por outro, são questões centrais quando pensamos no idoso institucionalizado (Oliveira, 2006).

Portanto, a investigação foi desenvolvida a partir de uma revisão da literatura, numa primeira parte, e, numa segunda, centrou-se nos resultados obtidos através de um inquérito aplicado directamente a 120 idosos.

Revisão da literatura

Todos sabemos que na actual sociedade pós-moderna e tecnológica, onde a complexidade inerente às mudanças sociais e familiares e onde cada vez mais se valoriza a juventude, a vitalidade e a aparência física, os idosos tendem a ser esquecidos, perdendo o prestígio e a notoriedade de outros tempos. Embora, de acordo com Giddens (2004: 168), tenham ganho um lugar de influência e poder político considerável.

O Estado Providência torna-se o responsável pelo bem-estar e a qualidade dos idosos desprotegidos e desenquadrados de uma estrutura familiar. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde e a Direcção Geral de Saúde, em conjunto com o Ministério da Saúde, têm delineado um conjunto de políticas sociais e programas integrados de apoio permanente à população envelhecida. São eles o *Programa de*

Apoio Integrado a Idosos (PAII), o Programa Idosos em Lar (PILAR) e o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS), definidos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Direcção Geral de Saúde (2008).

É de salientar que o envelhecimento humano não é só um problema demográfico, mas é sobretudo um fenómeno mais complexo que envolve aspectos socioculturais, políticos e económicos em interacção dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjectiva dos indivíduos. Por isso, a reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de previdência social e o aumento das instituições de apoio à velhice são indicadores da preocupação e adaptação social ao fenómeno do envelhecimento. Devem ser estimuladas actividades de tempos livres variadas, contactos afectivos e sociais, relações familiares, formas de apoio e assistência na doença, na alimentação e na higiene.

Por conseguinte, todas as definições que se possam dar nunca serão suficientes para dizer o que na realidade é ser idoso. Há no entanto necessidade de definições para nos entendermos na comunicação. Por isso, a OMS classifica como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento (Imaginário, 2004: 45). Neste trabalho, referimos a uma pessoa idosa para designar indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, quando começam a acentuar-se as maiores alterações físicas, psicológicas e sociais mais significativas (Cabete, 2002: 11).

Os conceitos ligados às palavras velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjectivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais; como substantivo refere-se exclusivamente a pessoas de idade avançada; já como adjectivo no grau comparativo tem apenas um significado cronológico (Morato, 1986:176).

Tendencialmente, associa-se a palavra velho a uma conotação depreciativa, o que leva a que se opte pela palavra idoso. No entanto, para Zimerman (2000: 10) e para os filósofos do passado a expressão velho não é depreciativa, mas até carinhosa, pois velho é sinal de experiência, de sabedoria, de reconhecimento.

A forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento (Paúl, 1997: 11).

De acordo com Berger (1995: 125), “a senescência é um processo natural e não sinónimo de senilidade”. “O envelhecimento é um processo normal, caracterizado pelas modificações anatómicas e fisiológicas produzindo-se entre os 50 e os 60 anos” (Stevens, cit. por Imaginário, 2004: 42). É, portanto, um processo relativo, uma vez que se manifesta e produz em função da saúde e da eficiência do indivíduo.

Os esforços para garantir uma melhoria das condições de vida dos idosos, através das políticas de saúde e prestação de cuidados continuados, têm vindo a contribuir para a definição da pessoa idosa como uma categoria social e economicamente dependente (Dias, 2005). Como lembra Berger (1995: 5), “os idosos representam um grupo heterogéneo com estilos de vida e necessidades variadas (...) a maioria dos idosos é membro activo da sociedade e deseja continuar a sê-lo”.

Portanto, envelhecer é transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser encarada de forma positiva, saudável e proactiva. “Velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível a doenças” (Zimerman, 2000: 19-22).

Fonseca (2003; 2006: 125) realça a questão da saúde física e mental nos idosos, real e percebida, como um aspecto fundamental na análise das condições psicológicas do envelhecimento, nomeadamente a satisfação com a vida e a própria qualidade de vida do idoso.

A OMS define *saúde* como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição reflecte um conceito holístico de saúde, que reconhece não apenas o aspecto físico do envelhecimento, mas também os aspectos sociais e emocionais da saúde (cit. por Imaginário, 2004: 54). Hoje, para além do desejo de viver muitos anos, há uma grande preocupação com a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, encarados como indicadores de qualidade de vida. Não se trata apenas de prevenir o aparecimento de doenças, mas de propiciar sobretudo qualidade de vida em termos de bem-estar físico, funcional, psicológico, psíquico e social.

É neste sentido que a OMS (2005: 13) propôs o conceito de *envelhecimento activo*, como o “processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão directamente relacionadas com a actividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade.

A qualidade de vida dos idosos institucionalizados, além do acolhimento na instituição, depende também do convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem devido ao afastamento destas pessoas. São de suma importância as ligações afectivas próximas.

De acordo com investigações com amostras portuguesas (Fonseca *et al.*, 2005), as redes de suporte social não aparecem significativamente associadas à satisfação de vida dos idosos, mas estão claramente associadas à qualidade de vida percebida no seu todo, reforçando os dados da literatura, onde os aspectos mais valorizados pelos idosos

a residir na comunidade são ter boas relações com a família e os amigos, ter papéis sociais como o voluntariado e a ocupação de tempos livres (Martins, 2010); ter boa saúde e funcionalidade; viver numa boa casa numa zona simpática de boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e a independência.

A ausência de uma rede de apoio familiar capaz de responder às necessidades de autonomia e bem-estar dos mais idosos conduziu ao aparecimento de instituições onde o isolamento dos idosos passa a ser institucionalizado e a velhice encarada como uma espécie de doença social (Lima, 1988: 156). A saída do idoso do seu meio familiar trouxe novos processos de adaptação, que levam a um maior ou menor sofrimento (Imaginário, 2004: 76). A questão da relação do idoso com o espaço é, portanto, fundamental.

Por conseguinte, a institucionalização dos idosos, que é por vezes um *tabu*, envolve valores, responsabilidades, crenças e necessidades. Torna-se uma problemática social e familiar na medida em que é uma questão de difícil gestão porque, associada à institucionalização do idoso, surgem muitas vezes tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, não raras vezes, abandono, isolamento e dificuldades de adaptação ao meio institucional.

A institucionalização significa, por um lado, o acto ou efeito de institucionalizar, e, por outro, os efeitos observados nos idosos que são integrados na instituição (Ferreira, 2002: 393, cit. por Oliveira, 2006: 2). O internamento do idoso numa instituição de longa permanência pode apresentar-se como única opção da família, frente à não disponibilidade do suporte familiar, financeiro e psicológico que o mesmo necessita. Nestas instituições, o idoso vive na forma de internato, por tempo determinado ou não.

É cada vez mais consensual a necessidade de manter as pessoas activas no seu meio social, tendo em atenção o seu melhor equilíbrio físico, psíquico e social. Neste sentido, até se questiona se a institucionalização dos idosos propicia este equilíbrio saudável entre as condições biológicas e as exigências do meio (Casanova, 2001: 39).

Um estudo realizado em 1999 (Coimbra *et al.*: 32) pretendeu comparar a qualidade de vida entre 33 idosos institucionalizados no Centro Paroquial e Social de Côja (no concelho de Arganil, distrito de Coimbra) e 36 idosos que recebiam apoio domiciliário ao nível da alimentação e/ou higiene. Os autores concluíram que não existia uma diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida entre os idosos residentes no domicílio e os residentes no Lar, embora a qualidade de vida dos residentes no domicílio seja ligeiramente mais elevada que a dos residentes no Lar.

Uma das questões que se levanta quando pensamos na institucionalização do idoso é a adaptação. A institucionalização do idoso implica um processo de adaptação e, visto que essa capacidade vai diminuindo com a idade, concluímos, portanto, que as

probabilidades de desajustamentos são cada vez maiores. Para autores como Bruchon-Schweizer, Quintard, Nouissier e Paulhan (1994), (cit. por Cabete, 2002: 28) a síndrome da não adaptação agrupa cognições, emoções e comportamentos que se traduzem em pessimismo, impotência, desespero, perda de controlo, falta de suporte social e dependência.

Os três mecanismos de adaptação são de natureza morfológica, fisiológica ou comportamental. As adaptações morfológicas advêm de alterações ecológicas e as adaptações fisiológicas correspondem a alterações de certas funções ou da actividade metabólica geral dos organismos. As adaptações morfológicas e fisiológicas constituem estratégias de tolerância aos factores ambientais, actuando como processos reguladores. Uma outra estratégia de adaptação consiste em evitar as limitações do meio, por adaptação do ciclo de vida ou do comportamento (Oliveira, 2007: 92).

O idoso é confrontado com uma realidade completamente nova e com a qual pode não estar apto para lidar (Lemos, 2005: 62).

Segundo Santos, citado por Lemos (2005), quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que a institucionalização promove o isolamento social e a inactividade física. Para que a integração do idoso seja positiva é necessário considerar as relações pessoais internas, ou seja, as que se estabelecem entre os idosos e os restantes utentes, bem como com o pessoal que tem a seu cargo os idosos. É igualmente importante, para a integração do idoso na instituição, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos. É importante que o idoso saiba que se preocupam com ele e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão do idoso.

Considera-se que o idoso apresenta uma boa adaptação se supera com eficiência as suas dificuldades, resolve os conflitos e consegue satisfações e realizações socialmente aceitáveis. Se, pelo contrário, vive sentimentos de medo, dependência, descontentamento, ansiedade, inferioridade, apatia e isolamento, então, estamos perante uma má adaptação (Bromley, cit. por Agostinho, 2004: 35).

A questão da satisfação de vida dos idosos na instituição prende-se com a avaliação que se faz da vida como um todo. Nesta perspectiva, Constança Paúl (1992: 62) realça a falta de consenso em relação aos problemas ligados à distinção entre satisfação de vida e constructos de bem-estar, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações. Para Fonseca (2006: 142), estamos perante conceitos multidimensionais que integram elementos diferentes como atitudes, traços de personalidade e afectos. Reconhece-se a importância das teorias biológicas, mas, no nosso caso, valorizamos as teorias psicológicas e sociológicas por nos parecerem as que melhor explicam os comportamentos dos idosos e a relação entre os seus

comportamentos e a adaptação às instituições. Como refere Oliveira (2006: 30), a complexidade e o desenvolvimento exigem uma abordagem multidisciplinar.

Metodologia

O desenho do presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação que utiliza uma metodologia de natureza qualitativa, através da revisão da literatura, que trata do problema que envolve a adaptação dos idosos institucionalizados, por um lado, e uma metodologia quantitativa que envolve a recolha de informação empírica, através de um questionário aplicado directamente a 120 idosos.

A pergunta donde partimos, que funciona como o primeiro fio condutor de toda a investigação, incide sobre o perfil do idoso institucionalizado e vem assim definida: *Em que medida as respostas dadas pela instituição e as relações com a família estão associadas à adaptação e expectativas da qualidade de vida do idoso institucionalizado?*

Para verificar esta questão, tornou-se necessário definir, por um lado, os objectivos a atingir, e, por outro, formular as hipóteses que permitam responder ao problema. Como objectivos da investigação pretendeu-se caracterizar os idosos institucionalizados na Casa da Misericórdia de Cinfães do distrito de Viseu, analisar e identificar os problemas relacionados com os processos de adaptação dos idosos institucionalizados.

As hipóteses definidas foram: 1) As variáveis sócio-demográficas têm influência na adaptação do idoso à instituição; 2) As relações positivas com os colaboradores da instituição e os outros residentes contribuem para uma melhor integração/isolamento do idoso; 3) Existe relação entre o nível de dependência do idoso e a adaptação à instituição; 4) O tempo e o motivo do internamento na instituição influenciam o processo de adaptação do idoso.

Foram seleccionadas como variáveis independentes, as que explicam a adaptação do idoso à instituição, as seguintes: sexo, idade, estado civil, zona de residência de proveniência, nível de instrução, profissão, nível económico, vivências/experiências face à instituição, razão da institucionalização, frequência com que o idoso estabelece relações com a família, relações com os outros residentes e colaboradores da instituição, bem-estar e qualidade de vida do idoso, expectativas e frustrações. Para as variáveis dependentes, (Dias, 2010: 55 ss), foram seleccionadas as condicionantes e características da adaptação do idoso à instituição.

Esta variável, “condicionantes e características da adaptação do idoso à instituição”, não medida directamente, recorre a indicadores qualitativos e quantitativos e vem decomposta em três domínios de operacionalização: 1) ambiente institucional; 2) desenvolvimento pessoal e relações interpessoais; 3) relações familiares. (Quadro 1).

Quadro 1 - Operacionalização da variável “condicionantes e características da adaptação do idoso à instituição

Domínios	Facetas incorporadas nos domínios e variáveis em estudo
Ambiente Institucional	O tempo de permanência na instituição O motivo de internamento O respeito pela privacidade do idoso O tipo de relações com os colaboradores Principais dificuldades sentidas pelo idoso na instituição Os níveis de satisfação do idoso com os cuidados prestados pela instituição Melhorias sentidas pelo idoso em relação à instituição
Desenvolvimento Pessoal e Relações Interpessoais	O tipo de doença e as necessidades do idoso Tipo de relações com outros residentes Sinais de autonomia Sinais de isolamento e tristeza Actividades de ocupação de tempos livres do idoso Conceito de qualidade de vida para o idoso Melhorias sentidas na sua vida
Relações Familiares	A presença ou a ausência do cônjuge Composição do agregado familiar Percepção do idoso em relação à sua família Principais dificuldades vividas na família Melhorias sentidas em relação à sua família

Com estas características pretende-se medir a motivação, o tempo do internamento, as relações familiares, a percepção e as expectativas do idoso em relação à família e à instituição, bem como a própria condição situacional que viveu e vive actualmente. São igualmente estudados os sinais de saúde e autonomia, bem-estar, conforto e qualidade de vida, assim como as relações interpessoais que mantém com a família e com os colaboradores da instituição.

A população alvo foram os 120 idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Cinfães, conscientes e orientados para responder ao questionário. Foram excluídos 7 idosos por considerarmos que não reuniam as capacidades mentais e físicas necessárias para responder ao inquérito com autodeterminação e autonomia.

O instrumento de recolha de dados utilizado nesta investigação empírica foi um questionário com 44 questões, aplicado através da entrevista directa aos idosos que se disponibilizaram a responder. Recorreu-se ao programa SPSS versão 17 para o tratamento estatístico. Aplicou-se o coeficiente de alfa de Cronbach para medir a variância, devido à heterogeneidade dos itens, e o T-test e Anova para verificar as hipóteses.

Análise dos resultados

Considerando o conjunto dos idosos entrevistados, verificamos que são maioritariamente do sexo feminino (62,5%). Em relação ao estado civil 52,5% são

viúvos e um número significativo de 32,5% de idosos solteiros; o nível de escolaridade é baixo, 75% dos idosos não sabe ler nem escrever; 15,8% possui o ensino básico incompleto e apenas 9,2% completaram este ciclo. Em relação à idade verificamos que 55,8% tem entre 75 e 84 anos, seguido de 30% na classe dos 65 aos 74 anos, e 14,3% tem mais de 85anos. A actividade profissional exercida foi, prevalentemente, a agricultura com 35%; seguindo-se com 12,5% costureiras; 11,7% donas de casa; os restantes distribuem-se por várias profissões com valores pouco significativos, quase concentrados na indústria. A maioria dos idosos (95%) tinha residência no distrito de Viseu antes da integração na instituição e eram provenientes do meio rural 95.8% e 4.2% do meio urbano. Quanto ao rendimento, 67,5% situa-se entre 201 e 300 euros; entre 301 e 400 euros 16,7% e apenas 10,8% entre 401 e 500 euros. Como se pode observar, os idosos inquiridos têm rendimentos muito baixos, vivem de reformas baixas 95% e 5% de pensões. Mesmo assim, 47,5% diz que é razoável e 41,7% que é insuficiente, para 10% é muito bom e para 9,2% muito bom. Em relação à dependência, 40,1% são autónomos e parcialmente dependentes, enquanto 59,9% ou são dependentes ou muito dependentes. Em relação ao tempo de permanência, 61,7% já reside na instituição há mais de 5 anos e 9,2% há mais de 20 anos. O motivo de internamento é a falta de apoio familiar para 28%, a falta de habitação condigna para 25%, os recursos económicos para 20% e dificuldade em auto-cuidar-se para 16,7%. A iniciativa de internamento pertence aos familiares em 49,2% e em 39,2% ao próprio. Para 76,7% dos idosos o lar preocupa-se muito e bastante com eles. As relações com as pessoas no lar são muito boas para 42,5%, boas para 40% e apenas 1,7% dizem ser más. A alimentação é muito boa para 50% e boa para 48,3%, sendo má para 1,7%. Quanto à satisfação com o acolhimento, todos os idosos (100%) estão satisfeitos com o acolhimento, as instalações, os serviços prestados e com a qualidade de vida na instituição, que responde assim às necessidades básicas dos idosos. São 67% os que não se sentem abandonados, 51,7% não se sente isolado, 54,2% sente-se compreendido, sendo que 17,5% e 18,3% consideram-se, respectivamente, muito e bastante incompreendidos. A maioria dos idosos (95%) considera satisfatória a presença da família na sua vida, apenas 5% não estão satisfeitos com a presença da família. Para 30,7% a família preocupa-se muito com eles, enquanto 28,1% entende que a família se preocupa bastante, mas para 22,8% não se preocupa nada. As visitas da família são semanais para 26,3%, quinzenais para 24,6%, para 21,9% são mensais, para 13,2% anuais e 8,8% não têm visitas da família.

Após esta análise descritiva apresentamos os resultados mais significativos, de forma a verificar a relação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes e testarmos as hipóteses em estudo. Deste modo, formulámos as associações que se seguem, na tentativa de encontrar algumas diferenças estatisticamente significativas

entre as variáveis em causa. Construiu-se uma escala simples do idoso, com base nos resultados obtidos através do questionário, para permitir avaliar a “Adaptação dos Idosos à Instituição”, através das correlações válidas entre as variáveis independentes e dependentes. A escala elaborada compreende, por um lado, aspectos de Integração/Relacionamento observados e, por outro, sentimentos de Integração/Abandono, registados no estudo da população. Foram considerados os seguintes itens:

- a) Tipo de relação que tem com os colaboradores da instituição;
- b) Tipo de relação que tem com os outros residentes da instituição;
- c) Sente falta de companhia;
- d) Sente-se como se ninguém o compreendesse;
- e) Sente-se abandonado;
- f) Sente-se isolado das outras pessoas.

Sendo que as variáveis referentes à relação do idoso com os colaboradores da instituição e ao tipo de relação com os outros idosos residentes constituiriam a subescala Integração/Relacionamento. As variáveis referentes aos sentimentos de falta de companhia, incompreensão, abandono e isolamento constituiriam a subescala Integração/ Abandono.

Avaliou-se, posteriormente, a consistência interna do conjunto dos itens seleccionados, através de uma análise factorial com o método das componentes principais e rotação *varimax*, com o objectivo de verificar se a escala poderia apresentar mais que um factor, ou subescalas, e determinar até que ponto a remoção de um dos itens contribuía para o aumento da consistência interna do conjunto.

Começámos por analisar a consistência interna dos itens referentes à adaptação, verificando, de acordo com o valor de Alpha de Cronbach obtido, a existência de uma razoável consistência entre os itens ($\alpha = 0,723$). Este teste estatístico analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são, ou não, iguais entre si. É uma extensão do Teste T- student pois permite comparar duas ou mais médias (Pestana & Gageiro, 2005).

Verificou-se que a exclusão dos itens a) e b) representaria alterações significativas na consistência interna da Escala de Adaptação do Idoso à Instituição, aumentando a consistência de 0,723 para 0,794. No entanto, optou-se pela inclusão dos referidos itens, por serem considerados igualmente reveladores do tipo de vivência do idoso na instituição e, portanto, da adaptação deste à instituição. O cuidador formal, por um lado, e, por outro, a rede de relações interpessoais que o idoso mantém, contribuem positivamente e interferem na sua qualidade de vida e na capacidade de aceitação e

adaptação a um novo meio. A consistência interna da Escala de Adaptação do Idoso à Instituição encontra-se discriminada na tabela 1.

Tabela 1 - Consistência interna dos itens da escala de Adaptação do Idoso à Instituição

Adaptação à Instituição	Cronbach's Alpha se Item Excluído	Cronbach's Alpha
Item a)	0.794	
Item b)	0.794	
Item c)	0.607	0.723
Item d)	0.577	
Item e)	0.631	
Item e)	0.601	

O valor de Alpha de Cronbach, considerando todos os itens da Escala, é de 0,723. Foram calculados igualmente os valores de Alpha de Cronbach num cenário de exclusão de cada um dos itens. Assim, verificamos que a remoção do item a) e b) permitiria obter o valor de $\alpha = 0,794$, um valor de consistência interna superior. De modo diferente, a remoção dos itens c), e) e f) diminuiria o valor de Alpha de Cronbach em 0,1. Se excluíssemos o item d), referente ao sentimento 'incompreensão', a consistência interna da Escala de Adaptação do Idoso à Instituição diminuiria o valor de Alpha de Cronbach em 0,2 ($\alpha = 0,577$).

Após verificar a consistência interna dos itens definidos para avaliar a Adaptação do Idoso à Instituição, recorreu-se a análise factorial, tendo-se constatado que as variáveis em questão se apresentam adequadas para a realização de uma análise factorial, tendo em conta o resultado do Teste Kaiser-Meyer-Olkin KMO (Kmo=0,734), que significa uma adequabilidade média das variáveis em questão ao processo de análise factorial.

O Teste KMO é uma estatística que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, que pode ser atribuída a um factor comum. Portanto, quanto mais próximo de 1 (unidade) melhor o resultado, ou seja, mais adequada é a amostra à aplicação da análise factorial (Maroco, 2007). Esta medida estatística varia entre 0 e 1, sendo que a consistência interna é considerada Muito Boa se alpha superior a 0,9; Boa para alpha entre 0,8 e 0,9; Razoável se alpha entre 0,7 e 0,8; Fraca se alpha entre 0,6 e 0,7; Mediocre para alpha <0,6 (Pestana & Gageiro, 2005).

Para selecção dos factores a extrair, recorreu-se à análise dos factores que apresentam um valor próprio ou *eigenvalue* superior a 1, tendo-se obtido como tal dois factores que representam 88,594 da variância total da Escala. Sendo que 85,594%

representa os factores considerados na Escala de Adaptação do Idoso à Instituição e a restante percentagem (3,000%) é explicativa de outros possíveis factores não mensuráveis neste estudo de caso.

O processo de rotação *Varimax* permitiu verificar que o factor 1 seria constituído pelos itens c), d), e) e f) que explicam 57,27 % do processo de adaptação do idoso, denominado subescala de Sentimentos de Abandono/Isolamento, e o factor 2 seria definido pelos itens a) e b) que representam 31,32% da adaptação, sendo este factor denominado subescala de Integração/Relacionamento.

O Método de rotação de variáveis ortogonal pretende que para cada componente principal existam apenas alguns pesos significativos e todos os outros sejam próximos de zero, sendo o principal objectivo maximizar a variação entre os pesos de cada componente principal (Reis, 2001). O objectivo deste método é, portanto, obter uma estrutura factorial em que apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único factor e pouco associada com os restantes factores (Maroco, 2007).

Os resultados obtidos da análise factorial estão expostos na tabela 2. Foi calculado o peso factorial para cada um dos itens, assim como a respectiva percentagem de variação. O item d) surge com o maior peso factorial 0,967, de entre o conjunto dos itens considerados. Depois surgem os itens a) e b) com o peso factorial de 0,960. À excepção do item e), com um peso factorial de 0,871, todos os itens registam um valor factorial superior a 0,9. A Escala de Adaptação do Idoso à Instituição elaborada reúne, assim, uma variância acumulada de 88,594% (tabela 2).

Tabela 2 - Análise factorial da Escala de Adaptação do Idoso à Instituição

Escala de Adaptação do Idoso à Instituição	Variáveis explicativas	Peso factorial	% Variação	% Acumulada
Subescala de Sentimentos de Isolamento/Abandono	Item c)	0,937	57,270	57,270
	Item d)	0,967		
	Item e)	0,871		
	Item f)	0,920		
Subescala de Integração/Relacionamento Interpessoal	Item a)	0,960	31,324	88,594
	Item b)	0,960		

Considerando agora a Escala de Adaptação do Idoso definida, verificámos para cada uma das subescalas o valor de de Alpha de Cronbach. A análise da consistência

interna dos itens relativos à subescala Sentimentos de Isolamento/Abandono revelou-se, de acordo com o *alpha* obtido ($\alpha= 0,945$), muito boa, o mesmo se tendo verificado em relação à subescala Integração/Relacionamento Interpessoal ($\alpha= 0,926$).

Verificámos também, tal como o exposto na tabela 3, que a remoção de um dos itens, quer da subescala Sentimentos de Isolamento/Abandono, quer da subescala Integração/Relacionamento Interpessoal, não alteraria a consistência da Escala, optando-se, deste modo, por manter a estrutura original dos itens (tabela 3).

Tabela 3 - Consistência interna dos itens das Subescalas Sentimentos de Isolamento/Abandono e Integração/Relacionamento Interpessoal

Sentimentos de Isolamento/Abandono	Cronbach's Alpha se Item Excluído	Cronbach's Alpha
Item c)	0.922	0.945
Item d)	0.906	
Item e)	0.950	
Item f)	0.932	
Integração/Relacionamento Interpessoal	Cronbach's Alpha se Item apagado	Cronbach's Alpha
Item a)	-	0.926
Item b)	-	

Uma vez verificada a consistência e o peso factorial da Escala Adaptação do Idoso à Instituição, procedeu-se à análise descritiva da mesma e respectivas subescalas, adoptando-se a associação de resultados superiores a uma melhor adaptação, como critério de avaliação. Assim, quanto maior o valor obtido pela Escala, maior é a adaptação dos idosos à instituição, o mesmo acontecendo com a subescala Integração/Relacionamento. Em relação à subescala Sentimentos de Isolamento/Abandono, quanto maior o valor obtido, menor é a adaptação do idoso à instituição.

Deste modo os itens relativos às subescalas seriam cotados da seguinte forma: *Integração/Relacionamento*: 5 – Muito; 4 – Bastante; 3 – Suficiente; 2 – Pouco; 1 – Muito Pouco. *Isolamento/Abandono*: 1 – Muito; 2- Bastante; 3 – Pouco; 4 – Muito Pouco. A adaptação seria, assim, definida como a associação de baixos sentimentos de isolamento e abandono e alta capacidade de integração e relacionamento interpessoal (tabela 4).

Tabela 4 - Análise das medidas de tendência central e dispersão da Escala Adaptação do Idoso à Instituição e respectivas Subescalas.

Escala e Sub-escalas	N	M	Dp	Min	Max
Adaptação do Idoso à Instituição	120	20,72	4,72	6	26
Sentimento Isolamento/Abandono	120	12,63	3,94	4	16
Integração/Relacionamento	120	8,09	1,94	2	10

A análise dos dados obtidos permite verificar que os idosos se encontram em geral adaptados à instituição, isto porque a média dos resultados da adaptação (M=20,72; Dp=4,72) encontra-se próxima do valor mediano observado de 16. Este valor é resultado do valor mediano da escala, cujo mínimo possível é 6 e o máximo 26: $[(26+6)/2] = 16$.

Relativamente à sua integração e relacionamento com os outros na instituição, nota-se que o valor médio obtido (M=8,09; Dp=1,94) se apresenta ligeiramente acima do valor mediano de 6, significando que os indivíduos apresentam boas relações interpessoais com os demais membros presentes na instituição.

Da análise da subescala isolamento/abandono verifica-se que os idosos se sentem pouco isolados e abandonados, tendo em conta o valor médio obtido (M=12,63; Dp=3,94) que se encontra acima do valor mediano de 10, considerando neste caso que quanto maior for o valor obtido, maior é a ausência de sentimentos de isolamento e abandono.

Posteriormente, recorreu-se a testes de comparação de médias (T-test e Anova). de forma a testar as diversas hipóteses em estudo. O Teste T é utilizado sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e se desconhecem as respectivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2005). Serve assim para verificar se as diferenças de médias entre duas amostras populacionais são, ou não, significativas (Maroco, 2007). O valor do *Teste t* é apresentado por *t*.

A ANOVA é um Teste estatístico que analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. É uma extensão do teste T pois permite comparar duas ou mais médias (Pestana e Gageiro, 2005). O valor do teste Anova é apresentado por F.

Para verificar as hipóteses é determinado o valor de *p*, ou seja, o valor relativo à probabilidade de significância (estipulada para 5% ou $p < 0,05$). Este valor permite verificar se os resultados relativos às hipóteses são significativos, ou seja, se o valor de *p* é inferior a 5% ($p < 0,05$) significa que um valor médio é superior aos outros e,

portanto, a hipótese verifica-se; se, por outro lado, o valor de p é superior a 5% ($p > 0,05$) significa que não existem diferenças entre os valores médios, logo, a hipótese não se verifica.

A primeira hipótese pretendia saber se as variáveis sócio-demográficas dos idosos tinham influência na sua adaptação à Instituição (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise das médias relativas a adaptação dos idosos em função das variáveis sócio demográficas

	401-500	23.7692	2.68185		
Adaptação	Sexo	M	Dp	t	p
	Masculino	19,31	4,84	-4,994	0,000
	Feminino	23,09	3,42		
	Idade	M	Dp	F	p
	64-74 anos	19,56	5,65		
	75-84 anos	20,98	4,37	2,042	0,134
	85 e mais anos	22,18	3,45		
	Estado Civil	M	Dp	F	p
	Solteiro(a)	19,10	5,46		
	Casado(a)	21,90	3,69	2,533	0,060
	Separado(a)	22,14	3,13		
	Viúvo(a)	21,41	4,30		
	Nível de Escolaridade	M	DP	F	p
	Não sabe ler nem escrever	21,09	4,37		
	1º Ciclo ensino básico incompleto	18,63	6,05	2,281	0,107
	1º Ciclo ensino básico completo	21,36	4,38		
	Área Profissional	M	Dp	F	p
	Agricultores e trabalhadores Qualificados na Agricultura e Pescas	20,59	4,80		
	Trabalhadores não Qualificados	19,27	4,07		
	Operadores de Instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	19,12	4,70	0,607	0,725
	Operários, artífices e trabalhadores similares	21,62	4,94		
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	20,00	6,06		
	Doméstica	20,85	4,05		
	Desempregado (a)	22,00	4,96		
	Rendimento	M	Dp	F	p
	Menos de 200	18.6000	6.34823	2,421	0,070
	201-300	20.3293	4.77663		
	301-400	20.9000	4.61006		

De forma a testar a primeira hipótese, recorreu-se ao teste t para amostras independentes, de modo a verificar se a adaptação dos indivíduos variava em função do seu sexo, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas ($t=-4,994$; $p=0,000$). Os idosos do sexo feminino encontram-se mais adaptados à instituição ($M=23,08$; $Dp=3,42$) do que os do sexo Masculino ($M=19,31$; $Dp=4,84$).

O recurso ao teste Anova permitiu testar se a adaptação dos idosos varia em função da sua idade, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($F=2,042$; $p=0,134$). Portanto, não é possível verificar que, na população estudada, um determinado grupo etário de indivíduos se encontre melhor adaptado do que outro grupo.

O Estado Civil surge como não tendo influência na adaptação do idoso à instituição ($F=2,533$; $p=0,060$). Não existe nenhum grupo de idosos pertencentes a um determinado estado civil que se apresente mais adaptado que os outros.

Em relação ao nível de escolaridade, verificou-se que nenhum dos idosos com determinado nível de escolaridade se adapta mais facilmente à instituição que os demais ($F=2,281$; $p=0,107$).

Quanto à profissão, os resultados da aplicação do teste Anova permitem verificar que não existe um grupo profissional, um conjunto de idosos que tenham desempenhado funções em determinada profissão e que se apresente mais adaptado à instituição do que os idosos que desempenharam funções numa área diversa ($F=0,607$; $p=0,725$).

Sobre os valores de rendimento ($F=2,421$; $p=0,070$), nenhum grupo de idosos que tivesse um determinado rendimento económico antes de entrar na instituição se apresenta mais adaptado que os restantes.

Estes resultados, conjuntamente com a tabela 5, permitem verificar que a hipótese 1 não se verifica, uma vez que a adaptação não se apresenta diferente em função das variáveis sócio demográficas em análise, exceção feita ao sexo dos inquiridos.

A segunda hipótese queria verificar se as relações positivas com os colaboradores da instituição e os outros residentes contribuem para uma melhor integração/isolamento do idoso (tabela 6).

Tabela 6 - Análise dos resultados médios relativos à integração e relacionamento dos idosos com os outros em função do seu nível de dependência

		M	Dp	F	p
Integração/Relacionamento	Nível de Dependencia				
	Autónomo	8.35	2.17		
	Parcialmente Dependente	7.86	2.23	0,350	0,790
	Dependente	8.04	1.43		
Muito Dependente	8.00	1.82			

De forma a testar esta hipótese recorreu-se novamente ao teste Anova, não sendo possível verificar diferenças estatisticamente significativas ao nível do relacionamento dos idosos com os outros ($F=0,350$; $p=0,790$). Este resultado significa que nenhum grupo de idosos com determinado grau de dependência se relaciona melhor ou pior com os demais, conforme os resultados expostos na tabela 6, rejeitando-se deste modo a hipótese levantada.

A terceira hipótese tinha como objectivo verificar a existência de relação entre o nível de dependência do idoso e a adaptação à instituição. Procedemos, então, ao cruzamento da variável nível de dependência com as duas subescalas de adaptação, de forma a verificar se existe uma relação entre o nível de dependência do idoso e os sentimentos de isolamento e abandono, por um lado, e entre o nível de dependência e o relacionamento com os colaboradores da instituição e os outros residentes, por outro lado (tabela 7).

Tabela 7 - Relação entre nível de dependência e os sentimentos de isolamento/abandono

		M	Dp	F	p
Sub-escala Sentimentos Isolamento/Abandono	Nível de Dependência				
	Autónomo	13.18	4.25		
	Parcialmente Dependente	12.31	3.89	0,568	0,637
	Dependente	12.95	3.40		
Muito Dependente	12.10	4.02			

Primeiramente, verificámos a relação entre o nível de dependência do idoso e os sentimentos de isolamento/abandono, tendo-se constatado que não existe uma relação significativa entre as duas variáveis ($F=0,568$; $p=0,637$). Nenhum grupo de idosos com determinado grau de dependência apresenta menos sintomas de isolamento e abandono que os demais grupos, conforme o exposto na tabela 8.

Tabela 8 - Relação entre nível de dependência e o relacionamento com os outros

Subescala Integração/Relacionamento	Nível de Dependência	N	M	Dp	F	p
	Autónomo	37	3.65	2.18	0,431	0,731
Parcialmente Dependente	22	4.13	2.23			
Dependente	22	3.68	1.17			
Muito dependente	39	4.00	1.82			

Para verificar se o nível de dependência do idoso é determinado de alguma forma pelo relacionamento com os outros residentes e os colaboradores utilizámos a subescala integração/relacionamento, não sendo possível obter resultados estatisticamente significativos ($F=0,431$; $p=0,731$). Portanto, a terceira hipótese levantada não se verifica na população estudada.

Finalmente, a quarta hipótese pretendia determinar se o tempo e o motivo de internamento na instituição influenciam o processo de adaptação do idoso (tabela 9).

Tabela 9 - Resultados médios relativos à adaptação dos idosos de acordo com o tempo na instituição e aos motivos de internamento

	Tempo na Instituição	N	M	Dp	F	p
	Adaptação	5 ou menos anos	73	21.03	4.58	1,588
6 a 10 anos		21	20.28	4.59		
11 a 15 anos		12	19.58	6.34		
16 a 20 anos		3	26.00	0.00		
Motivos do Internamento		N	M	Dp	F	
Dificuldade em auto-cuidar-se	20	17.60	5.58	3,083	0,012	
Falta de recursos económicos	24	21.12	4.45			
Falta de habitação condign	30	21.06	4.16			
Não tem família	7	21.00	4.47			
Falta de apoio familiar	27	22.66	3.59			
Prefere viver na Instituição	12	19.75	5.51			

Não foi possível verificar diferenças ao nível da adaptação dos idosos em função do tempo de permanência na instituição ($F=1,588$, $p=0,197$), não se podendo, deste modo, afirmar que um determinado conjunto de idosos que se encontra na instituição há mais tempo se apresenta mais adaptado.

O mesmo já não se pode dizer em relação aos motivos do seu internamento, que parecem ser a variável explicativa das mudanças ao nível da adaptação do idoso, ($F=3,083$, $p=0,012$), sendo que os idosos que se encontram na instituição por falta de apoio familiar se consideram mais adaptados ($M=22,66$; $Dp=3,59$). Esta diferença é significativa, de acordo com o teste post hoc LSD de comparação múltipla de médias, em relação, por exemplo, ao grupo de idosos que refere estar internado por ter dificuldades em auto-cuidar-se ($p=0,000$).

O teste post hoc LSD é utilizado para comparar os valores médios, quando se verifica entre eles significância no teste Anova. O objectivo é verificar se existem diferenças entre os valores médios.

Os resultados relativos às diferenças na adaptação dos idosos em função do tempo e do motivo do internamento encontram-se descritos na tabela 10 e permitem confirmar a hipótese.

Tabela 10 - Comparação múltipla de médias (Teste LSD)

(a) motivo de internamento	(b) motivo de internamento	Diferença de médias (a-b)	p
Dificuldade em auto-cuidar-se	Falta de recursos económicos	-3.52*	0.011
	Falta de habitação condigna	-3.46*	0.009
	Não tem família	-3.40	0.090
	Falta de apoio familiar	-5.07*	0.000
	Prefere viver na Instituição	-2.15	0.196
Falta de apoio familiar	Dificuldade em auto-cuidar-se	5.07*	0.000
	Falta de recursos económicos	1.54	0.228
	Falta de habitação condigna	1.60	0.186
	Não tem família	1.66	0.388
	Prefere viver na Instituição	2.92	0.066

O grupo de idosos que apresenta como motivo do internamento as dificuldades em auto-cuidar-se é o que se encontra menos adaptado, sendo essas diferenças significativas em relação ao grupo que se encontra na instituição por falta de recursos

económicos ($p=0,011$) e ao grupo cujo motivo de estar na instituição se prende com a falta de habitação ($p=0,009$).

Por outro lado, os idosos que se encontram na instituição por falta de apoio familiar surgem como os melhor adaptados ($p=0,000$), seguidos dos que indicaram que preferem viver na instituição ($p=0,066$).

Considerações finais

O presente estudo tinha como objectivo determinar quais as condicionantes da adaptação do idoso à instituição, ou seja, quais os factores relacionados com os processos de adaptação dos idosos institucionalizados. A população estudada, 120 idosos, de origem humilde, nível de escolaridade baixo, profissões pouco classificadas, poucos rendimentos, vivem apenas de reformas e pensões bastante baixas. O exercício de profissões menos classificadas por estes idosos fez-nos perceber como a qualidade ou não das suas vidas antes da institucionalização se repercute na maior ou menor satisfação com os serviços da instituição. Existe uma maioria que se encontra satisfeita, tanto na integração, como, depois, na adaptação.

Um dos factores que surgem como tendo uma maior influência no processo de adaptação do idoso à instituição é o motivo do internamento. O teste de LSD permitiu verificar diferenças significativas entre os valores médios. Assim, constatamos que os idosos cujo motivo do internamento se prende com dificuldades em auto-cuidar-se são os que se encontram menos adaptados ($p=0,000$). Estas diferenças são significativas face ao grupo que se encontra na instituição por falta de recursos económicos ($p=0,011$) e ao grupo cujo motivo de permanência na instituição se prende com a falta de habitação ($p=0,009$). Por outro lado, os idosos com falta de apoio familiar mostram-se melhor adaptados à instituição ($p=0,000$).

Era expectável, pelo estudo da literatura, que as relações familiares afectassem, positiva ou negativamente, a adaptação do idoso à instituição e as respostas que este daria ao seu novo meio. Nesta população em específico, a ausência da família e a falta de apoio familiar não determinam um processo de adaptação mais difícil. A questão da autonomia parece ser uma questão nuclear para o bem-estar do idoso e para a sua adaptação ao novo meio. Os idosos valorizam sobretudo a sua autonomia, o que pode ser interpretado como o resultado de um passado, na maioria dos casos, ligado à terra, à agricultura e, portanto, com uma conotação de força física, autonomia e liberdade bastante presente. Para estes idosos, o abandono do lar, onde viveram durante uma grande parte da sua vida, e a adaptação a um novo meio representa uma profunda alteração de papéis sociais: deixa de ser o patriarca ou a matriarca da família e deixa, igualmente, de lhe ser reconhecida autonomia e liberdade totais.

Por fim, quisemos verificar se as relações positivas com os colaboradores da instituição e os outros idosos residentes poderia facilitar, ou eventualmente dificultar, a adaptação do idoso à instituição. Verificámos que não existem diferenças significativas entre os valores médios, ou seja, os idosos com melhores relações na instituição não surgiam como tendo uma adaptação mais fácil e bem sucedida que os idosos com relações mais fortuitas.

Este estudo permitiu verificar que, no que toca às relações interpessoais na instituição, as respostas foram variadas. Alguns idosos tinham muito boas relações, com os outros residentes e com os seus cuidadores, enquanto outros classificaram as suas relações como más, ou muito más. Acreditamos que a natureza e a qualidade das relações interferem, de facto, na vida dos idosos, mas nesta análise especificamente não foi possível estabelecer uma relação directa entre o tipo de relações do idoso e o processo de adaptação à instituição.

Talvez a homogeneidade da população estudada, a sua origem e contexto, expliquem o facto de não se terem verificado relações significativas entre as variáveis em estudo. Neste sentido, seria interessante analisar as mesmas variáveis noutra instituição de idosos, nomeadamente numa instituição privada, e numa população mais alargada, utilizando o mesmo instrumento de recolha de dados e a mesma escala, de forma a verificar se existem diferenças significativas entre os resultados obtidos.

Da análise inferencial verificou-se que não existe uma relação significativa entre os factores sócio-demográficos, o nível de dependência do idoso, as relações interpessoais e a adaptação à instituição. A variável que surge como relevante e significativa no processo de adaptação à instituição é o motivo do internamento. Os idosos que se encontram internados por incapacidade de se auto-cuidarem, porque deixaram de ser autónomos e de reunirem condições de autonomia, são os que se apresentam menos adaptados à instituição. As mulheres surgem melhor adaptadas que os homens, verificando-se diferenças significativas entre os dois valores médios obtidos.

Finalmente, reiteramos que, embora não se tendo verificado da análise realizada uma relação significativa de todas as variáveis estudadas com a adaptação do idoso à instituição, contudo, a realização deste estudo não deixou de cumprir o seu objectivo principal, o de permitir verificar e conhecer de uma forma mais profunda e integral os idosos e de colaborar para uma melhor compreensão da vivência do idoso institucionalizado. Deste modo, considerámos este estudo importante, na medida em que o problema do envelhecimento arrasta consigo dramas de solidão, isolamento e mobilidade, fazendo-nos perceber como o papel das instituições é de grande importância para a qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, P. (2004). *Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento*. In: *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Janeiro/Junho, vol. 6, n.º 001, Porto. Sociedade Portuguesa de Psicossomática, pp. 31-36.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bugalho, M.ª Luísa Tavares (Coord.) (2007). *PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos. Relatório Assistência Social*. Lisboa: Instituto de Segurança Social.
- Casanova, J. L. (Coord.) (2001). *Quadros sociais de envelhecimento* Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia.
- Cabete, D. G. (2002). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira & Lins, Auristela Maciel (2008). *O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas*. *Physis*. Vol.18, n.º 3, pp. 483-499.
- Coimbra, J. A. J. & Brito, I. S. (1999). *Qualidade de Vida do Idoso*. In: *Revista Referência*, n.º 3, Novembro. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem.
- Correia, P. S. S. (2007). *Velhos são os trapos: mito ou realidade?* Disponível em:
- <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0340.pdf> [Consultado em 15 de Agosto de 2009].
- Dias, I. (2005). *Envelhecimento e violência contra idosos*. Porto, Universidade do Porto, Faculdade de Letras, pp. 249-273. Disponível em: ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf [Consultado em 15 de Agosto 2009].
- Dias, M. O. (2010). *Planos de Investigação – Avançando passo a passo*, Santa Maria da Feira: Maria Olívia Dias e Rainho & Neves, Lda.
- DGS - Direção-Geral de Saúde (Org.) (2008). *Envelhecimento Saudável, Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade. Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fonseca, A. M. (2003). *Satisfação e qualidade de vida dos idosos portugueses*. Fundação Ciência e Tecnologia – Recursos Comunitários para Idosos.
- Fonseca, A. M. et al. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. (2ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2006). Transição e adaptação à reforma em Portugal. In: *Psychologica*, n.º 42. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, pp.45-70.
- Fonseca, A. M. (2007). Do envelhecimento à morte. In: Brito, Silveira (Coord.). *O Fim da Vida*. Braga: Faculdade de Filosofia de Braga.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia*. (4ª Edição revista e aumentada). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Editora Formasau.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação sócio-demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Estimativas e Recenseamentos Gerais da População. Lisboa: INE.
- Lemos, A. G. (2006). *Adaptação à velhice: consequências na realização do idoso*. Curso de Psicologia da PUC. Minas Gerais: Unidade Coração Eucarístico. Disponível em:
- <http://www.nelydecastro.com.br/publicacao/artigos/Adapta%E7%E3o%20%E0%20Velhice%20Conseq%FC%EAncias%20na%20Realiza%E7%E3o%20do%20Idoso.pdf> [Consultado em 15 de Agosto de 2009].
- Lemos, M. (Coord.) (2005). *As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos*. Observatório de Idosos e Grandes Dependentes, União das Misericórdias Portuguesas. Lisboa: Fundação Oriente.
- Lima, A. & Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: A construção social da categoria de velhice. *Psicologia VI*, n.º 2, pp. 149-158.
- Martins, G. B. & Medeiros, F. D. (2007). *Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Santa Catarina: Universidade do Sul.
- Disponível em: www.fisio-tb.unisul.br/Tecs/06b/gilmara/artigogilmara.pdf [Consultado em 15/08/2009].

- Martins, R. M. L. (2010). Os idosos e as actividades de lazer. *In: Millenium, n.º 38*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, p.243-251. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/16.pdf> [Consultado em 16 de Julho de 2010].
- Maroco, J. (2007) – *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Ministério da Saúde & Direcção Geral da Saúde (2002). Envelhecer – Autonomia e bem-estar das pessoas idosas. *In: Ganhos de saúde em Portugal, ponto de situação*. Relatório do Director-Geral e Alto Comissariado da Saúde. Lisboa. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/ganho_saude_pt.pdf [Consultado em 16 de Julho de 2010].
- Morato, M. J. Xavier (1986). Teorias acerca do envelhecimento. *O Médico*. Lisboa, ano 37, vol. 115, n.º 1801 (Setembro), pp. 176-182.
- Oliveira, C. C. (2006). Optimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas. *In: Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 6, Dezembro, 2006.
- Oliveira, L. (Dir.) (2007). *Enciclopédia Larousse*. Temas e Debates. Porto: Círculo de Leitores.
- Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do idoso*. Temas Complementares. Porto: Livpsic - Legis Editora.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*, trad. Suzana Gontijo, Organização Pan-Americana da Saúde.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e o Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, M. C. (1992). “Satisfação de vida em idosos” *in Psychologica*, nº 8, pp. 61-80.
- Paúl, M. C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, pp. 275-287. Disponível em: ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf [Consultado em 15/08/2009].
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Quaresma, M. de L. (Coord) (2004). *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Editora CESDET.
- Reis, E. (2001). *Estatística Descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reis, J. (1996). O envelhecimento. *Revista Geriatria*. vol. 9, nº 83 (Março), Lisboa, pp. 14-28.
- Robert, L. (1984). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rosa, M. J. V. (1996). Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *In: Análise Social, vol. XXXI (5.º), (139)*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, pp. 1183-1198.
- Rosa, M. J. V. (2000). Portugal e a União Europeia do ponto de vista demográfico desde 1960. *In: Barreto, A. (Org.) A Situação Social em Portugal 1960-1999. Volume II*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- Santos, B. S. (2002). *Reinventar a democracia*. Colecção Cadernos Democráticos (04). Desafios. Lisboa: Fundação Mário Soares e Gradiva.
- Squire, A. (2004). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas. Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Vaz, M. E. et al., (2004). Reconfiguração da concepção de velhice em Portugal. *In: Actas do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido: 28 de Outubro de 2010.

Aceite: 30 de Novembro de 2010.