



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS, EDUCAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO
GERONTOLOGIA SOCIAL: QUALIDADE DE PROGRAMAS E SERVIÇOS GERONTOLÓGICOS

A PARTICIPAÇÃO DOS ADULTOS MAIS VELHOS NA TOMADA DE DECISÃO EM CONTEXTO INSTITUCIONAL

Dissertação apresentada a provas públicas para obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social: Qualidade de Programas e Serviços Gerontológicos, orientada pelo Prof.ª Paula Isabel Marques Ferreira

CATARINA FONSECA LEITE RIBEIRO, 22211925

2025

www.ulusofona.pt



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS, EDUCAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO
GERONTOLOGIA SOCIAL: QUALIDADE DE PROGRAMAS E SERVIÇOS GERONTOLÓGICOS

A PARTICIPAÇÃO DOS ADULTOS MAIS VELHOS NA TOMADA DE DECISÃO EM CONTEXTO INTITUCIONAL

VERSÃO FINAL

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 02/04/2025, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º:184/2025 de 20 de fevereiro de 2025 com a seguinte composição:

Presidente: Prof. Doutor Pedro Manuel Machado dos Santos

Arguente: Prof.^a Doutora Ana Paula Gonçalves Martins Garcia

Orientador: Prof. Doutora Paula Isabel Marques Ferreira

CATARINA FONSECA LEITE RIBEIRO, 22211925

2025

www.ulusofona.pt

nada sobre eles, sem eles...

Jarré (2016)

Agradecimentos

Concluir esta dissertação foi um desafio exigente, mas também uma experiência profundamente enriquecedora. Este trabalho só foi possível graças ao apoio, à motivação e à colaboração de várias pessoas, a quem gostaria de expressar a minha gratidão.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Paula Ferreira, pela sua orientação, disponibilidade e inspiração ao longo deste percurso, que foram essenciais para a concretização desta investigação.

À minha família, aos meus pais, agradeço por acreditarem sempre em mim, pelo amor incondicional e pela força que me transmitiram nos momentos mais desafiantes.

Ao meu namorado, pela paciência e pelo incentivo ao longo de toda esta jornada. Agradeço-te por estares sempre ao meu lado e por celebrares cada pequena conquista comigo.

Às minhas colegas e amigas, que partilharam esta caminhada comigo. Obrigada pelas conversas, pelo apoio mútuo e por me motivarem.

Aos amigos que estiveram presentes, agradeço pela paciência, pelas palavras de motivação e pelos momentos de descontração que tantas vezes me ajudaram a superar as dificuldades e a manter o foco.

Agradeço de forma especial a todas as pessoas que aceitaram participar no meu estudo, cuja colaboração foi indispensável para a realização desta investigação.

Por fim, gostaria de expressar a minha gratidão a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que esta dissertação se tornasse uma realidade. Cada gesto de apoio, cada palavra de incentivo e cada partilha de conhecimento foram fundamentais para alcançar este objetivo.

A todos, o meu mais profundo e sincero obrigado.

Resumo

Esta dissertação analisa a participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão no contexto de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), visando compreender a importância percebida dessa prática e identificar estratégias institucionais que a promovam. Explora os impactos na integração, autonomia e qualidade de vida dos residentes, considerando os desafios do envelhecimento demográfico e da institucionalização, com foco no papel dos Assistentes Sociais na promoção da participação.

O estudo baseou-se em entrevistas semiestruturadas realizadas com 20 participantes (adultos mais velhos, familiares e técnicos) em três ERPIS. A análise foi dividida em categorias como a importância da participação, fatores facilitadores e obstáculos, além de estratégias institucionais promotoras de participação.

Os resultados evidenciam que a participação dos adultos mais velhos em tomadas de decisões sobre a sua vida quotidiana e a institucionalização contribui para a aceitação da nova realidade e para a promoção da autonomia. Contudo, desafios como limitações físicas, estigmas sociais e falta de recursos institucionais persistem. O papel dos Assistentes Sociais é crucial para mediar práticas participativas, respeitando as escolhas individuais.

Conclui-se que uma abordagem participativa pode transformar o paradigma institucional, promovendo maior dignidade e qualidade de vida para os adultos mais velhos.

Palavras-chave: Envelhecimento demográfico; Institucionalização; Participação na tomada de decisão; Assistente Social.

Abstract

This dissertation analyzes the participation of older adults in decision-making within the context of Assisted Living Facilities (ALFs), aiming to understand the perceived importance of this practice and identify institutional strategies that promote it. It explores the impacts on residents' integration, autonomy, and quality of life, considering the challenges of demographic aging and institutionalization, with a focus on the role of social workers in fostering participation.

The study was grounded in semi-structured interviews conducted with 20 participants (older adults, family members, and professionals) across three ALFs. The analysis was organized into categories such as the importance of participation, facilitating factors and obstacles, as well as institutional strategies that promote participation.

The findings highlight that the participation of older adults in decisions about their daily lives and institutionalization significantly contributes to the acceptance of their new reality and the promotion of autonomy. However, challenges such as physical limitations, social stigmas, and a lack of institutional resources persist. The role of social workers is crucial in mediating participatory practices and respecting individual choices.

It concludes that a participatory approach can transform the institutional paradigm, fostering greater dignity and quality of life for older adults.

Keywords: Population Aging; Institutionalization; Decision-Making Participation; Social Worker.

Abreviaturas e Siglas Utilizadas

ABVD – Atividades básicas da vida diária

AMV(S) – Adulto(s) mais velho(s)

AS – Assistente Social

AVD – Atividades da vida diária

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

FS – Familiares

OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS – Organização Mundial de Saúde

TS – Técnicos

Índice Geral

Índice de Gráficos	viii
Índice de Tabelas.....	viii
Introdução	1
Capítulo I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1 Contextualização global do envelhecimento demográfico	3
1.2. O processo da institucionalização dos adultos mais velhos.....	8
1.3 A importância da participação na tomada de decisão do adulto mais velho em contexto institucional.....	11
1.4. A intervenção do/a Assistente Social na promoção da participação na tomada de decisão e os seus desafios	14
Capítulo II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	19
2.1 Questão de Investigação e Justificação do tema	19
2.2 Objetivos Gerais e Específicos.....	19
2.3 Campo empírico, Universo e Amostra	20
2.4 Instrumento e Estratégia de Recolha de Dados.....	22
2.5 Procedimentos	25
Capítulo III – ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	27
3.1 A importância da participação	27
3.1.1. No processo de institucionalização.....	27
3.1.2. Na vida quotidiana na ERPI.....	31
3.2 Fatores facilitadores e obstáculos à participação	32
3.2.1. Fatores facilitadores.....	32
3.2.2. Obstáculos à participação.....	34
3.3 Estratégias e Práticas institucionais promotoras de participação	37
3.3.1. Práticas institucionais	37
3.3.2. Estratégias seguidas.....	42

3.3.3 Papel/ação do/a Assistente Social neste processo	45
3.3.4 Avaliação da participação	48
Capítulo IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
Conclusão	60
Referências Bibliográficas.....	62
Apêndices	69

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Representação das idades por género dos AMVS.....	21
Gráfico 2 - Perceção do nível de participação dos AMVS em tomadas de decisão	49
Gráfico 3- Perceção do nível de incentivação das ERPIS na participação em tomadas de decisão	50

Índice de Tabelas

Tabela 1- Categorias e Subcategorias de Análise	23
---	----

Introdução

Com o avançar da idade, os adultos mais velhos enfrentam uma perda gradual de independência e autonomia, influenciada pelos comportamentos ou expectativas estabelecidas pelo ambiente em que estão inseridos. Esta realidade levanta questões críticas sobre a capacidade da sociedade em lidar com o envelhecimento.

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS) são frequentemente associadas à restrição da autonomia dos seus residentes. Contudo, é fundamental reavaliar e aprimorar as práticas institucionais, promovendo um ambiente que valorize a participação ativa dos adultos mais velhos, respeitando as suas preferências e necessidades individuais.

Esta investigação procura explorar, de forma aprofundada, as dinâmicas que influenciam o envolvimento dos adultos mais velhos na tomada de decisões dentro das ERPIS. Além disso, enfatiza a necessidade de criar um sistema mais inclusivo e empático, dando-lhes voz e que valorize o envelhecimento como uma etapa vivida com dignidade, respeito e pleno reconhecimento da capacidade de cada indivíduo decidir sobre o que deseja para a sua vida.

Esta dissertação está assente na questão de partida: “De que forma a participação na tomada de decisão pode melhorar a integração do adulto mais velho nas ERPIS?”. Para respondê-la, definiram-se dois objetivos principais: analisar a importância percebida relativa à participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão em contexto de ERPI; e identificar as estratégias e práticas institucionais para promover a participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão na vida quotidiana das ERPIS.

Para a gerontologia social, esta investigação aborda este tema pouco explorado, trazendo novas perspetivas sobre a participação dos adultos mais velhos nas tomadas de decisões que impactam diretamente a sua qualidade de vida. Para o serviço social, destaca-se pela necessidade de práticas que promovam a autonomia e a inclusão, contribuindo para abordagens mais humanizadas e eficazes nas ERPIS.

A autonomia não deve ser confundida com independência. É comum que os familiares e os cuidadores assumam o papel de decisão em nome dos adultos mais velhos, sob a presunção de incapacidade. Contudo, esta perspetiva desconsidera a capacidade destes indivíduos de participar nas decisões que afetam as suas vidas.

A dissertação está estruturada em quatro capítulos principais. No Capítulo I, desenvolve-se o enquadramento teórico, abordando o envelhecimento demográfico e as suas implicações, o processo de institucionalização, a relevância da participação na tomada de decisão e o papel do/a Assistente Social neste contexto. Os principais modelos teóricos são confrontados com a literatura, destacando os desafios e as oportunidades para a participação em tomadas de decisão em contexto institucional.

O Capítulo II apresenta o enquadramento metodológico, detalhando a abordagem qualitativa adotada. São descritos os objetivos gerais e específicos, o universo e a amostra do estudo, bem como os instrumentos de recolha de dados, com destaque para as entrevistas semiestruturadas realizadas com adultos mais velhos, familiares e técnicos em três ERPIS.

No Capítulo III, realiza-se a análise dos resultados obtidos a partir das perspetivas dos entrevistados, estruturada em categorias como a importância da participação, os fatores facilitadores e obstáculos, e as estratégias institucionais promotoras de participação.

Por fim, o Capítulo IV discute os resultados à luz da literatura existente, destacando as implicações práticas para as ERPIS e para a intervenção dos/as Assistentes Sociais. Este capítulo reforça a importância de estratégias que promovam uma abordagem participativa e centrada nos adultos mais velhos, promovendo práticas mais humanizadas.

Capítulo I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo aborda o envelhecimento demográfico, começando com uma análise do contexto nos países da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) e, por sua vez, concentrando-se especificamente no panorama demográfico português.

A dinâmica do envelhecimento será analisada sob uma perspetiva bio-psico-social, enfatizando a prevalência da incapacidade entre os adultos mais velhos e os desafios relacionados. Serão também discutidos os modelos de envelhecimento e a institucionalização como uma resposta eficaz às crescentes necessidades desta faixa etária.

Este capítulo visa proporcionar uma compreensão abrangente e crítica dos vários aspetos, incluindo a participação na tomada de decisão, que influenciam a vida dos adultos mais velhos na sociedade contemporânea. Destacando-se, especialmente, a importância crucial do Assistente Social na facilitação da participação ativa e na tomada de decisões dos adultos mais velhos em contexto institucional.

1.1 Contextualização global do envelhecimento demográfico

Nas últimas décadas, evidenciou-se um aumento significativo da população com 65 ou mais anos, nomeadamente nos países da OECD, refletindo-se em mudanças demográficas. A percentagem duplicou, de 9% em 1960 para 18% em 2021, manifestando-se o impacto combinado da redução das taxas de fertilidade e do aumento da expectativa de vida. Dos países mais envelhecidos destaca-se a Coreia, Japão, Itália, Grécia e Portugal, o que significa que as mudanças que vão ocorrendo revelam progressos significativos ao nível da saúde e bem-estar, mas acarretam desafios sociais e económicos (OECD, 2023).

Os dados fornecidos pelo PORDATA relativos ao período de 2002 a 2022 evidenciam uma transformação demográfica significativa em Portugal: a proporção de adultos mais velhos aumentou expressivamente, passando de 103 por cada 100 jovens para 182 por cada 100 jovens. As projeções para 2050 indicam um ritmo acelerado de crescimento, com o número de pessoas com 65 ou mais anos estimado para aumentar de 22,3% para 33,7%, e o número de pessoas com 80 ou mais anos previsto para subir de 6,6% para 12,8% (OECD, 2023). Este aumento pronunciado reflete os avanços na saúde e as melhorias nas condições de vida. Contudo, é fundamental não só reconhecer este crescimento da população idosa, mas também analisar as implicações e desafios associados à sua crescente longevidade.

Nesse sentido, a esperança de vida aos 65 anos emerge como um indicador vital da longevidade, e em Portugal, segundo os dados da OECD (2023), aos 65 anos espera-se viver mais 20 anos. Embora o impacto da pandemia COVID-19 tenha comprometido estes valores, diminuindo-os por cerca de três anos. No entanto, o indicador da esperança de vida com incapacidade revela que a partir dos 65 anos, 44,6% das pessoas apresentam algumas limitações e 18,7% sofrem severas limitações, ou seja, um total de 63,3%. Dessa forma, é possível inferir que o período livre de comprometimento nas atividades da vida diária (AVDS) estende-se apenas por mais 8 ou 9 anos (OECD, 2023).

Os censos de 2021, indicam que a incapacidade aumenta com o avanço da idade, de forma progressiva, sobretudo a partir dos 70-74 anos. De acordo com Matos e Ferreira (2023), e segundo o Inquérito Nacional de Saúde, de 2019 (DGS, 2022), 69,6% dos adultos mais velhos portugueses apresentavam uma prevalência de incapacidade (motora e sensorial).

A incapacidade dos adultos mais velhos está associada à dificuldade ou incapacidade de realizar atividades básicas instrumentais da vida diária, mobilidade e atividades sociais relacionadas a fatores biopsicossociais. Segundo Yiğitbaş & Deveci (2016), estas dificuldades ou incapacidades acabam por se traduzir em:

- Dependência e redução da autonomia - A limitação nas atividades diárias leva a uma maior dependência, exigindo assistência adicional;
- Declínio físico e mobilidade - A incapacidade prejudica o funcionamento físico e a mobilidade, restringindo a participação em atividades sociais;
- Risco de isolamento social - Dificuldades nas atividades e mobilidade aumentam o risco de isolamento e solidão;
- Impactos na saúde mental - A incapacidade contribui para frustração, depressão e redução da qualidade de vida;
- Aumento das necessidades de saúde – Os adultos mais velhos com incapacidade necessitam de mais cuidados de saúde para gerir as suas condições e manter o bem-estar.

Esta mesma ideia é reforçada por Vieira (2019), que salienta os desafios do aumento da longevidade na sociedade atual nos diversos domínios, dos quais se destacam o da saúde, a possibilidade de isolamento social e pessoal, além de uma potencial dependência física, mental e económica. Deste forma, pode-se constatar que longevidade não é sinónimo de viver com qualidade.

Carvalho (2010), considera que o envelhecimento da população constitui uma das características das sociedades contemporâneas desenvolvidas. Caracteriza-se, desta forma, por ser um processo natural, inevitável que acompanha o indivíduo, ao longo do ciclo da vida, desde a sua conceção até ao fim de vida, ocorrendo de forma individualizada, e deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível (Direção Geral de Saúde – DGS, 2004).

Para compreender o envelhecimento é essencial adotar uma perspetiva bio-psico-social. Este conceito reconhece que o envelhecimento vai além das mudanças biológicas, incorporando fatores psicológicos e sociais. A abordagem holística permite-nos ter uma compreensão mais holista e detalhada de como este processo ocorre, enfatizando a importância de intervenções abrangentes para promover o bem-estar (Carvalho & Duque, 2021). Tal como refere Fernández-Ballesteros (2000), a Gerontologia investiga os princípios biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento numa abordagem multidisciplinar. Os objetos de estudo associados a essas dimensões são complexos e quase indistinguíveis, e desta forma, torna-se necessário optar por abordagens integradoras para compreender as complexidades inerentes ao estudo deste processo.

O envelhecimento biológico resulta em modificações físicas e cognitivas (i.e.: aprendizagem, memória) que vão ocorrendo ao longo do processo de envelhecimento humano que se inicia antes do nascimento do indivíduo e permanece durante toda a vida (Fontaine, 2000; Irigaray & Schneider, 2008). Isto é, ocorre de forma natural e resulta de uma maior predisposição dos indivíduos a desenvolverem algumas condições de saúde ou incapacidades que, por vezes, podem limitar o seu dia-a-dia (Carvalho & Duque, 2021).

O envelhecimento social é caracterizado pela fase em que o indivíduo deixa de perspetivar o futuro e começa a sentir-se excluído da sociedade, deixando de interagir com outras pessoas, isolando-se (Hoyer & Roodin, 2003, cit. por Irigaray & Schneider, 2008). Para Fontaine (2000), a idade social refere-se ao papel, ao estatuto e aos hábitos de um indivíduo, tendo em conta a sua cultura. Segundo Carvalho e Duque (2021), a pessoa já não está envolvida na educação dos filhos, terminou a carreira profissional, entrou na fase da reforma, possivelmente, a perda do cônjuge, deixando para trás uma parte significativa da sua rede social, tornando esta fase notavelmente marcada por consideráveis perdas.

Por outro lado, o envelhecimento psicológico diz respeito às transformações nas características individuais, reações e respostas emocionais à medida que as pessoas envelhecem. Este processo, complexo e multifacetado, é influenciado por fatores biológicos,

psicológicos, sociais e culturais, resultando em mudanças nos aspetos psicológicos, comportamentais e fisiológicos da vida durante o envelhecimento (Carvalho e Duque, 2021).

Torna-se evidente que o envelhecimento se confronta com uma série de desafios, nomeadamente a perda da capacidade, que leva ao adulto mais velho a tornar-se dependente pela impossibilidade de realizar de forma independente algumas atividades do quotidiano, acontece devido a dois motivos: a dependência que pode ser originada por uma ou, geralmente, várias doenças crónicas, como por exemplo doenças cardiovasculares, doenças do foro mental, entre outras; ou pode ser o reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas atribuível ao processo global de senescência (Figueiredo, 2007).

Para se compreender a complexidade e diversidade do envelhecimento, alguns autores recorrem a diferentes modelos. O modelo de envelhecimento saudável é definido, pela OMS (2015), como o processo que preserva e promove a capacidade funcional, garantindo o bem-estar do adulto mais velho. Essa capacidade funcional resulta da interação entre as competências físicas e mentais do indivíduo e o ambiente que se insere, considerando todos os aspetos da vida que a própria pessoa valoriza (cit. por Faria et al., 2020).

O modelo de envelhecimento bem-sucedido, está relacionado com a promoção do bem-estar do adulto mais velho (Faria et al., 2020), ou seja, com a capacidade de este conseguir prevenir o aparecimento de doenças. O estímulo cognitivo e a participação em redes de suporte familiar e social são elementos essenciais para o envelhecimento bem-sucedido. É crucial que tanto o indivíduo quanto a sociedade se adaptem a esse processo (Carvalho, 2013).

Por outro lado, Carvalho (2013) defende que o modelo de envelhecimento produtivo, que resulta da transição do trabalho ativo para a reforma, afeta as relações pessoais e sociais relacionadas aos tempos livres, trabalho e família. Esta relação entre a sociedade e a idade está sujeita a mudanças influenciadas pelo tempo social. Para Faria et al. (2020), o envelhecimento produtivo destaca a importância da saúde e do bem-estar, promovendo a autonomia como algo possível e desejável. Nesta perspetiva, o adulto mais velho deixa de ser considerado como um indivíduo vulnerável e passivo, transformando-se num agente ativo no seu próprio processo de envelhecimento.

O modelo do envelhecimento ativo, conforme definido pela OMS (2005), visa prolongar a expectativa de uma vida saudável e melhorar a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, incluindo aquelas que se encontram mais vulneráveis, fisicamente incapacitadas e que necessitam de cuidados. Esta enfatiza e apoia a

responsabilidade dos adultos mais velhos, no exercício da sua participação ativa nos vários aspetos, assentam-se em três pilares básicos: a saúde, a segurança e a participação social.

O envelhecimento ativo é influenciado por vários fatores determinantes, que podem ser categorizados da seguinte forma (OMS, 2002):

- Fatores Pessoais: Englobam aspetos biológicos e genéticos que influenciam a longevidade, sendo moldados por práticas de um estilo de vida saudável e um ambiente propício; Aspetos psicológicos, como inteligência e capacidade cognitiva, desempenham um papel significativo, impactando a forma como os indivíduos envelhecem e se adaptam a mudanças.
- Fatores Comportamentais: Referem-se aos comportamentos relacionados com a saúde e envolvem práticas como abstenção do tabagismo, moderação no consumo de álcool, adoção de uma dieta equilibrada, envolvimento em atividade física regular, cuidados com a saúde oral e a gestão adequada da medicação
- Fatores Económicos: Incluem o rendimento, as condições de trabalho e proteção social. O estatuto socioeconómico, muitas vezes resultante da profissão exercida anteriormente, impacta significativamente o envelhecimento, com pessoas de menor rendimento enfrentando maiores riscos de saúde e vulnerabilidades.
- Fatores Sociais: Abrangem o apoio social, a educação e o acesso a direitos fundamentais. A rede social e o suporte social são recursos importantes que aumentam em relevância com a idade. A educação e a alfabetização também são aspetos cruciais, assim como a proteção contra violência e maus-tratos.
- Ambiente Físico: Refere-se à acessibilidade a serviços básicos (i.e.: habitação adequada, transporte e oportunidades para participação social e familiar), que podem fazer a diferença entre a independência e a dependência dos adultos mais velhos.

O Conselho da Europa (1998) define a dependência como a necessidade de ajuda para executar as AVDS, ou, nomeadamente quando se dá a perda de autonomia física, psicológica ou intelectual, que requer apoio ou supervisão de alguém para realizar as mesmas, especialmente as tarefas relacionadas ao autocuidado, (i.e.: tomar banho, vestir e comer).

A capacidade de o indivíduo ser autónomo e independente nas suas atividades básicas da vida diária, está relacionada com a sua capacidade funcional. O declínio deste, compromete-se pelo estado de saúde do adulto mais velho, bem como a sua autoperceção (Matos et al., 2018), que conseqüentemente poderá resultar, mais uma vez, na diminuição do bem-estar do

indivíduo sujeitando-se ao isolamento social, depressão e outros problemas que poderão prejudicar a sua qualidade de vida (Souza et al., 2016).

Nesse contexto, as ERPIS representam uma resposta social importante. Projetadas para oferecer apoio bio-psico-social a indivíduos com 65 anos ou mais, que se encontram em situação de risco de perda de independência, as ERPIS desempenham um papel vital na promoção da qualidade de vida e no suporte ao envelhecimento sadio, ativo e autónomo (Diário da República, 2024). No ano 2020, Portugal contava com 2.526 ERPIS nos quais estavam institucionalizadas cerca de 99.234 adultos mais velhos (SNS, 2020). Em 2021, foram instauradas mais 35 ERPIS, aumentando o número de pessoas institucionalizadas para 103.481 (Carta Social, 2021). Os números indicativos, destacam a relevância dessas estruturas na atual configuração social.

Num contexto em que os desafios do envelhecimento se tornam cada vez mais evidentes, é imperativo reconhecer a importância vital da capacidade adaptativa da sociedade. A incapacidade, muitas vezes decorrente de doenças crónicas ou do processo natural de senescência, sublinha a necessidade contínua de ajustar estruturas e políticas para enfrentar os impactos do envelhecimento demográfico. À medida que as ERPIS emergem como peças cruciais neste cenário, desempenhando um papel essencial na criação de ambientes que permitam aos adultos mais velhos viver de maneira autónoma e digna, é evidente que a adaptação do paradigma se torna uma premissa incontornável.

Assim, reforça-se a ideia fundamental de que o paradigma adequado deve ser aquele em que o contexto se ajusta à pessoa, proporcionando um ambiente que respeite a autonomia, dignidade e individualidade dos adultos mais velhos, ao invés de impor a necessidade de adaptação destes indivíduos ao contexto. Esta abordagem não só reconhece a diversidade das necessidades e experiências no envelhecimento, mas também enfatiza a importância de uma sociedade que evolua em sintonia com as mudanças demográficas, garantindo um futuro mais justo, inclusivo e orientado para o bem-estar desta população.

1.2. O processo da institucionalização dos adultos mais velhos

Considerando o que foi abordado anteriormente, fica evidente que o envelhecimento é um fenómeno natural e inevitável, experienciado por todos os indivíduos sem exceção. Para muitos adultos mais velhos, este processo implica desafios significativos, comprometendo as atividades do dia-a-dia. Neste contexto, a institucionalização emerge como uma potencial

solução, aliviando a sobrecarga das famílias e proporcionando benefícios para aqueles que carecem de suporte adequado.

Apesar de a família ainda se constituir como principal cuidadora (Carvalho, 2010; Nunes & Gibbs, 2023), esta debate-se com grandes desafios como a conciliação entre a prestação do cuidado e a vida profissional, a redução de rendimentos no caso de abandono do mercado de trabalho, o *burnout* e o *stress*, a responsabilidade pelos cuidados aos adultos mais velhos podem afetar negativamente a dinâmica familiar do cuidador, a debilidade física e mental, quando existe a necessidade de alteração da habitação ou privações de tempo e de atenção a outros membros da família, assim como outros desafios que colocam estes cuidadores como um grupo em potencial risco de exclusão social (Carvalho, 2010). Para além disso, segundo Miranda (2022), muitos têm 65 ou mais anos e também já apresentam algumas limitações físicas, tornando a institucionalização a única alternativa viável.

Os cuidados de longa duração surgem como sistemas de atividades apoiados por cuidadores informais ou profissionais para garantir que a pessoa que se encontre incapaz de realizar as suas AVD, de forma independente, consiga preservar a sua qualidade de vida. Estes apresentam benefícios como a preservação da dignidade, redução dos custos dos cuidados de saúde, apoio às famílias, ampliação dos papéis sociais e pela contribuição para a coesão social (OMS, 2002).

No entanto, de acordo com Pául (2005), a institucionalização dos adultos mais velhos é marcada pela dificuldade desses indivíduos em antecipar as consequências dessa transição, resultante do desalinhamento entre as suas expectativas pessoais e a realidade da mudança. Esse desajuste pode gerar situações de *stress*, especialmente quando implica mudanças na rotina, pois exige a necessidade de se adaptarem a novas circunstâncias, mas para isso ser possível, são necessários recursos.

Como evidenciam os seguintes autores, o que conduz à institucionalização é o culminar de vários fatores que impactam a qualidade de vida e o bem-estar do adulto mais velho. Segundo Lini et al (2016), os fatores prendem-se sobretudo com a ausência de cônjuge, não possuir filhos, o comprometimento cognitivo e a dependência nas atividades básicas da vida diária (ABVD). Brito e Ferreira (2019) destacam o isolamento social, a solidão, problemas de saúde, a impossibilidade de a família assumir um papel de cuidador informal, e por outro lado, não a sobrecarregar. Sampaio (2020), salienta também a perda de autonomia e a falta de condições habitacionais. Arco et al. (2021), remete-nos novamente para a (re)configuração familiar que nem sempre é possível, a idade avançada e por sua vez, maior fragilidade e a

precariedade das políticas públicas que impossibilitam que todos os adultos mais velhos possam permanecer nas suas casas, junto das suas famílias, em com o apoio de cuidados formais. Já Abreu (2022), destaca a questão da idade avançada, o estado de saúde, limitações nas atividades de vida diária (AVD), morar sozinho, estado civil, ausência de suportes sociais e familiar e os recursos financeiros.

Esta necessidade de institucionalização, muitas vezes, é uma resposta a fatores intrinsecamente ligados ao envelhecimento como um problema social. À medida que a população de adultos mais velhos cresce e enfrenta desafios específicos, como o aumento da dependência funcional, a falta de recursos financeiros, a ausência de suporte familiar, condições de saúde fragilizadas e eventual solidão, a sociedade é confrontada com a complexa tarefa de oferecer cuidados adequados. A carência de políticas sociais abrangentes e sistemas de suporte eficazes torna a institucionalização, em muitos casos, a única alternativa viável para garantir a segurança e o bem-estar dos adultos mais velhos, respeitando as necessidades específicas dessa fase da vida. Assim, a institucionalização emerge como uma resposta inevitável a desafios sociais mais amplos relacionados ao envelhecimento, destacando a necessidade premente de abordagens abrangentes e soluções que enfrentem essas questões de maneira integrada e socialmente justa.

Assim, a institucionalização é muitas vezes percebida como uma resposta a desafios sociais, resultantes não apenas do aumento desta população, mas também das mudanças sociais e transformações na estrutura das relações familiares. Em vez de considerar a institucionalização como um problema social em si, reconhece-se que ela pode surgir como uma solução diante da falta de condições e soluções adequadas, levando, por vezes, ao isolamento ou abandono dos adultos mais velhos, o que, sim, configura um problema social relevante.

No entanto, o processo de institucionalização dos adultos mais velhos está marcado negativamente. Conforme destaca Guedes (2012), esta é a resposta que melhor assegura um padrão de vida aceitável. Contudo, o acolhimento institucional, apresenta algumas desvantagens, pois implica invariavelmente uma certa diminuição da autonomia e uma quebra do seu estilo de vida e o abandono da sua habitação, onde criou muitas memórias. Adicionalmente, para Oliveira (2014) os desejos e o direito a ter autonomia são habitualmente desvalorizados (cit. por Abreu, 2022).

De acordo com Gineste & Pellissier (2007), a mudança para uma ERPI implica a desvinculação da sua casa, resultando na redução da sua rede de contactos. Esta transição

provoca a quebra de hábitos pessoais, preferências e gostos, uma vez que os residentes se sujeitam aos horários e práticas estabelecidos pela própria instituição, sem o seu envolvimento direto. No entanto, também proporciona numa oportunidade de criar relações, e em certos casos, melhorar condições de vida, assim como proporcionar cuidados individualizados e ajustados às suas necessidades.

Ainda assim, alguns autores encontram aspetos positivos que se opõem a esta ideia. Pimental (2005), encontra algumas vantagens na institucionalização, que incluem a possibilidade de combater a solidão, o isolamento social, a fragilidade das condições habitacionais e a ausência de redes sociais. Mas também afastar-se de conflitos familiares que existam, assim, segundo Capucha (2005), as ERPIS possibilitam ainda uma boa qualidade de vida, assegurando a alimentação, cuidados de saúde, mas também são uma forma de diminuir a exclusão, permitindo viver de uma forma ativa nesta fase de vida.

Daniel (2009), considera que as pessoas institucionalizadas em ERPI, vivem num ambiente quotidiano afastado da sociedade em geral e propenso a isolar-se, devido às situações de dependência de muitos deles, e as próprias normas e diretrizes não potenciam a autonomia dos adultos mais velhos. As instituições têm um papel importante de garantir ao adulto mais velhos um fim de vida confortável e com dignidade, através da prestação de cuidados e de serviços que satisfaçam das suas próprias necessidades, respeitando sempre que possível a sua independência, com vista à manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas (Diogo, 2016).

Contudo, a institucionalização é uma mudança quase inevitável, tendo em conta as condições de vida, limitações e perdas funcionais que a pessoa evidencie. É uma escolha que deve ser encarada de outra forma, não como a fase final de vida, sendo crucial valorizar e fomentar a qualidade de vida, preservação da autonomia e independência desta população.

1.3 A importância da participação na tomada de decisão do adulto mais velho em contexto institucional

A OMS (2005) e as Nações Unidas (2018) têm enfatizado a necessidade de promover a participação dos adultos mais velhos em todos os níveis da sociedade. Esta participação não se limita apenas a atividades recreativas, mas abrange também a inclusão ativa em processos de tomada de decisão que afetam as suas vidas, em áreas como cuidados de saúde, políticas sociais e desenvolvimento comunitário. Conforme destacado pela OMS (2002), manter os adultos mais velhos ativos requer uma participação constante em várias esferas da vida, incluindo aspetos sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos.

Portanto, as orientações internacionais sugerem que a participação dos adultos mais velhos, não apenas contribuam para o seu bem-estar individual, mas também promovem sociedades mais justas e inclusivas. A criação de ambientes que promovam e facilitem a participação ativa dos adultos mais velhos é vista como uma abordagem fundamental para o envelhecimento saudável e bem-sucedido. Deste modo, o conceito de participação dos adultos mais velhos está alinhado com os princípios de respeito pela autonomia, dignidade e direitos humanos.

Jarré (2016), considera que a participação assenta no princípio “nada sobre eles, sem eles”, sendo este um processo contínuo que envolve a troca de informações e existe comunicação e articulação entre todas as partes envolvidas. Essa interação visa desenvolver políticas, estratégias e ações integradas, de forma a resolver problemas que existam, e assim, facilitar a tomada de decisões mais eficazes (cit. por Vale, 2020, p.31).

A participação é concebida como uma relação intrínseca à ação. Esta relação envolve um compromisso consciente e informado, por parte dos intervenientes no processo de tomada de decisão, seja a nível individual ou coletivo. Além disso, pressupõe uma trajetória de construção de conhecimento, desenvolvida diante de um objeto previamente conhecido e negociado, implicando cooperação e conflito (Vieira, 2017).

Para o indivíduo confrontado com uma doença, a vivenciar o luto, o isolamento e a diminuição das suas capacidades, a abordagem mais eficaz é proporcionar-lhe a máxima autonomia e perspetiva sobre a vida e o ambiente circundante (Gineste & Pellissier, 2007).

Desta forma, podemos considerar que a participação ativa dos adultos mais velhos, tem implicações no seu bem-estar, na medida em que promove um envelhecimento saudável. Em contexto institucional, é necessário coordenar esforços de modo a incentivar e otimizar a participação destes para haver benefícios, tais como evitar o isolamento social, através da conexão vital entre o envolvimento ativo e a qualidade de vida.

A qualidade social pode ser definida pela capacidade das pessoas em participar em relações sociais de forma que melhore o seu bem-estar, bem como a sua capacidade e potencial individual. Por outro lado, relaciona a inclusão social às identidades coletivas e realidades que influenciam a autorrealização, como na fase da institucionalização e às relações sociais que aí se constroem (Beck et al. 2007, cit. por Wiechert, 2022).

É um desafio para a institucionalização quando esta oferece um apoio excessivo, isto é, quando o adulto mais velho é impedido de continuar a realizar as suas tarefas/ atividades e

de tomar as suas próprias decisões (Vale, 2020), retirando-lhe toda a autonomia e independência.

Permitir que os indivíduos tenham uma palavra a dizer dos seus próprios cuidados, promove a autonomia e a autodeterminação, através da garantia de que os cuidados de higiene são adaptados às preferências da pessoa, respeitando as suas necessidades e escolhas individuais, (Henriques, et al. 2021) mas também garante que a instituição promova o cuidado com humanidade - uma abordagem que enfatiza a promoção da dignidade, independência e autonomia no processo de cuidado. Henriques, et al., (2021), acresce o facto, de ao reduzir o tempo médio gasto na prestação de cuidados de higiene, torna o processo mais eficiente e respeitador do tempo da própria pessoa

A autogestão surge também como um fator crucial, relacionada com a capacidade de o indivíduo conseguir tomar decisões de uma forma consciencializada, nomeadamente nas questões relacionados aos cuidados de saúde, como também no envolvimento no processo de institucionalização (Holm et al., 2016).

Segundo Moilanen et al. (2021), a autonomia percebida nos cuidados residenciais está relacionada com as oportunidades que os adultos mais velhos têm de fazer as suas próprias escolhas sobre a sua vida quotidiana e isso resultará na promoção de saúde e a qualidade de vida dos adultos mais velhos.

Assim, a autonomia é influenciada por vários fatores, incluindo as capacidades individuais dos adultos mais velhos (nível de independência, competência física e mental, característicos pessoais), o apoio dos familiares, as características dos profissionais (educação, atitudes) e o ambiente institucional.

Estes autores identificam alguns fatores que podem ser restritivos: a autonomia dos adultos mais velhos pode ser dificultada por profissionais que tendem a controlar as suas escolhas e limitar as suas oportunidades de envolvimento do processo de tomada de decisão (Moilanen et al., 2021). Esta restrição pode também implicar em deixar de proporcionar oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal (Rodgers & Neville, 2007).

A forma como são geridas as necessidades de cuidados diários e as atividades, em função de 'cumprir tarefas', não se centra na potencialidade do próprio indivíduo. Segundo Moilanen et al. (2021), os fatores ambientais, tais como os aspetos físicos (i.e.: disposição das instalações, a acessibilidade e a disponibilidade de dispositivos de assistência) e sociais (i.e.: as interações com os funcionários, direção e os outros residentes, o nível de apoio social e as oportunidades de envolvimento social e de participação na tomada de decisões) podem

influenciar a forma como os adultos mais velhos podem exercer a sua autonomia (Moilanen et al., 2021). A falta de escolhas alimentares, nas residências para adultos mais velhos, impacta negativamente a qualidade de vida e a autonomia dos adultos mais velhos (Lee et al., 2009). Mas também, desconsiderar as opiniões e preocupações destes indivíduos, e tratá-lo de forma desrespeitosa ou indigna, e não reconhecer ou valorizar a sua individualidade (Rodgers & Neville, 2007).

Numa ERPI, existem fatores facilitadores que desempenham um papel crucial na promoção da qualidade de vida e bem-estar dos adultos mais velhos que nela residem, nomeadamente, a importância da satisfação das escolhas (i.e.: escolha da roupa, da alimentação) (Wang et al., 2018). Rodgers & Neville (2007), identificam a tomada de decisões sobre rotinas e atividades diárias, controlo sobre os pertences pessoais e o espaço habitacional, participação em processos decisórios relacionados com cuidados, expressar preferências e escolhas em relação às refeições, interações sociais e atividades de lazer, estar envolvido no planeamento e implementação de planos de cuidados, envolver-se em atividades que promovam o crescimento e desenvolvimento pessoal, ter a liberdade de expressar opiniões e preocupações, ser tratado com respeito e dignidade, e ter a individualidade reconhecida e valorizada.

1.4. A intervenção do/a Assistente Social na promoção da participação na tomada de decisão e os seus desafios

O papel do/a Assistente Social no processo de institucionalização é crucial, no sentido de apoiar o adulto mais velho nessa fase decisória. Isso implica envolver ativamente o próprio indivíduo, levando em consideração o tempo necessário que precisa para aceitar esta mudança e adaptar-se/preparar-se para a nova fase de vida, permitindo-se fazer o “luto”. Esta ajuda é possível através do suporte contínuo aos adultos mais velhos, promovendo a sua integração na comunidade e a criação de novas relações. Se a instituição não incentivar e apoiar ativamente o estabelecimento desses novos laços sociais, há o risco de que o indivíduo se isole (Sampaio, 2020).

Ribeirinho (2013) destaca os principais princípios da intervenção do serviço social com adultos mais velhos, como:

- Reconhecer o adulto mais velho como um agente ativo no seu quotidiano e construção/manutenção do seu projeto de vida. É essencial valorizar as suas necessidades e preocupações, assegurando que a sua opinião seja ouvida e respeitada;
- Garantir o segredo profissional e a confidencialidade;

- Direito de ser informado sobre os seus direitos e deveres, enquanto beneficiário dos serviços de ação social e de saúde;
- Ser tratado de forma individualizada e ter uma participação ativa no planeamento do plano de cuidados, se possível juntamente com a família, de carácter preventivo e reabilitador;
- O objetivo do plano de cuidados é promover uma melhor qualidade de vida, proporcionando a máxima autonomia possível, autoestima e assegurar a dignidade;
- Os serviços devem ser organizados com base nas necessidades específicas do adulto mais velho, garantindo que ela receba o apoio mais apropriado à sua situação;
- A rede informal do adulto mais velho deve ser envolvida, facultando informações sobre as suas competências.

Para que os adultos mais velhos vivenciem um envelhecimento saudável e com um bem-estar prolongado, Dominelli (2009) enfatiza a necessidade de alterações nas dinâmicas multiprofissionais, de modo a modificar a perceção corrente sobre as pessoas mais velhas. Nestas situações, cabe aos Assistentes Sociais o desafio de fomentar a participação social ativa dos indivíduos, assegurando que estes possam expressar as suas visões e opiniões.

Os/as Assistentes Sociais desempenham uma função crucial na facilitação da participação ativa dos adultos mais velhos. Encarregam-se de desenvolver métodos que envolvam esses indivíduos numa participação mais significativa, seguindo a escada da participação dos utilizadores, que, segundo a autora Kam (2023), é composta por sete níveis, cada um representando um grau diferente de envolvimento e empoderamento dos adultos mais velhos.

1. Ser consultado e dar posteriormente feedback:

É permitido que os adultos mais velhos forneçam feedback sobre os serviços; A ênfase está na comunicação bidirecional e na consideração das opiniões.

2. Aumentar as oportunidades para os utilizadores do serviço fazerem escolhas:

É apresentado um maior leque de opções e de oportunidade para tomar decisões; inclui a personalização de serviços, como escolha de horários ou atividades.

3. Envolvimento na gestão e implementação do serviço diário:

Participação ativa no funcionamento diário dos serviços; Tarefas simples podem ser realizadas para promover a autonomia.

4. Auxiliar na execução de programas e atividades:

Estimular os adultos mais velhos para que auxiliem na implementação de atividades;

5. Assumir um papel ativo em grupos e projetos:

Incentivar para que participem ativamente em grupos e projetos; promove o sentido de responsabilidades e liderança em iniciativas.

6. Trabalhar em parceria e partilhar o poder:

Estabelecer uma parceria equitativa, onde Assistentes Sociais e adultos mais velhos colaboram igualmente na coprodução de serviços e na tomada de decisões conjunta.

7. Envolvimento na tomada de decisões e controlo dos serviços:

Criar grupos autónomos responsáveis pela gestão e decisão dos serviços, proporcionando maior autonomia e controlo.

Procuram feedback junto dos adultos mais velhos, ampliando as oportunidades para que estes façam escolhas e participem na gestão e implementação dos serviços diários. Colaboram na execução de programas e atividades, incentivando os indivíduos a assumirem papéis ativos em grupos e projetos. Assim, trabalhar em parceria com os adultos mais velhos, permitindo-lhes ter poder e envolvendo-os na tomada de decisão, proporciona-lhes controlo sobre o ambiente onde se encontram (Kam, 2023).

Desta forma, a participação nos processos de decisão, quando se alinham com as suas necessidades e preferências, proporcionam uma maior satisfação. Estas abordagens reforçam a importância do papel dos Assistentes Sociais na promoção da participação significativa e na busca pelo alinhamento das decisões com as necessidades e preferências dos adultos mais velhos (Ibidem).

Existem alguns fatores que podem facilitar a adaptação do adulto mais velho na instituição. Nomeadamente, compreender os elementos que contribuem para a institucionalização, como a indisponibilidade dos familiares, a necessidade de assistência permanente e o estado de saúde, pode auxiliar os adultos mais velhos a tomar uma decisão consciente sobre a entrada numa instituição. Além disso, quando a institucionalização não é motivada por fatores externos, como imposições familiares ou dificuldades em conseguir um cuidador externo para prestar assistência em casa, a aceitação da nova realidade pode ser facilitada (Abreu, 2022). Nesse contexto, a autodeterminação do adulto mais velho desempenha um papel crucial, pois a compreensão consciente da situação permite que tome decisões alinhadas com as suas necessidades, preferências e valores.

Neste sentido, os/as Assistentes sociais desempenham também um papel na facilitação da participação ativa dos adultos mais velhos nas dinâmicas institucionais e estratégias das ERPIs, assegurando que as suas vozes são ouvidas e as suas necessidades são atendidas. O

envolvimento destes profissionais nas ERPIS inclui a compreensão do enquadramento da organização, a caracterização da população sénior com a qual trabalham e a identificação dos diferentes aspetos da participação dos adultos mais velhos nas dinâmicas e atividades institucionais. Segundo Crispim (2020), é necessária a implementação de disposições de natureza mais inovadora, tais como a constituição de comités, biblioterapia¹ e encontros sociais, que se alinhem com os princípios do envelhecimento ativo e reconhecem estes adultos mais velhos como um grupo heterogéneo.

Existem estratégias específicas que podem ser adotadas pelo/a Assistente Social numa ERPI para diminuir o impacto da institucionalização na identidade do próprio adulto mais velho, como a implementação de um horário flexível (i.e.: horário de visitas) promover a privacidade (Crispim, 2020), e a criar espaços mais acolhedores e reservados para os adultos mais velhos. Além disso, o/a Assistente Social pode considerar a possibilidade de permitir que os adultos mais velhos tenham acesso às chaves de seus próprios quartos, proporcionando-lhes um maior autonomia e controle sobre seu ambiente (Abreu, 2022).

Por outro lado, Schenell et al. (2020), consideram que o/a Assistente Social, na sua prática deve adotar uma intervenção baseada no modelo centrado na pessoa. Este modelo vem facilitar a autodeterminação dos residentes em acolhimento residencial, ajuda os colaboradores a ver os residentes como indivíduos competentes e fornecer consideração profissional, constrói relações de confiança entre funcionários e residentes, apoia a independência dos residentes, mantém o poder dos residentes sobre as suas próprias vidas, ajudar e apoiar os residentes no planeamento dos seus cuidados de fim de vida.

Wamara e Naumiuk (2023) defendem que os Assistentes Sociais não devem ignorar a participação ativa, nem impor decisões baseadas apenas em normativas neoliberais e administrativas. É inadequado perpetuar a ideia de que as instituições são apenas para os desfavorecidos e isolados, o que pode levar à crença errada de que a maioria dos adultos mais velhos são transferidos para estas instituições involuntariamente. É crucial que os/as Assistentes Sociais não vejam as pessoas que estão a mudar para estas instituições apenas como pessoas dependentes, privando-as do direito de escolha e de influência na sua própria transição. Esta visão está em plena concordância com os princípios fundamentais do serviço social, como a autodeterminação, que promove o respeito pelas escolhas individuais, os direitos humanos, que

¹ A biblioterapia é uma abordagem terapêutica que utiliza livros e materiais de leitura para apoiar o crescimento pessoal e processos de cura. Utilizada para lidar com questões como ansiedade, depressão, luto e trauma, a biblioterapia envolve a seleção de materiais por um profissional, considerando as necessidades específicas do indivíduo, que se dedica à leitura e reflexão para autoexploração e aperfeiçoamento.

garantem a igualdade de tratamento, e o reconhecimento da dignidade humana como base para todas as intervenções sociais (IFSW & IASSW, 2018). Assim, os/as Assistentes Sociais devem promover um papel ativo no desenvolvimento de planos de cuidados de transição que respeitem e valorizem a autonomia e as escolhas dos adultos mais velhos.

É necessário ultrapassar as dificuldades no envolvimento ativo dos adultos mais velhos no processo de tomada de decisão. Chira (2023), identificou alguns fatores: não valorizar a sua opinião; o estigma social ou o próprio processo de envelhecimento podem contribuir para o envolvimento limitado dos adultos mais velhos, uma vez que podem ser percebidos como menos capazes ou menos relevantes nos processos de tomada de decisão; a falta de sensibilização ou informação sobre oportunidades de participação; limitações físicas ou problemas de saúde; o acesso limitado a recursos, como transporte ou tecnologia.

O envolvimento eficaz dos/as Assistentes Sociais desempenha um papel crucial na promoção da qualidade de vida e bem-estar dos adultos mais velhos, refletindo uma abordagem centrada na pessoa e reconhecendo o seu papel ativo na sociedade. De acordo com Kam (2023), o/a Assistente Social desempenha um papel fundamental na promoção da autonomia desses indivíduos, destacando a importância de envolvê-los ativamente na tomada de decisões e proporcionar controle sobre os serviços recebidos. Essa abordagem não apenas capacita os adultos mais velhos a moldar as suas próprias experiências, mas também leva ao seu empoderamento, resultando em benefícios como um reforço do sentido de controle e autonomia. O aumento da autonomia contribui significativamente para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida, elevando a autoestima e autoconfiança. Os adultos mais velhos empoderados exercem maior influência política, expressam melhor as suas necessidades e preocupações, o que pode resultar em melhorias nos serviços e políticas sociais. Esse processo fortalece as relações intergeracionais, proporcionando oportunidades para compartilhar conhecimentos com gerações mais jovens.

Em suma, a intervenção do/a Assistente Social na promoção da participação na tomada de decisão para adultos mais velhos é fundamental para garantir autonomia e qualidade de vida durante o processo de institucionalização. O/a Assistente Social desempenha um papel crucial ao reconhecer o adulto mais velho como um agente ativo, promovendo a sua participação nos planos de cuidados, garantindo o respeito pelos seus direitos e necessidades. Além disso, a facilitação da integração na comunidade e a criação de novas relações são aspetos destacados para evitar o isolamento. Contudo, os desafios incluem a necessidade de superar estigmas, sensibilizá-los para que mantenham uma participação ativa.

Capítulo II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No presente capítulo, é delineado o enquadramento metodológico desta investigação, com o objetivo de apresentar e justificar as escolhas realizadas no âmbito do estudo. Este capítulo está estruturado em cinco subcapítulos, iniciando-se com a formulação da questão de investigação e a justificação do tema, seguida pela definição dos objetivos gerais e específicos.

Encontram-se também descritos o campo empírico, o universo e a amostra, juntamente com a descrição dos instrumentos e estratégias de recolha de dados. Por fim, apresentam-se os procedimentos adotados para a execução da investigação, assegurando a validade e a confiabilidade dos métodos aplicados.

2.1 Questão de Investigação e Justificação do tema

A escolha do tema do projeto surgiu pela necessidade identificada de encontrar estratégias que melhorem a integração dos adultos mais velhos nas instituições, mas sobretudo na necessidade de “dar voz” e valorizar as suas escolhas e decisões tomadas.

De acordo com Quivy & Campenhoudt (1998), o problema central da investigação deve ser enunciado na forma de uma pergunta de partida, para especificar o que se pretende saber, elucidar e compreender melhor. Assim, esta investigação será assente na questão de partida: *“De que forma a participação na tomada de decisão pode melhorar a integração do adulto mais velho nas ERPIS?”*.

2.2 Objetivos Gerais e Específicos

Objetivo Geral 1: Analisar a importância percebida relativa à participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão em contexto de ERPI.

O.E. 1.1. Compreender a perceção dos adultos mais velhos, da família e dos técnicos relativa à importância da participação dos adultos mais velhos no seu processo de institucionalização e na vida quotidiana das ERPIS.

O.E 1.2. Identificar fatores facilitadores e obstáculos percebidos pelos adultos mais velhos, pela família e pelos técnicos que afetam a capacidade dos primeiros de participar ativamente na tomada de decisão quanto à sua institucionalização, quer na vida quotidiana das ERPIS.

Objetivo Geral 2: Identificar as estratégias e práticas institucionais para promover a participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão na vida quotidiana das ERPIS.

O.E. 2.1. Analisar a perceção dos adultos mais velhos e familiares sobre o nível de envolvimento e influência que têm nas decisões quotidianas da instituição.

O.E. 2.2. Identificar e analisar as estratégias implementadas pelos técnicos e pela instituição para promover a participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão na vida quotidiana das ERPIS.

O.E. 2.3. Identificar estratégias de intervenção do/a Assistente Social na facilitação do processo de adaptação dos adultos mais velhos ao contexto de institucionalização.

2.3 Campo empírico, Universo e Amostra

Campo Empírico:

O campo empírico desta investigação é composto por ERPIS de carácter particular ou público, de modo que se possa comparar diferentes realidades.

Universo:

Considerando a natureza específica do tema, o universo é delimitado aos adultos mais velhos que vivem em ambientes institucionais, onde a participação na tomada de decisão e o processo de institucionalização são os pontos centrais.

Amostra:

A amostra consiste numa seleção que pretendia ser representativa de instituições destinadas a adultos mais velhos, tendo em conta a variedade de contextos e características destes, bem como a sua capacidade para responder a uma entrevista. Optou-se ainda por incluir a participação dos familiares de referência, com o objetivo de comparar as diferentes perceções sobre a participação na tomada de decisões nas ERPIS.

Contactaram-se 32 ERPIS, localizadas no distrito de Lisboa, mas apenas três aceitaram participar e avançar com o estudo. Embora se pretendesse inicialmente uma amostra representativa, esta foi constituída pelas instituições que aceitaram colaborar, refletindo as realidades específicas destas instituições.

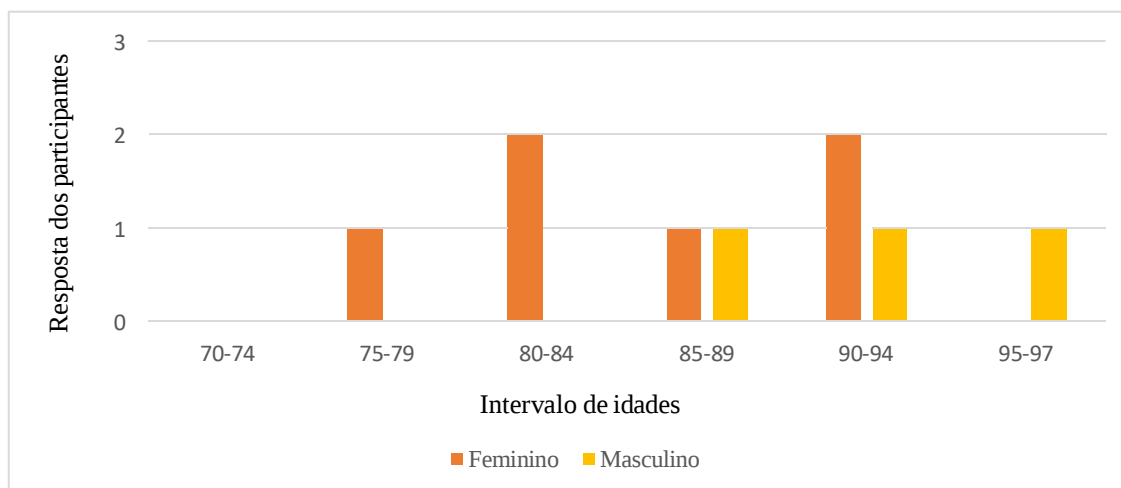
Nesta investigação, a amostra é composta por 21 entrevistados, isto é, cerca de nove adultos mais velhos (AMV), respetivo familiar de referência (F) e um técnico (T), de cada ERPI.

Na categoria de análise - *caraterização sociodemográfica* -, fez-se um levantamento de dados, como a idade, género (F; T; AMV), habilitações literárias dos entrevistados (T;

AMV), perceber com quem o adulto mais velho residia antes de ingressar na instituição (F; AMV), e há quanto tempo se encontram a residir na ERPI (AMV). Relativamente aos técnicos, procurou-se ainda identificar a categoria profissional e o tempo de serviço no local em meses/anos.

A primeira ERPI é de natureza privada, situada no concelho de Sintra, onde foram entrevistados dois adultos mais velhos, dois familiares e a Assistente Social, que também desempenha o papel de diretora técnica. A segunda ERPI é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), localizada igualmente no concelho de Sintra, tendo sido realizadas entrevistas com três adultos mais velhos, três familiares e uma Assistente Social. A terceira ERPI, de carácter privado, está localizada no concelho de Torres Vedras, onde foram entrevistados quatro adultos mais velhos, o respetivo familiar de referência dos mesmos e o diretor técnico.

Gráfico 1 - Representação das idades por género dos AMVS



Fonte: Elaboração própria.

As idades dos adultos mais velhos institucionalizados variam entre 76 e 97 anos (Gráfico 1), havendo uma maior prevalência entre os 80 e 97 anos². Seis são do género feminino e três do masculino. As habilitações literárias apresentam uma distribuição diversificada: um dos participantes concluiu apenas o 2.º ano de escolaridade, dois o 3.º ano, quatro o 4.º ano, um o 6.º ano, e apenas um participante possui formação superior, sendo esta, licenciatura. O tempo de institucionalização dos AMVS varia entre 6 meses e 3 anos.

Em relação aos familiares, as idades variam entre os 45 e os 65 anos. Dos nove familiares entrevistados, seis são do género feminino e três do masculino. Por outro lado, o grau

² Consultar Apêndice I – Entrevistas AMVS e FS

de parentesco predominante destes FS, é de filhos(as). No que diz respeito à situação de vida dos AMVS antes da institucionalização, alguns viviam com os filhos, enquanto outros residiam sozinhos ou com o cônjuge. F1, F4 e F8 referem que o AMV vivia diretamente com o familiar (filha ou cônjuge), ao passo que F5 e F9 indicam que os AMVS viviam sozinhos. F3 e F6 mencionam que o AMV mantinha alguma autonomia, porém com apoio externo, seja através de uma ajudante de ação direta ou de uma empregada, antes de serem institucionalizados.

Foram entrevistados apenas dois técnicos³, têm 28 e 48 anos⁴, um do género feminino (T1) um do masculino (T2). Em termos de formação académica, T1 possui Licenciatura em serviço social, enquanto T2 possui Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, com duas pós-graduações em Neuropsicologia Clínica e Reabilitação Neuropsicológica, e ainda um curso em Gestão de Organizações Sociais. Esta formação avançada e multidisciplinar, pode refletir-se numa abordagem mais técnica e integrativa por parte do T2, especialmente nas áreas de gestão e reabilitação dos AMVS.

As funções desempenhadas pelos técnicos também variam: T1 e T2 são diretores técnicos. No que se refere à experiência profissional, T1 possui 16 anos de serviço na mesma instituição e T2 há 4 anos.

Em síntese, os dados sociodemográficos dos dois técnicos entrevistados, embora representem uma amostra reduzida, denota-se uma diversidade em termos de idade, género, formação académica, funções desempenhadas e tempo de serviço. Posto isto, poder-se-á refletir diferentes perspetivas e abordagens sobre o trabalho com os AMVS nas respetivas instituições.

2.4 Instrumento e Estratégia de Recolha de Dados

No que concerne ao presente trabalho de investigação, o instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, em que “o entrevistador possui um referencial de perguntas-guia, suficientemente abertas, que serão lançadas à medida do desenrolar da conversa, não necessariamente pela ordem estabelecida no guião, mas, antes à medida da oportunidade” (Pardal e Correia 1995, p. 65). Em investigações qualitativas, é habitual que o investigador vise compreender os fenómenos a partir da perspetiva dos participantes envolvidos na situação estudada, para que posteriormente possa enquadrar a sua interpretação desses fenómenos (Neves, 1996).

³ Apesar da técnica da 3ªERPI ter aceite participar nesta investigação, não se conseguiu encontrar um momento para a realização da entrevista, por indisponibilidade da mesma.

⁴ Consultar Apêndice II – Entrevistas TS

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido especificamente para este estudo e consiste em três entrevistas semiestruturadas: uma direcionada aos técnicos das ERPIS, uma para os adultos mais velhos e outra, idêntica, para o respetivo familiar de referência. Foi utilizada uma amostragem intencional (Patton, 2015), na qual os técnicos das ERPIS selecionaram residentes com condições cognitivas adequadas para participarem no estudo. Este método foi escolhido para garantir que os participantes eram capazes de fornecer respostas significativas e informativas, alinhadas com o objetivo do estudo.

A estratégia seguiu uma abordagem em camadas (Patton, 2015). Primeiramente, foram entrevistados os familiares dos residentes para garantir o seu consentimento e adesão ao estudo. Em seguida, foram realizadas as entrevistas com os AMVS e com os técnicos das instituições. Esse método foi adotado para minimizar desistências, pois abordagens iniciais diretamente com os AMVS resultaram na perda de dados devido a recusas posteriores dos familiares.

As entrevistas foram elaboradas com base em categorias e subcategorias previamente definidas (Tabela 1), o que garantiu a consistência e a comparabilidade das respostas, permitindo uma análise mais estruturada e coerente dos dados obtidos. O instrumento foi aplicado entre junho e outubro de 2024.

Tabela 1- Categorias e Subcategorias de Análise

Categorias de análise	Sub-categorias
Importância da participação	No processo de institucionalização
	Na vida quotidiana das ERPIS
Fatores facilitadores e obstáculos à participação	Fatores facilitadores
	Obstáculos à participação
Estratégias e Práticas institucionais promotoras de participação	Estratégias seguidas
	Práticas institucionais
	Papel/ação do Assistente Social neste processo
	Avaliação da participação

Fonte: Elaboração própria.

A primeira categoria, – *importância da participação* –, divide-se em duas subcategorias. A primeira, "no processo de institucionalização", visa compreender a opinião dos adultos mais velhos e dos seus familiares de referência sobre quem é o responsável pela decisão de integração na ERPI, qual é a motivação por trás dessa decisão e se têm ou não um papel participativo no processo. Além disso, pretende-se conhecer se a participação na vida quotidiana da ERPI influencia o seu nível de autonomia. Também se procura compreender a perceção dos técnicos relativamente à importância da participação dos adultos mais velhos na

tomada de decisões dentro da instituição e se acreditam que essa participação influencia o processo de admissão (acolhimento).

A segunda subcategoria relaciona-se com a “vida quotidiana na ERPI”. Inicialmente, procura-se perceber se, antes de ingressarem na instituição, os adultos mais velhos tomam decisões (i.e: gestão de recursos financeiros, a toma da medicação; confeccionar alimentos, compras do mês, etc...) sozinhos ou com ajuda de terceiros, e se, atualmente, conseguem manter a sua autonomia (poder de decisão) na vida quotidiana na instituição. Também se procura compreender, na ótica dos técnicos, se consideram que a participação dos adultos mais velhos na vida quotidiana da ERPI influencia o seu nível de autonomia e de que forma essa participação impacta o ambiente geral da instituição.

A segunda categoria – *fatores facilitadores e obstáculos à participação* – subdivide-se para explorar as opiniões do adulto mais velho, do familiar de referência e dos técnicos, sobre os fatores que motivam ou desmotivam a pessoa institucionalizada a participar nas atividades e decisões do quotidiano da instituição. Adicionalmente, procura-se compreender se, em algum momento, o adulto mais velho se sente impedido ou desvalorizado ao expressar uma opinião (questão destinada apenas a familiares e AMV). Aos técnicos, pretende-se identificar apoios ou recursos que sejam mais eficazes para facilitar a sua participação. Por fim, procura-se conhecer a perceção dos entrevistados sobre os efeitos que a ausência de participação e envolvimento dos adultos mais velhos na tomada de decisões pode ter, tanto na instituição, ou em outra, como nos indivíduos que nelas residem.

A terceira categoria – *estratégias e práticas institucionais promotoras de participação* – visa compreender as estratégias adotadas pelas instituições e identificar estratégias dos entrevistados para promover a participação dos adultos mais velhos na tomada de decisões, assim como avaliar de que forma isso facilita a sua adaptação. Além disso, procura-se perceber quais são as práticas institucionais existentes na perspetiva dos dois entrevistados. E ainda, junto dos técnicos, pretende-se identificar outras estratégias que podem ser implementadas pela ERPI para fortalecer e incentivar a participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão.

Quanto à subcategoria - práticas institucionais, o objetivo é identificar se nas instituições existem momentos de partilha ou de debate sobre a organização e gestão, envolvendo os adultos mais velhos, com o intuito de melhorar o seu funcionamento.

Adicionalmente, procura-se compreender se os residentes com quartos partilhados tiveram a oportunidade de conhecer os seus companheiros de quarto e se lhes foi dada a autonomia para

decidir se querem partilhar o espaço. Ainda se investiga se os adultos mais velhos puderam escolher o seu quarto ou personalizar o seu espaço pessoal de alguma forma.

Outra subcategoria - Papel/ação do Assistente Social neste processo, onde se pretende confirmar se as pessoas conhecem o Assistente Social quando ingressam na instituição, qual é o apoio prestado por este profissional, se o contributo dele é essencial para a sua integração, e como os motiva a participar em tomadas de decisão no seu dia-a-dia.

A subcategoria – Avaliação da Participação – foi utilizada uma escala para aferir a perceção dos entrevistados relativamente ao grau de participação dos adultos mais velhos no processo de tomada de decisão, e outra para avaliar o quanto a instituição incentiva os AMVS a envolverem-se em tomadas de decisão.

2.5 Procedimentos

Entre junho e julho de 2024, foi efetuado o pedido de colaboração a 32 ERPIS, por meio de envio de e-mails e chamadas telefónicas. Após a aceitação formal das instituições para participar no estudo, foi agendada uma reunião telefónica com os responsáveis, para explicar os objetivos e metodologia da investigação. Em seguida, os técnicos das instituições selecionaram os residentes com condições cognitivas e com capacidade para responderem a uma entrevista. Posteriormente, os técnicos contactaram os familiares dos residentes selecionados, incentivando-os à participação dos mesmos neste estudo.

Após o consentimento dos familiares, procedeu-se, numa primeira fase (que decorreu entre agosto e setembro de 2024) à realização das entrevistas com os familiares, para garantir a continuidade e adesão ao estudo. Esta abordagem foi adotada porque inicialmente foram realizadas entrevistas aos residentes antes dos familiares, mas verificou-se que esta abordagem resultava em desistências posteriores por parte destes, o que resultou na perda de quatro entrevistas.

As entrevistas com os residentes e técnicos foram conduzidas (entre setembro e outubro de 2024) presencialmente nas instalações das ERPIS. Já as entrevistas com os familiares foram realizadas de forma diversa: uma entrevista foi realizada presencialmente, e as restantes através de chamada telefónica. Todas as entrevistas tiveram uma duração média de 25 minutos, e foram gravadas mediante o consentimento informado⁵ e assinado por cada participante.

⁵ Consultar Apêndice III – Modelo do Consentimento Informado

Após a recolha dos dados, todas as entrevistas gravadas foram transcritas integralmente e introduzidas no Excel, respeitando a linguagem e o conteúdo exato das respostas dos participantes. Esse processo foi essencial para garantir a precisão e permitir uma análise aprofundada dos dados.

As respostas foram organizadas em tabelas que continham categorias e subcategorias previamente definidas, permitindo uma melhor visualização e categorização dos dados.

Para garantir a confidencialidade e facilitar a análise, os participantes foram codificados. Os técnicos foram identificados como T1 e T2 os familiares como F1, F2 ... F9, e os residentes como AMV1 ... AMV9.

Capítulo III – ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se e analisam-se os dados obtidos ao longo da investigação⁶, com o objetivo de verificar o cumprimento dos objetivos definidos. A análise foi conduzida tendo por referência o enquadramento teórico previamente discutido, permitindo uma interpretação crítica dos resultados.

Posteriormente, os resultados foram discutidos, relacionando-as com a literatura existente e com a realidade do objeto de estudo, de forma a proporcionar uma compreensão aprofundada sobre o tema investigado.

3.1 A importância da participação

3.1.1. No processo de institucionalização

Primeiramente, pretendeu-se conhecer as perceções dos AMVS, FS e TS sobre o papel dos AMVS no processo de institucionalização em ERPI.

A maioria dos AMVS referiu que a decisão de institucionalização foi tomada principalmente pelos FS (AMV1, AMV5, AMV6, AMV8, AMV9). Apenas um (AMV4) mencionou ter tomado a decisão em conjunto com o(s) FS, enquanto outros (AMV2, AMV3, AMV7) afirmaram que a decisão foi tomada apenas por iniciativa própria. AMV5 e AMV6 afirmam: “já não conseguia viver sozinho”. Por outro lado, AMV1 expressou que não teve escolha: “Ela é que decidiu pôr-me aqui”.

F1, F5, F6, F9 reconhecem a responsabilidade pela decisão, em que F6 refere “Nós ..., portanto a família, ... tivemos que tomar uma decisão porque nós não conseguíamos, não tínhamos nenhuma disponibilidade para a ter em casa”. Outros (F3, F4, F6, F7), mencionaram que a decisão partiu diretamente do AMV, F7 referiu: “Foi uma decisão dela, e por necessidade”, e F3 “Ela resolveu chamar os filhos, contou-nos que... como ela foi perdendo essa capacidade de autonomia, não era justo, para o filho mais velho e a nora, que já têm 65 anos e 66 respetivamente, estarem a tomar conta dela”.

Os TS enfatizam a importância de incentivar a participação dos AMVS em tomadas de decisões diárias. T1 refere que, mesmo em situações de um quadro de demência, é essencial estimular esses AMVS a tomar pequenas decisões, como escolher o que vestir ou o que comer, pois isso contribui para manter a sua autonomia. T2 destaca que a tomada de decisão dos AMVS

⁶ Consultar Apêndice I e II.

é fundamental no contexto institucional, sublinhando que o AMV deve sempre ter opções, seja nas atividades ou na alimentação, e que as suas preferências são respeitadas.

Há um consenso sobre a relevância do apoio familiar no processo de institucionalização e da participação dos AMVS nas escolhas quotidianas. Contudo, surgem divergências quanto ao grau de autonomia no processo: enquanto alguns AMVS descreveram a decisão como unilateral, outros referiram que participaram ativamente.

Na mesma subcategoria, procura-se compreender as perceções dos AMVS e dos FS quanto aos motivos que impulsionam a institucionalização.

A maioria dos AMVS (AMV1, AMV3, AMV4, AMV7, AMV8) indicam que os FS não conseguem proporcionar cuidados adequados devido a limitações físicas ou emocionais. Os restantes (AMV2, AMV5, AMV6, AMV9) apontam principalmente para as suas próprias limitações físicas como a principal razão para a institucionalização.

Os FS referem que a decisão de institucionalização dos AMVS está associada a três categorias principais:

1. *Limitações físicas ou emocionais dos FS*

A maioria dos FS (F1, F3, F4, F6, F7, F9) relata dificuldades em proporcionar cuidados adequados devido a restrições pessoais, como responsabilidades profissionais ou problemas de saúde. Por exemplo., F1 refere: *“Porque a minha mãe estava a apresentar um quadro de demência e de dependência total e eu, com dois filhos pequenos... tinha que fazer as duas coisas. Ou vivia só para ela e abdicava da minha vida profissional, ou então tinha que manter a minha vida profissional”*.

2. *Deterioração da saúde e perda da independência dos AMVS*

Em diversos casos, os FS (F4, F6, F7, F8, F9) referem que a institucionalização é motivada pela progressiva perda da independência dos AMVS, que passam a necessitar de cuidados 24 horas, tal como refere F8: *“A minha mãe teve um AVC há 12 anos e foi perdendo a mobilidade... Depois tive que ser operada e deixei de conseguir ajudá-la”*.

3. *Fatores financeiros e estruturais*

Alguns FS (F2, F5) mencionam razões financeiras e a falta de condições habitacionais como fatores que dificultam a permanência do AMV no domicílio. F2 menciona que: *“As razões eram, essencialmente, de natureza financeira. Acabavam por ser mais barato estar onde está do que em casa com uma solução a tempo inteiro”*.

A análise evidencia consensos sobre os principais fatores que motivam a institucionalização, como as limitações dos FS e a perda de independência dos AMVS. No

entanto, surgem divergências quanto à ênfase dada aos diferentes motivos e à inclusão de fatores financeiros, que são mais mencionados pelos FS. Isso sugere perceções distintas sobre as causas e o processo de institucionalização.

É essencial conhecer a perceção dos entrevistados (AMVS e FS) sobre o papel participativo dos AMVS na tomada de decisão sobre a institucionalização.

A análise das entrevistas revela que alguns AMVS (AMV1, AMV5, AMV7) demonstram incerteza quanto ao seu papel no processo de institucionalização, evidenciando falta de perceção ou envolvimento nas decisões que os afetam. Outros (AMV3, AMV4) reconhecem que, apesar de certa autonomia, muitos se sentem incapazes de tomar decisões significativas sobre as suas vidas. AMV6 e AMV9 afirmam que os filhos "*tratam de tudo*". Alguns AMVS (AMV8, AMV9) expressam o desejo de voltar para casa e evidenciam a sua dependência em diversos aspetos da vida quotidiana.

Os FS apresentam uma visão mais otimista sobre a participação dos AMVS. Alguns (F1, F2, F3, F4, F7, F8) indicam que os AMVS participam ativamente na decisão. No entanto, FS como F5 e F6 mencionam que a mobilidade limitada dos AMVS afeta a sua capacidade de decisão. F9 refere que o AMV foi diretamente questionado sobre a ida para a ERPI, enquanto F5 relata uma discrepância na perceção do envolvimento dos AMVS.

A análise das perspetivas sobre o papel participativo dos AMVS na tomada de decisão sobre a institucionalização revela tanto consensos quanto divergências. Tanto os AMVS quanto os FS reconhecem que a mobilidade limitada dos AMVS e a sua situação de dependência afetam a capacidade de tomar decisões significativas. Ambos reconhecem a importância do apoio familiar no processo de institucionalização, com vários AMVS assumindo a falta de controlo sobre vários aspetos das suas vidas.

Enquanto os AMVS demonstram incerteza e, em alguns casos, uma sensação de exclusão nas decisões que os afetam, os FS tendem a ter uma visão mais otimista, acreditando que os AMVS participaram ativamente nas decisões. Esta diferença de perceções gera uma discrepância sobre o grau de envolvimento dos AMVS, evidenciando a necessidade de uma comunicação mais eficaz entre os envolvidos no processo de decisão.

A análise visa compreender as perceções dos entrevistados acerca da participação dos AMVS no processo de acolhimento em ERPI.

As perceções dos AMVS sobre o seu envolvimento no processo de acolhimento revelam impactos variados na fase de adaptação. Muitos acreditam que a participação contribui para a aceitação da nova realidade. Por exemplo, AMV2 refere que, ao concordar com a decisão,

sente que "*participava mais e aceitava melhor a situação*". AMV3 afirma que a institucionalização foi "*a melhor decisão*" após a morte do cônjuge, ressaltando o apoio emocional como um fator positivo na adaptação. Por outro lado, AMV5 indica que a sua participação não influencia a adaptação, enquanto AMV9 revela que a mudança é imposta. A familiaridade com o ambiente facilita a adaptação para alguns, como AMV6, que menciona já conhecer as funcionárias, e AMV7, que reconhece a necessidade de cuidados como um fator para aceitar a nova realidade.

Os FS apresentam uma perspectiva positiva sobre a participação dos AMVS na adaptação. A maioria considera essa participação essencial para a integração em ERPI. F2 observa que a mãe está satisfeita com o novo ambiente, transparecendo a sua aceitação. F3 enfatiza que contrariar a vontade dos AMVS pode aumentar a resistência. Apesar de alguns FS, como F6 e F9, notarem resistência inicial por parte dos AMVS, a conscientização sobre a necessidade de cuidados é crucial para facilitar a adaptação.

Os TS, T1 e T2, concordam que a participação do AMV durante a admissão facilita a adaptação à ERPI. T1 ressalta que, mesmo quando a decisão é familiar, o envolvimento e uma comunicação aberta ajudam na aceitação do ambiente e reduzem a resistência. T2 acrescenta que a presença do AMV no momento da admissão diminui estigmas e permite um primeiro contacto com a instituição e outros residentes, contribuindo para uma melhor adaptação.

A análise das percepções de AMVS, FS e TS evidencia consenso sobre a importância da participação no acolhimento, reconhecendo-se que o envolvimento ativo facilita a adaptação. Contudo, o impacto percebido varia: alguns AMVS valorizam o seu papel no processo, enquanto outros sentem que a mudança é imposta. Esta discrepância reflete diferenças entre as perspectivas dos AMVS e FS sobre o grau de envolvimento no processo.

Nesta subcategoria, pretende-se compreender as percepções dos entrevistados acerca da participação dos AMVS no processo de acolhimento/admissão em ERPI.

As percepções dos AMVS sobre o seu envolvimento no processo de acolhimento mostram impactos diferentes na fase de adaptação. Vários (como AMV2 e AMV3) acreditam que a participação contribui para a aceitação da nova realidade. Por outro lado, AMV5 indica que a sua participação não influencia a adaptação, enquanto AMV9 refere que a mudança é imposta. A familiaridade com o ambiente facilita a adaptação para alguns, como AMV6, que menciona já conhecer as funcionárias, numa fase anterior à institucionalização, e AMV7, que reconhece a necessidade de cuidados como um fator para aceitar a nova realidade.

Os FS têm uma perspetiva positiva sobre a participação dos AMVS na adaptação. A maioria considera essa participação essencial para a integração em ERPI. F2 observa que a mãe está satisfeita com o novo ambiente, refletindo a sua aceitação. F3 destaca que contrariar a vontade dos AMVS pode aumentar a sua resistência. Alguns FS, como F6 e F9, relatam resistência inicial por parte dos AMVS, mas sublinham que a conscientização sobre a necessidade de cuidados facilita a adaptação.

Os TS, T1 e T2, concordam que a participação do AMV durante a admissão facilita a adaptação à ERPI. T1 destaca que, mesmo quando a decisão é tomada pela família, o envolvimento do AMV e uma comunicação aberta ajudam na aceitação do ambiente e reduzem a resistência. T2 menciona que a presença do AMV no momento da admissão diminui estigmas e possibilita um primeiro contacto com a instituição e outros residentes, contribuindo para uma melhor adaptação.

Posto isto, há consensos e divergências nas perspetivas dos AMVS e FS sobre a autonomia. Ambos reconhecem a perda de autonomia e a crescente dependência dos AMVS em relação ao apoio familiar. No entanto, as perceções variam: alguns AMVS sentem que ainda mantêm controlo parcial, enquanto os FS, de forma geral, reconhecem uma dependência maior do que os AMVS admitem, destacando a necessidade constante de apoio.

3.1.2. Na vida quotidiana na ERPI

A análise sobre como as ERPI permitem que os AMVS mantenham a autonomia evidencia uma ligação entre a perceção de autonomia, o apoio familiar e as limitações da institucionalização.

A maioria dos AMVS (AMV5, AMV6, AMV7, AMV8 e AMV9) relata ausência de autonomia. AMV6, por exemplo, descreve uma forte dependência dos filhos: *“Os meus filhos tratam de tudo”*. AMV3 refere sentir falta de poder de decisão, enquanto AMV7 afirma que *“isso agora desapareceu tudo”*. AMV4, em contrapartida, diz que *“eles não fazem nada sem me consultar”*, indicando algum nível de envolvimento.

Vários FS (F1, F4, F5, F7, F8 e F9) afirmam que, apesar das limitações, os AMVS mantêm algum controlo em pequenas decisões, como vestuário e higiene. F5 menciona que o AMV ainda gere as próprias finanças.

T1 e T2 dizem que os AMVS conseguem manter autonomia em pequenas decisões diárias, adaptadas às suas capacidades. T1 relata que permitir escolhas, como o horário do banho e preferências alimentares, reforça a perceção de autonomia. T2 acrescenta que esta

autonomia é respeitada para AMVS que demonstram capacidade de decisão, incluindo casos em que escolhem ingressar ou sair da instituição.

Deste modo, existem consensos e divergências sobre autonomia nas ERPI. De facto, todos os AMVS, FS e TS concordam que as limitações da institucionalização afetam a autonomia dos AMVS e que manter pequenas escolhas diárias, como vestuário e higiene, contribui para o seu bem-estar. Por outro lado, muitos AMVS sentem que têm pouca ou nenhuma autonomia, enquanto alguns FS e TS acreditam que ainda mantêm controlo em pequenas decisões. Os TS defendem que incentivar pequenas decisões diárias ajuda a construir autonomia, mas alguns AMVS não sentem esse nível de controlo.

Pretendeu-se ainda saber se os TS reconhecem que a participação dos AMVS nas atividades diárias da ERPI exerce um impacto positivo tanto na autonomia dos próprios residentes quanto no ambiente da instituição.

T1 afirma que, quanto mais decisões os AMVS tomam, mais autónomos se tornam, mesmo que essa autonomia seja limitada. A participação nas escolhas diárias fortalece o senso de independência dos AMVS, contribuindo para que mantenham a capacidade de escolha dentro de um contexto institucional.

T2 destaca que o estímulo à autonomia é incorporado em "*projetos de vida*" personalizados, que integram os interesses e habilidades desenvolvidos pelos AMVS ao longo das suas vidas. Por exemplo, uma senhora organiza a lavandaria, enquanto outros residentes mantêm uma horta, demonstrando como a ERPI utiliza as competências pessoais dos AMVS para criar atividades significativas que reforçam a sua autonomia.

Ambos os TS reconhecem que a participação ativa dos AMVS nas atividades diárias tem um impacto positivo na autonomia deles. T1 foca-se na autonomia gerada pela tomada de decisões diárias, enquanto T2 sublinha a importância de projetos personalizados, com base nas habilidades e interesses dos AMVS, utilizando exemplos como a organização da lavandaria ou a manutenção de uma horta.

3.2 Fatores facilitadores e obstáculos à participação

3.2.1. Fatores facilitadores

As respostas dos AMVS revelam uma variedade de motivações para participar nas atividades. AMV1 destaca os passeios como motivadores, enquanto AMV2 menciona o facto de não precisar fazer compras. AMV3 demonstra interesse por atividades cognitivas, enquanto

AMV5 limita-se a “*aguentar*” a situação, sem demonstrar entusiasmo. AMV6 e AMV7 indicam o desejo de voltar para casa, refletindo resistência à vida institucional.

Os FS identificam diferentes fatores motivacionais. F4 enfatiza a qualidade do atendimento e a personalização do espaço. F1 destaca a importância de boas relações com as cuidadoras. F2 e F3 referem a necessidade de um ambiente favorável e de opções variadas de atividades. F5 sugere que a motivação dos AMVS está relacionada aos seus interesses individuais, baseados nas experiências passadas. F9 afirma que um ambiente positivo é essencial para o bem-estar e a motivação dos AMVS.

T1 e T2 concordam que a personalização das atividades e o respeito pela individualidade são cruciais para a motivação dos AMVS. T1 aponta que as instituições devem ser flexíveis e conhecer bem cada residente, para alinhar as atividades às suas preferências, criando um ambiente de valorização e liberdade de escolha. T2 sublinha que o trato respeitoso e a dignidade oferecidos pelos colaboradores são fundamentais para o envolvimento dos AMVS nas atividades.

Há consenso entre os FS e TS de que a personalização das atividades e o respeito pela individualidade são fundamentais para a motivação dos AMVS. No entanto, os AMVS têm experiências variadas, com alguns sentindo-se motivados por atividades externas e cognitivas, enquanto outros, como AMV6 e AMV7, resistem à institucionalização e preferem retornar às suas casas. A análise aponta que fatores emocionais e a qualidade do atendimento desempenham papéis cruciais na motivação para a participação.

Já em outra subcategoria, procedeu-se à identificação e análise dos apoios e recursos disponíveis que contribuem para a facilitação da participação dos AMVS, com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento e utilização desses recursos no quotidiano. No entanto, tanto os AMVS como os FS demonstraram dificuldade em identificá-los.

Por outro lado, os TS destacam alguns fatores essenciais para a participação dos AMVS. T1 enfatiza a importância de um ambiente de trabalho positivo e acolhedor, que permita aos cuidadores dedicarem-se plenamente aos AMVS. Este afirma que *“a instituição deve também estabelecer parcerias com a comunidade, oferecendo aos residentes oportunidades de participar em atividades externas, o que ampliaria as suas experiências além das atividades internas”*.

T2 complementa, argumentando que a eficácia dos recursos físicos ou humanos depende de uma estruturação e de um planeamento adequados das atividades. Este ressalta que *“com uma equipa bem organizada e planos individuais claros para cada AMV, os recursos*

existentes são suficientes para promover a autonomia dos residentes”. Além disso, T2 destaca a importância de adquirir novos recursos, quando necessário, para facilitar atividades de estimulação cognitiva, sensorial e motora, contribuindo para que os AMVS se sintam úteis e ativos dentro da instituição.

Através desta análise, verifica-se que há um consenso entre os TS quanto à importância de um ambiente acolhedor, estruturado e adaptado às necessidades dos AMVS para promover a sua participação. No entanto, há uma divergência em relação ao conhecimento e à identificação de recursos (físicos e humanos) por parte dos AMVS e FS.

3.2.2. Obstáculos à participação

São identificados diversos obstáculos à participação dos AMVS nas atividades da ERPI, com diferentes perspetivas entre AMVS, FS e TS.

Os AMVS apresentam obstáculos variados, desde questões pessoais, como saúde e limitações físicas, até à falta de atividades de estimulação cognitiva. AMV1 e AMV4 não se sentem desmotivados e aceitam a sua situação, destacando uma adaptação tranquila à vida institucional. AMV2 refere a falta de atividades culturais e expressa saudade de casa: *“Tenho falta do meu quarto, da minha casa”*.

Limitações físicas também surgem como obstáculos à participação. AMV3 menciona a *“falta de visão”* e AMV9 destaca a fraqueza física, que dificulta a sua participação. AMV7 refere a frustração pela perda de autonomia, enquanto AMV8 salienta a saúde como principal fator desmotivador: *“Falta de saúde é o que me desmotiva”*.

Os FS destacam fatores emocionais e estruturais como as principais barreiras à participação dos AMVS. F1 aponta a perda de vontade de viver como um obstáculo, enquanto F2 acredita que o convívio social pode ajudar, ainda que desconheça o que desmotiva o AMV. F3 menciona a depressão e o isolamento social como fatores críticos. F4 indica que as rotinas rígidas e a falta de visitas dos FS reduzem a motivação. F5 observa que atividades inadequadas aos interesses dos AMVS podem ser desmotivadoras.

A resistência à partilha de espaço com pessoas desconhecidas é mencionada por F6. Já F7 refere a fragilidade da saúde como um obstáculo. Por outro lado, F8 observa que a sua mãe é motivada e participa ativamente no dia-a-dia da instituição. F9 sublinha a importância de um ambiente positivo e envolvente, concluindo que, quando os AMVS se sentem bem cuidados, a sua motivação aumenta.

Os TS identificam três principais fatores que desmotivam a participação dos AMVS: o sentimento de não serem ouvidos, a falta de apoio familiar e influências externas. Este último é mencionado por T2 que recorre ao exemplo das alterações climáticas, que afetam o estado emocional e a disposição dos AMVS para participar nas atividades. T1 destaca ainda, a importância de garantir que os AMVS se sintam compreendidos e respeitados, pois a falta de reconhecimento pode gerar apatia. T2 sublinha a ausência de visitas dos FS como um fator que predispõe à solidão e desmotivação.

Existem consensos e divergências na participação dos AMVS nas ERPI. As limitações físicas e de saúde são reconhecidas como obstáculos comuns, e a falta de apoio familiar é vista como um fator que desmotiva os AMVS, afetando o seu bem-estar e a sua motivação. Os FS destacam a perda da vontade de viver e o isolamento social, tendo em consideração que nem sempre é mencionado pelos AMVS. Além disso, os FS divergem sobre o impacto da imposição de atividades, com alguns apontando resistência caso estas não alinhem com os interesses dos AMVS.

A análise das perceções sobre a expressão de opiniões dos AMVS nas ERPI revela uma predominância de respostas negativas, indicando que, na sua maioria (AMV1, F1, AMV2, F2, AMV3, F3, AMV4, F4, AMV5, F5, AMV6, F6, AMV9, F9), os entrevistados não se sentem ou não partilham a sensação de impedimento ou desvalorização. Alguns entrevistados (F7, AMV7, AMV8) referem-se a situações em que a autonomia está comprometida ou mal compreendida, embora se sintam à vontade para expressar as suas opiniões.

A maioria dos AMVS (AMV1, AMV3, AMV4, AMV5, AMV6, AMV9) relata não se sentir impedida ou desvalorizada, embora nem sempre as suas opiniões sejam escutadas. AMV2 e AMV8 revelam desmotivação e dificuldades em expressarem-se, com AMV8 evidenciando frustração quando as suas necessidades não são atendidas: *“Em algumas situações, sinto necessidade de me calar”*.

Os FS corroboram essa perspetiva, com a maioria (F1, F2, F5, F8, F9) a referir que os AMVS não se sentem desvalorizados, sugerindo um ambiente aberto à comunicação. F3 observa que a sobrecarga dos colaboradores pode afetar a perceção de que os AMVS são escutados. F4 e F6 mencionam que os AMVS tendem a ser mais cautelosos ao expressarem-se. F7 relata um incidente em que a falta de resposta às preocupações do AMV leva-o a dizer: *“Por alguma situação que ela acha que não a levaram a sério ou não tomaram conta do que ela disse, às vezes diz-me: ‘Já não quero saber, façam o que quiserem, não digo nada’”*.

Quanto aos TS, ambos destacam a importância da formação contínua para os profissionais. T1 ressalta a necessidade de mais formação na promoção da autonomia e na abordagem das demências, e critica a falta de uma legislação adequada. T2 enfatiza a importância de uma equipa técnica diversificada e integrada, com planos adaptados às necessidades dos AMVS, e afirma que essa abordagem é fundamental para garantir a qualidade do atendimento.

Existem consensos e divergências nas percepções sobre a expressão de opiniões dos AMVS nas ERPI. Consensos, como a ideia de que a maioria dos AMVS e FS acredita que os AMVS não se sentem desvalorizados ou impedidos de expressar as suas opiniões, sugerindo um ambiente aberto à comunicação. Além disso, TS concordam sobre a importância de formação contínua para os profissionais e a necessidade de uma equipa técnica diversificada para promover a autonomia dos AMVS.

Divergências surgem quando alguns AMV (AMV2 e AMV8), relatam desmotivação e dificuldades em se expressar, especialmente quando as suas necessidades não são atendidas ou ao expressar o desejo de voltar para casa. F4 e F6, indicam que os AMVS podem ser cautelosos ao se expressar, o que não é sempre reconhecido pelos próprios AMVS. Por fim, existe uma divergência entre os TS sobre o papel da equipa técnica, com T1 que destaca a necessidade de formação contínua e crítica a legislação, enquanto T2 foca-se na importância de uma equipa integrada e multidisciplinar.

Neste ponto solicitou-se ainda aos entrevistados que refletissem sobre os efeitos da ausência de participação e envolvimento dos AMVS na tomada de decisões, tanto na instituição quanto nos indivíduos que nela residem.

Os AMVS expressam diversas preocupações sobre a falta de participação nas atividades e decisões da instituição. AMV2 afirma que, com a ausência de participação, “*não evolui*”. AMV3 e AMV5 relatam uma sensação de abandono; AMV3 menciona que “*os filhos despejam as pessoas no lar*”. AMV4 enfatiza a importância de ouvir as opiniões dos AMVS, afirmando que, sem isso, a instituição não compreende as suas necessidades. AMV7 e AMV8 destacam que a falta de participação “*não traz coisa boa*”, indicando uma perda de interesse pela vida. Por fim, AMV9 relata dificuldades em aceder a cuidados básicos: “*Carrega-se na campainha e não vêm*”.

A perspetiva dos FS complementa as preocupações expressas pelos AMVS, especialmente no que se refere às consequências da falta de participação. F1 destaca que a exclusão do processo decisório “*anula a pessoa como um todo*”, enquanto F5 afirma que isso

leva os AMVS a "*definhar*", transformando-os em "*inutilidades*". F7 e F8 reforçam que a ausência de envolvimento resulta em limitação e repressão, causando tristeza e isolamento. F3 observa que, se a mãe estivesse sem interação, optaria por retirá-la da instituição.

A perspectiva dos TS corrobora muitas das preocupações expressas pelos AMVS e FS, mas acrescenta uma análise sobre o impacto organizacional. Os TS identificam que a ausência de participação dos AMVS na tomada de decisões resulta num ambiente institucional rígido e opressivo, comparado a uma "*ditadura*". T1 destaca que esta falta de liberdade leva os AMVS a sentirem-se aprisionados. T2 complementa, afirmando que, sem autonomia e reconhecimento, os AMVS não são dignificados, o que afeta negativamente o seu bem-estar.

Em resumo, há um consenso claro sobre os impactos negativos da falta de participação dos AMVS, afetando tanto os este quanto o funcionamento da instituição. A desvalorização e a desmotivação são questões reconhecidas, embora haja divergências na perceção de abandono entre os AMVS. Estas diferenças ressaltam a importância da escuta ativa dos indivíduos, garantindo que as suas necessidades sejam atendidas para melhorar o ambiente institucional e o bem-estar geral.

3.3 Estratégias e Práticas institucionais promotoras de participação

3.3.1. Práticas institucionais

Nesta categoria, foram identificadas práticas institucionais que promovem a participação, com foco na existência ou ausência de momentos de partilha ou debate sobre a organização e gestão da instituição, bem como no envolvimento dos AMVS nesses processos.

A maioria dos AMVS relata a ausência de oportunidades para discutir questões relacionadas à organização e gestão da instituição. AMV1 e AMV2 indicam que tais oportunidades simplesmente não ocorrem. De forma semelhante, AMV6 e AMV7 relatam não participar de quaisquer debates. Em contraste, AMV3 menciona o papel da animadora sociocultural na promoção de discussões e na partilha de informações, mas observa a falta de tempo dos funcionários como uma barreira. AMV5 relata a ocorrência de conversas informais, mas sem uma estrutura organizada de partilha. Por fim, AMV8 assinala que, embora raros, existem momentos de partilha, o que sugere a presença de esforços limitados para envolver os AMVS.

Os FS, por outro lado, apresentam perspectivas que variam. F1, F3 e F9 referem a existência de momentos de confraternização, nos quais os colaboradores se reúnem com os AMVS, proporcionando um ambiente de partilha. F4 relata que os residentes têm oportunidades

de expressar opiniões sobre questões do quotidiano. Contudo, F2, F5 e F6 demonstram incerteza sobre a regularidade dessas práticas, com F5 declarando nunca ter presenciado tais momentos.

Por sua vez, os TS apresentam diferentes abordagens. T1 indica que não organiza momentos de partilha em grupo, mencionando que o foco principal está em estruturar bem o processo de admissão e personalizar o cuidado, garantindo que as necessidades e preferências dos residentes sejam priorizadas durante a integração na instituição. Assim, o tempo e os recursos são direcionados para a atenção individualizada. Em contrapartida, T2 refere que a instituição realiza reuniões trimestrais com clientes com melhor capacidade cognitiva, durante as quais são discutidas atividades e serviços prestados. Além disso, é mencionado que um questionário anónimo é aplicado anualmente para recolher *feedback* sobre os serviços.

Apesar das divergências nas perceções sobre a participação, os TS também destacam práticas institucionais que promovem a autonomia e a independência dos AMVS. T1 enfatiza a importância de um processo de admissão bem estruturado, em que se prioriza a atenção ao residente e à sua família, evitando burocracias no momento da entrada. Para isto, opta por aplicar um questionário prévio para entender os gostos e preferências do residente. T2 complementa, afirmando que a autonomia é promovida durante a participação na construção do seu plano de cuidado, respeitando a vontade do próprio. Além disso, a instituição facilita atividades externas, e.g., ir ao café, garantindo que os AMVS possam exercer a sua liberdade de escolha.

Em termos gerais, há um consenso sobre a importância da participação e da partilha. No entanto, as perceções sobre a frequência e a efetividade dessas práticas variam significativamente entre os diferentes grupos de entrevistados. Enquanto os AMVS percebem uma falta de oportunidades formais, alguns FS e TS destacam práticas que promovem a participação, embora com limitações na sua implementação. As divergências ocorrem principalmente nas perceções sobre a frequência da participação e as práticas institucionais de escuta ativa, ainda que alguns FS questionem a eficácia dessas ações.

A experiência dos AMVS em quartos partilhados revela perceções diferentes, principalmente no que diz respeito ao processo de integração e à preservação da individualidade. A maioria destes relata não ter a oportunidade de conhecer o seu colega de quarto antes da alocação. AMV2 menciona: “*Quando eu entrei, era a última cama vaga que tinham*”, indicando que a alocação ocorre sem considerar preferências pessoais. AMV1, AMV4, AMV6, AMV7 e AMV9 confirmam que não conhecem previamente os companheiros de quarto. Por outro lado, AMV3, que já teve duas companheiras de quarto, descreve uma delas

como “*completamente... Era como se não estivesse ali*”. AMV5 afirma que “*estar com ele, ou sozinho é igual*”, enquanto AMV8 expressa descontentamento: “*Elas é que fizeram as coisas, fizeram à maneira delas e puseram-me aqui*”. AMV7, que partilha o quarto com o marido, não relata dificuldades e descreve a experiência de forma positiva.

Os FS também identificam a ausência de um processo formal de apresentação entre os AMVS. F1 afirma que “*apresentaram-se umas às outras*” de forma abrupta, especialmente durante a pandemia. F2 e F4 confirmam que as suas mães não tiveram esta oportunidade. F3 destaca que a sua mãe foi colocada com uma senhora, cujo comportamento não agradava à sua mãe. F5 refere a perda de individualidade, afirmando: “*com esta partilha nós estamos a perder e estamos a fazer as pessoas perderem a sua individualidade*”. F6 menciona que “*não tinha companhia*” inicialmente, o que dificulta a adaptação. F7, que compartilha o quarto com o cônjuge, não relata dificuldades, enquanto F8 e F9 confirmam que as suas mães não participam na escolha dos companheiros de quarto.

Os TS explicam o processo de integração nos quartos partilhados. T1 destaca a importância da proximidade e da comunicação aberta, mencionando que mantém o gabinete aberto para conversar com os AMVS e que realiza inquéritos de satisfação junto das famílias. T2 afirma que a instituição oferece a oportunidade de conhecer o companheiro de quarto antes da mudança, embora não detalhe o processo.

Há um consenso, na medida em que os próprios AMVS e os seus FS referem que estes não têm a oportunidade de conhecer os seus companheiros de quarto antes da alocação. A falta de privacidade e controlo sobre atividades pessoais é uma preocupação comum. Muitos AMVS enfrentam dificuldades para se adaptar aos companheiros de quarto. Por outro lado, existem divergências, em que alguns AMVS, como AMV7, não têm problemas, enquanto outros, como AMV8 e AMV3, enfrentam dificuldades. F5 expressa grande preocupação com a perda de identidade, enquanto F7 não vê dificuldades.

A questão sobre a oportunidade de personalizar os espaços pessoais nas ERPIS revela diferentes níveis de envolvimento e satisfação por parte dos AMVS e dos seus FS. A maioria dos AMVS expressa uma atitude de satisfação misturada com resignação quanto à personalização dos quartos. Eles trazem itens significativos, como fotografias dos netos (AMV1) e imagens pessoais (AMV3), evidenciando o desejo de manter laços emocionais com a sua vida antes da integração em ERPI. Conforme AMV1 refere: “*fotografias dos netos*”, reforçando essa conexão. Por outro lado, AMV2 e AMV5 não trazem itens pessoais, o que pode indicar uma ausência de iniciativa ou perceção de que a personalização não é viável na

instituição. AMV6, apesar de não escolher o quarto, personaliza o espaço, demonstrando que a adaptação é possível. AMV7, que também não escolheu o quarto, aceitou a situação, enquanto AMV9 se limitou a trazer o telemóvel, adaptando-se às circunstâncias atuais.

As respostas dos FS mostram uma diversidade de experiências. A maioria confirma que os residentes não têm oportunidade de escolher o quarto. F1 declara: *“Basicamente, eu não fiz questão de...”*, sugerindo que a escolha do quarto não é prioritária. F5 e F6 reforçam que os AMVS não podem escolher o quarto, destacando a falta de opção. Alguns FS, como F4 e F3, referem que os residentes conseguem personalizar os espaços de alguma forma, trazendo objetos pessoais como cadernos, canetas e fotografias, numa tentativa de preservar a identidade. F2 e F6 reconhecem que os quartos permanecem limitados, enquanto F7 relata uma situação em que a mãe teve de guardar uma fotografia: *“Uma vez eu sei que tinha uma fotografia, mas ela guardou a fotografia porque disseram que não podia meter, porque podia partir, mas aquilo não era vidro”*, sem compreender o motivo da decisão. F8 observa que, apesar das fotografias, a mãe possui poucos objetos pessoais no quarto.

Os TS apresentam uma perspetiva mais positiva. T1 menciona que os residentes podem trazer móveis e objetos pessoais, como quadros, livros e até animais de estimação, criando um ambiente mais familiar. T2 confirma que, embora não possam escolher o quarto específico, a personalização é incentivada, desde que não comprometa a circulação no espaço ou a segurança dos outros AMVS.

A análise revela que, de uma forma geral, existe um consenso sobre a falta de escolha do quarto, bem como uma tentativa de personalização, embora limitada. As divergências surgem principalmente no grau de personalização possível, com os TS apresentando uma perspetiva mais favorável sobre a possibilidade de adaptação dos espaços, enquanto os AMVS e FS relatam dificuldades significativas.

A análise da perceção dos entrevistados sobre o processo de adaptação ao ambiente institucional centra-se na relação entre a adaptação do indivíduo à instituição e as adaptações realizadas pela própria instituição para atender às necessidades dos AMVS.

A maioria dos AMVS (AMV1, AMV2, AMV5, AMV7, AMV9) considera que são eles que se adaptam à instituição. AMV9 afirma que *“teve de se adaptar ao regime”*, descrevendo-o como um *“regime militar”*.

Alguns AMVS (AMV3, AMV4, AMV8) percebem uma adaptação mútua, em que ambos os lados se ajustam. AMV4 refere que *“os residentes com maior facilidade de adaptação integram-se melhor na instituição”*.

Entre os FS, as opiniões seguem percepções semelhantes. Alguns consideram que o processo de adaptação é responsabilidade dos AMVS, que devem ajustar-se às regras estabelecidas. F4 comenta que *“a instituição tem regras exigentes”*, mencionando a necessidade de adaptação a horários e práticas fixas, mas também observa uma fase de *“conhecimento mútuo”*. Por outro lado, FS como F1 e F6 reconhecem uma adaptação mútua, na qual, apesar de os residentes seguirem as regras da instituição, a personalidade do AMV influencia o ambiente e as práticas institucionais, permitindo alguma flexibilidade.

De modo geral, o consenso é que os AMVS têm de se adaptar às regras da instituição, mas a principal divergência está na percepção de reciprocidade. Alguns AMVS e FS consideram o processo de adaptação mais flexível e mútuo, o que sugere um ajustamento dinâmico entre residentes e instituição.

Neste ponto procurou-se ainda compreender se os AMVS conseguem manter as rotinas que possuíam antes da institucionalização. As respostas indicam uma sensação de perda de autonomia e uma adaptação às novas rotinas. AMV1 afirma: *“Não. Nenhuma. Já não tem nada a ver a minha vida”*. AMV2 menciona que, embora consiga manter o horário de dormir, a escolha da ementa não lhe é proposta, embora aceite esta realidade. AMV4 e AMV8 relatam manter algumas rotinas, enquanto AMV5 e AMV9 sublinham a dificuldade de adaptação aos horários estipulados pela instituição. AMV5 refere: *“Quando eu estava sozinho fazia tudo à hora que eu queria. E agora já não”*.

Os FS descrevem mudanças nas rotinas de sono e apontam a falta de flexibilidade da instituição. F4 observa: *“Ele deitava-se tarde e levantava-se cedo, e agora deita-se muito cedo”*. F5 afirma: *“Não há liberdade”*. Outros FS indicam que alguns hábitos, como ver televisão até tarde, podem ser mantidos, mostrando que certas rotinas pessoais ainda são possíveis, mas de forma limitada.

Os TS confirmam que algumas rotinas, como os horários de acordar e deitar, podem ser preservadas, e que incentivam a autonomia na medida do possível. No entanto, algumas AVDS, como lavar a própria roupa, são limitadas. T2 explica que, embora nem todas as atividades do quotidiano possam ser realizadas da mesma forma, algumas tarefas simples, como fazer a cama, são incentivadas, promovendo algum nível de autonomia condicionado pelas capacidades motoras e cognitivas dos AMVS.

Em conclusão, existe um consenso quanto à perda de autonomia e à necessidade de adaptação à rotina institucional, especialmente nos horários de refeições, descanso e atividades diárias. No entanto, surgem divergências sobre a flexibilidade em manter certas rotinas, com os

TS apresentando uma perspectiva mais otimista em relação à possibilidade de adaptação das rotinas pessoais dos AMVS, ao passo que os AMVS e FS relatam uma experiência mais restritiva.

A análise das respostas às questões sobre os horários de visita aborda dois aspetos principais: se os horários atendem às necessidades dos AMVS e se eles têm autonomia para decidir os horários.

Relativamente à questão de os horários de visita corresponderem às necessidades dos utentes, as respostas variam. Alguns AMVS, como AMV1, afirmam que “*responde bem*”, indicando satisfação com os horários estabelecidos. Por outro lado, outros, como AMV2, expressam incerteza: “*Sim. Mas eu nem sei os horários*”, revelando uma falta de clareza quanto aos mesmos.

Quanto à segunda parte da questão – se os AMVS têm autonomia para decidir os horários – surgem respostas que demonstram limitações. AMV1, ao afirmar “*Não*”, aponta para uma perceção de falta de controlo sobre o agendamento das visitas.

Os FS corroboram esta visão, indicando que os horários de visita são definidos pela instituição. A maioria dos FS (F1, F7, F8, F9) afirma que os horários estão fixados, mas alguns, como F4, mencionam a possibilidade de ajuste em casos específicos: “*Se não pudermos ir à tarde e precisarmos ir de manhã, podemos conversar com o lar e ajustar*”. Já FS como F6 mostram incerteza quanto à autonomia dos AMVS nesta matéria, declarando: “*Não sei se ela tem autonomia*”.

Por sua vez, os TS reconhecem que, embora os horários sejam estipulados institucionalmente, há espaço para flexibilidade. T1 refere que “*apesar de existir um cronograma, a flexibilidade é aplicada conforme a necessidade*”. T2 reforça essa ideia, afirmando que os horários podem ser ajustados, desde que respeitados limites razoáveis.

Há consenso sobre a existência de horários estruturados com flexibilidade condicionada. A principal divergência está na autonomia dos AMVS para decidir os horários de visita.

3.3.2. Estratégias seguidas

A subcategoria - estratégias seguidas - é essencial para identificar sugestões dos AMVS, FS e TS para facilitar e promover a participação dos AMVS na tomada de decisão nas ERPIs.

Os AMVS destacam a necessidade de maior apoio, particularmente em termos de recursos humanos. AMV1 e AMV5 mencionam não saber como contribuir para a tomada de

decisões, enquanto AMV3 observa que *“precisamos de mais pessoal”* devido à sobrecarga dos colaboradores. AMV4 sugere que a instituição contrate *“profissionais mais qualificados”* para proporcionar um melhor serviço. Além disso, AMV2 manifesta interesse em participar em atividades como *“projeções de filmes”* e *“palestras”*, indicando um desejo de maior envolvimento social. Alguns AMVS expressam sentimentos de impotência; AMV6 afirma que *“não tenho opinião sobre isso”*, enquanto AMV7 reflete frustração, ao referir que *“ninguém é capaz de tomar decisões”* e *“ninguém gosta de estar no lar”*. AMV9, por sua vez, pede *“mais apoio das empregadas do lar”*, reforçando a necessidade de atenção individualizada e investimento em mais recursos humanos.

Os FS também sugerem diversas estratégias. F1 salienta que *“as decisões devem ser discutidas antecipadamente e documentadas”* para aumentar a autonomia dos AMVS. F4 propõe *“momentos de reflexão conjunta”* com os AS para ajustar práticas institucionais. A necessidade de mais profissionais qualificados é reforçada por vários FS, incluindo F5, que afirma que *“a falta de pessoal resulta em rotinas apertadas”*. F6 comenta que *“a dependência dos AMVS limita a capacidade de decidir”*, sugerindo cuidados mais individualizados. F3 expressa o desejo de que o seu familiar tenha *“mais liberdade de movimento fora do espaço físico”* da instituição. A questão da comunicação também é abordada: F7 afirma que *“os trabalhadores devem estar abertos a ouvir as opiniões dos AMVS”*. Por fim, F9 destaca que *“os AMVS adoram conversar sobre a sua vida anterior”*, sublinhando a importância de criar momentos de partilha de vivências.

Os TS identificam estratégias específicas para promover a participação dos AMVS. T1 destaca a importância de *“estar presente durante as admissões”* para criar uma ponte entre a instituição, a família e o residente. A instituição designa *“um funcionário para acompanhar o novo residente nas primeiras semanas”*, contribuindo para reduzir a sua ansiedade. T2 enfatiza a personalização, recomendando *“decorar os quartos com objetos pessoais”* e *“escolher pares de residentes que se adaptem bem”*. Também refere que a instituição organiza *“atividades em grupo nas primeiras semanas”* para avaliar as capacidades dos novos residentes, respeitando as suas preferências e evitando imposições. Ambos os TS concordam que a personalização do cuidado é fundamental para atender às diferentes necessidades dos AMVS.

De forma geral, há consenso sobre a importância de garantir recursos adequados, incentivar a participação dos AMVS e personalizar o atendimento. As divergências surgem nas perceções sobre o nível de autonomia real dos AMVS e o enfoque nas suas necessidades

emocionais e sociais. Enquanto os AMVS sublinham a necessidade de mais apoio direto e atividades sociais, os TS e FS concentram-se em estratégias estruturadas que promovam maior autonomia e adaptação às rotinas institucionais.

Os entrevistados foram ainda questionados sobre estratégias que podem facilitar a adaptação dos AMVS à vida na instituição.

AMV2 destaca que, se pudesse *“participava mais”*, estaria *“mais ativa”*, sublinhando a importância da inclusão em atividades sociais para o bem-estar. AMV8 sugere que os residentes *“poderiam motivar-se uns aos outros”*, evidenciando o valor do suporte mútuo na adaptação. Por sua vez, AMV4 afirma que se sente bem ajustado, indicando uma adaptação tranquila ao novo ambiente: *“Senti-me logo bem”*.

Alguns AMVS (AMV1, AMV5, AMV6 e AMV7), não conseguem responder à questão, o que pode apontar para uma desconexão com o ambiente institucional ou uma falta de reflexão sobre as suas necessidades. AMV9 menciona uma necessidade específica, afirmando que a adaptação seria facilitada se *“atendessem mais rápido quando toco a campainha”*, evidenciando a importância de respostas rápidas e atenção personalizada.

Os FS destacam a relevância do envolvimento dos AMVS no processo de adaptação. F1 afirma que *“é importante dar ao AMV a oportunidade de tomar decisões enquanto ainda está lúcido”*, sublinhando que isso ajuda a preservar a autonomia. F3 compara o processo inicial de adaptação à importância de uma primeira boa impressão, afirmando: *“... se a pessoa entra, com capacidades cognitivas de perceber claramente onde é que está a ir, se não há ali um envolvimento logo, ... isto é como no marketing, não há uma segunda oportunidade de causar uma primeira boa impressão. E nesse caso funciona exatamente da mesma forma. Se não há logo de início um envolvimento da instituição com o idoso (AMV), falha completamente. O idoso (AMV) vai estar infeliz o resto do tempo...”*. Ou seja, esta familiar ressalta a importância de um acolhimento imediato e efetivo por parte da instituição, destacando o impacto duradouro das primeiras interações no bem-estar do AMV.

F5 menciona a necessidade de considerar as capacidades cognitivas dos AMVS. Para este, *“quem não tem comprometimento cognitivo deve participar nas decisões”*, enquanto, para aqueles que apresentam demência ou dificuldades cognitivas, o envolvimento pode ser limitado. F6 reforça que, ao sair de um ambiente familiar, *“é essencial que o AMV sinta que está a entrar num novo lar”*, destacando a necessidade de atenção personalizada e individualizada na fase de adaptação.

F9 também sublinha a importância do envolvimento, afirmando que *“sem participação, o AMV pode sentir-se marginalizado”*. Outros FS, como F4 e F8, enfatizam que a *“apresentação gradual do espaço e das pessoas”* é crucial para uma transição mais suave.

No entanto, surgem divergências relacionadas às capacidades cognitivas e emocionais dos AMVS. Enquanto alguns residentes, como AMV9, enfatizam a importância de uma abordagem personalizada, considerando as necessidades individuais e as capacidades dos AMVS, esta é essencial para uma integração bem-sucedida nas instituições.

3.3.3 Papel/ação do/a Assistente Social neste processo

Esta análise visou compreender o papel e a ação do/a AS no processo de adaptação dos AMVS, verificando se os AMVS e FS conheceram o AS no dia de ingresso do AMV na instituição.

Dos nove AMVS entrevistados, cinco confirmam que conhecem o AS antes ou no momento de ingresso, enquanto sete indicam alguma familiaridade. AMV1, AMV2, AMV7 e AMV9 respondem afirmativamente. AMV5 destaca: *“Já conhecia porque já tinha tido cá a minha mulher”*. Em contraste, AMV3 e AMV4 declaram não conhecer o AS.

Entre os FS, as perceções sobre o papel do/a AS variam. F1 afirma: *“Não, não houve AS. No entanto, à data da integração, sabe-se que conheceu a AS da residência”*. F2 e F3 mencionam conhecer o AS e outros profissionais. Por outro lado, F5 refere: *“Não há AS”* na instituição. F6, sem certeza sobre o papel do/a AS, afirma que a falta de informações claras contribui para essa desconexão.

No geral, há um consenso sobre o valor do suporte social e o papel positivo do/a AS na adaptação dos AMVS, mas as respostas mostram variação nas práticas institucionais e na consistência do acompanhamento. Essa análise sugere a necessidade de uma abordagem mais uniforme e informativa, permitindo que AMVS e FS compreendam melhor o papel do/a AS e se beneficiem do suporte adequado para uma melhor adaptação.

Neste ponto, procurou-se, ainda, analisar o apoio prestado pelo/a AS ou técnico/a durante a integração dos AMVS na ERPI.

As respostas dos AMVS sobre o apoio recebido durante a integração são variadas. AMV1, AMV2, AMV3, AMV5 e AMV8 destacam formas positivas de apoio. AMV1 menciona: *“tudo aquilo que precisei, ajudou a conhecer a instituição”*. AMV2 ressalta a simpatia da AS, afirmando: *“é sempre uma senhora simpática, bem-disposta, agradável”*, o que facilita a adaptação. AMV3 descreve um apoio específico: *“ajudou a escrever uma carta*

para os meus filhos”, e AMV5 relata: “sempre que preciso de alguma coisa, eu peço e ele faz”. AMV8 refere que recebe ajuda “naquilo que precisei”, sem especificar detalhes.

Por outro lado, AMV4, AMV6, AMV7 e AMV9 relatam pouca ou nenhuma ajuda durante a integração. AMV4 afirma que o apoio ocorre *"quando é preciso"*. AMV6 declara: *"nada foi oferecido"*. AMV7 descreve que a ajuda se limitou a providenciar um quarto, e AMV9 afirma: *"não me deu nada"*.

Entre os FS, F1, F3, F4, F6, F7 e F9 percebem um apoio positivo por parte da AS e da equipe técnica. F1 destaca o acolhimento, afirmando que a AS a faz sentir-se confortável em confiar no serviço. F3 observa que a equipe mantém contato nos primeiros dias para assegurar que a mãe está bem. F4 e F6 relatam que um técnico conhece os AMVS antes da entrada, buscando compreender as suas preferências e necessidades. F7 elogia a disponibilidade constante da AS, e F9 menciona que a AS está *"sempre disponível"* para discutir qualquer situação.

F2 refere que recebeu as informações necessárias, mas não fornece detalhes. F5 não sabe responder, e F8 expressa incerteza sobre o papel do/a AS na instituição, evidenciando uma falta de clareza sobre a função e o envolvimento do/a AS durante a integração.

Os TS descrevem o papel do/a AS na instituição. T1 enfatiza que o apoio é abrangente, começando com o conhecimento profundo do AMV e da família, especialmente no processo de admissão. Ele valoriza a presença do/a AS nesse momento, pois facilita a identificação das emoções e necessidades do residente e promove a integração familiar. T2 acrescenta que, embora a instituição não dependa diretamente da Segurança Social como uma IPSS, o/a AS ainda é crucial para apoiar os residentes e as suas famílias em questões práticas, como benefícios sociais, atestados de incapacidade e complementos de independência. Assim, o/a AS desempenha um papel importante tanto na adaptação emocional quanto nas questões sociais.

Os consensos destacam a importância de um suporte claro e acolhedor, que permita uma adaptação emocional e prática dos AMVS e ofereça segurança para os FS. No entanto, as divergências sugerem uma necessidade de padronizar a experiência de acolhimento, garantindo que todos os AMVS recebam o mesmo nível de apoio e que as funções do/a AS sejam claramente comunicadas aos FS. Isso poderia melhorar a integração e aumentar a confiança de todos os envolvidos no processo institucional.

Os entrevistados foram ainda questionados se o AS teve um contributo essencial para a sua boa integração. O apoio prestado pelo AS durante a integração dos AMVS na ERPI variou entre as respostas dos próprios AMVS e seus familiares.

Entre os AMVS, alguns (4 de 9) destacaram o apoio emocional e prático do AS, como no caso de AMV3, que mencionou uma frase do AS que a fez sentir-se bem-adaptada. Outros, como AMV7 e AMV8, referiram apoio nas suas necessidades, embora AMV5, AMV6 e AMV9 relatassem pouca ou nenhuma interação com o AS, com alguns não se lembrando do apoio recebido.

Entre os familiares, F7, F8 e F9 expressaram uma perceção positiva do apoio do AS, destacando o acolhimento, a atenção constante e a comunicação eficaz. F1, F3 e F4, por exemplo, elogiaram a forma como o AS assegurou o bem-estar do AMV e manteve a família informada. No entanto, alguns familiares, como F5 e F8, não forneceram muitos detalhes sobre o papel do AS, com F8 até expressando incerteza sobre as suas funções.

Os TS também enfatizaram o papel crucial do AS na adaptação, destacando sua capacidade de identificar as necessidades emocionais dos AMVS e oferecer apoio nas questões práticas, como benefícios sociais.

Em resumo, o apoio do AS foi considerado essencial para a adaptação de muitos AMVS e os seus familiares, mas as perceções variaram. Há uma necessidade de uniformizar o apoio e clarificar o papel do AS, garantindo que todos os AMVS recebam o mesmo nível de assistência para uma integração mais eficaz.

A análise das respostas dos participantes revela perceções distintas sobre o papel do/a AS na motivação dos AMVS para participarem nas tomadas de decisão.

Foi expresso por estes, desconhecimento ou indiferença em relação à atuação do/a AS. AMV1 e AMV2 afirmaram não saber responder. AMV4 complementou, afirmando que “*tem dias que nem a vejo*”, sugerindo uma presença esporádica ou falta de envolvimento direto.

Alguns AMVS também mencionaram a existência de uma estrutura hierárquica rígida. Por exemplo, AMV5 referiu que “*as decisões são tomadas pelos donos da instituição*”, o que aponta para uma perspetiva de que o AS tem pouca ou nenhuma influência na gestão ou nas decisões que afetam os residentes. AMV7 demonstrou frustração ao dizer: “*A gente nunca tem razão, mesmo que queira falar*”.

Estes relatos evidenciam uma perceção de falta de voz e de autonomia entre os AMVS, muitos sentem-se excluídos do processo de decisão ou desmotivados para participar.

Os FS apresentam uma perspetiva mista sobre o papel do/a AS. Alguns FS veem os AS como uma figura de referência, proporcionando segurança e confiança aos residentes. F3 destacou: “*A AS ajudou muito na adaptação da minha mãe, sempre disponível para conversar*”.

Contudo, outros FS mencionaram que o papel do/a AS nem sempre é claro ou consistentemente aplicado. F5 afirmou: *“Às vezes parece que não há AS, porque não vemos esse trabalho no dia-a-dia”*.

Os TS apresentam uma perspetiva contrastante. T1 destacou que o/a AS *“trabalha para criar um ambiente acolhedor e aberto”*, incentivando os AMVS a expressarem as suas vontades. T2 salientou que o AS procura entender os interesses individuais dos residentes, afirmando: *“Cada residente é único, e ajustamos as soluções às suas necessidades”*.

T1 também mencionou que o AS frequentemente informa os residentes sobre os seus direitos de forma descontraída, facilitando a participação em decisões menores, como a escolha de atividades ou refeições. T2 complementou, indicando que o AS se envolve em projetos personalizados, adaptando as práticas institucionais aos interesses e capacidades dos AMVS.

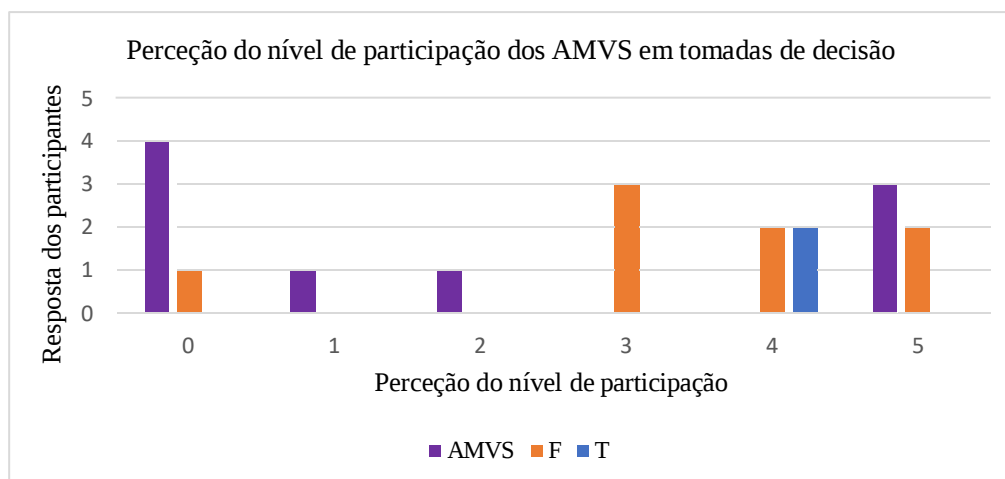
As respostas dos participantes indicam tanto consensos quanto divergências significativas sobre o papel do/a AS. Há um consenso entre FS e TS sobre a importância do AS em criar um ambiente acolhedor e seguro, com um foco no apoio emocional e na mediação das relações entre residentes, famílias e instituição.

Por outro lado, as perceções dos AMVS mostram uma experiência mais fragmentada e frequentemente negativa. Muitos relatam falta de presença ou de incentivo do/a AS, o que contrasta com a perspetiva mais positiva dos FS e TS. Essa disparidade sugere que, embora existam boas práticas por parte do AS, estas nem sempre são percebidas ou sentidas pelos AMVS.

3.3.4 Avaliação da participação

Foi desenvolvida e aplicada uma escala, medida de 0 a 5 (sendo 0 nada e 5 sempre), para avaliar a perceção dos entrevistados sobre o nível de participação dos AMVS nas tomadas de decisão, atualmente.

Gráfico 2 - Perceção do nível de participação dos AMVS em tomadas de decisão



Fonte: Elaboração própria.

Os dados refletem uma diversidade de percepções sobre o nível de participação dos AMVS nas tomadas de decisões, com diferentes graus de envolvimento relatados. Três AMV (AMV3, AMV7 e AMV8) atribuem uma avaliação positiva de “5”, indicando que participam sempre. Em contraste, AMV2 e AMV5 atribuem a avaliação mínima (“0”), ou seja, nunca tomam decisões. AMV2 afirma: *“Decisões não tomo nunca. Zero”*. Já AMV5 declara: *“Ainda sei aquilo que quero”*.

AMV4, que atribui “2”, menciona o “intuito lucrativo” da instituição, o que, segundo ele, limita a autonomia dos residentes. Os FS também apresentam respostas diferenciadas, com a maioria situando-se em valores intermédios, indicando percepções de participação moderada. F1, F4 e F8 atribuem “3”, sugerindo que os AMVS têm algum grau de envolvimento em tomadas de decisão. FS (F3, F6, F7 e F9), ao atribuírem valores entre “4” e “5”, consideram que os AMVS participam sempre ativamente. F9, ao atribuir “5”, afirma: *“Ele participa plenamente”*. Em contraste, F5 refere “0”. F2, ao expressar incerteza com a declaração *“Não sei dizer isso, isso não sei”*, revela uma falta de clareza sobre o nível de participação.

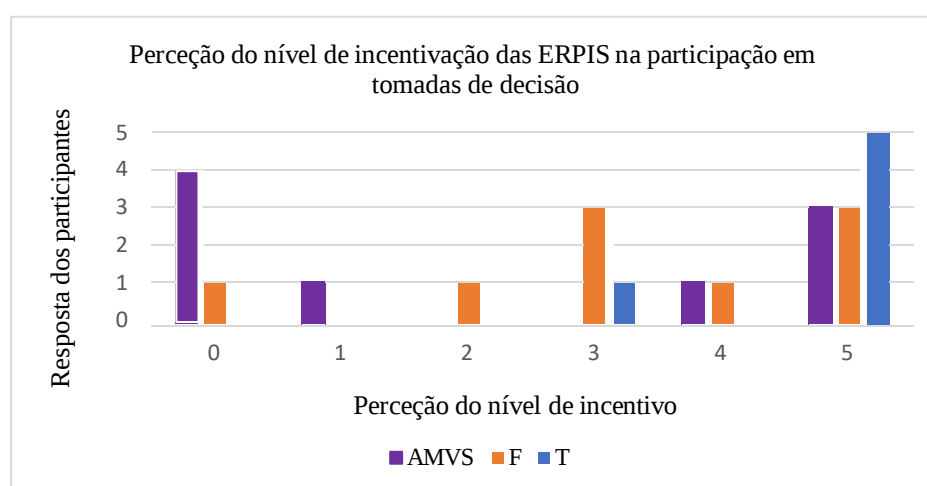
Entre os TS, ambos atribuem uma avaliação de “4”. T1 observa que a participação dos AMVS é encorajada e ressalta a importância da formação dos cuidadores formais para aprimorar este processo. T2 reforça que a instituição promove o envolvimento dos AMVS, reconhecendo que o sucesso depende de fatores como o perfil dos residentes e o ambiente institucional.

Os dados evidenciam tanto consensos quanto divergências nas percepções de participação dos AMVS nas tomadas de decisão. Entre os AMVS, as opiniões são polarizadas:

enquanto alguns se percebem como plenamente participativos, outros relatam experiências de exclusão. Já os FS apresentam uma maior variabilidade nas respostas, com percepções que vão desde um envolvimento moderado até uma participação plena, mas também surgem casos de incerteza ou exclusão. Em contrapartida, os TS mantêm uma avaliação predominantemente positiva, concordando que a instituição incentiva a participação dos AMVS, embora reconheçam que fatores institucionais e individuais possam influenciar esse processo.

Este panorama revela uma heterogeneidade de experiências e percepções, sugerindo a necessidade de estratégias que promovam uma participação mais uniforme e inclusiva dos AMVS, de modo a reduzir as discrepâncias observadas entre os diferentes grupos.

Gráfico 3- Percepção do nível de incentivação das ERPIS na participação em tomadas de decisão



Fonte: Elaboração própria.

A análise das respostas dos AMVS revela percepções variadas sobre o incentivo da instituição à participação nas tomadas de decisão. Alguns AMVS atribuíram avaliações altas, indicando que são sempre incentivados pelos colaboradores. AMV3, AMV4, AMV6 e AMV8 destacaram um envolvimento ativo, com AMV3 afirmando sentir-se "respeitado nas decisões" e AMV4 descrevendo o ambiente como "acolhedor e propício à participação". No entanto, AMV8 mencionou que o incentivo varia conforme a situação.

Em contrapartida, outros AMVS expressaram a falta de autonomia, atribuindo as avaliações mais baixas. AMV5, AMV7 e AMV9 indicaram que não são consultados nas decisões, com AMV5 afirmando: *"Ainda sei aquilo que quero, mas não me perguntam"* e AMV9 sentindo-se "excluído das decisões importantes". AMV2 criticou diretamente a estrutura hierárquica da instituição, enquanto AMV1 expressou incerteza sobre o nível de incentivo.

Os FS apresentaram percepções ligeiramente mais positivas. A maioria atribuiu classificações elevadas, com FS como F1, F3, F6, F8 e F9 destacando a satisfação com o nível de incentivo. F6 afirmou que *“a instituição incentiva bastante a participação”*, enquanto F1 reconheceu uma boa comunicação institucional. No entanto, F2, F4 e F8 atribuíram avaliações médias, refletindo percepções de incentivo moderado. F5, por sua vez, indicou que o seu familiar *“não sente qualquer envolvimento”*, e F7 sugeriu que o incentivo é limitado e inconsistente.

Entre os TS, as percepções também variaram. T1 atribuiu "3", considerando que o incentivo depende da formação e sensibilidade dos cuidadores. Já T2 atribuiu "5", destacando que a instituição sempre incentiva a participação dos AMVS, especialmente em decisões que afetam diretamente o seu dia a dia.

Em geral, tanto FS quanto TS concordam que a instituição promove o incentivo à participação dos AMVS, com a maioria atribuindo classificações elevadas. No entanto, entre os AMVS, há percepções polarizadas: enquanto alguns valorizam o incentivo institucional, outros relatam exclusão e falta de autonomia. As percepções dos FS também mostram uma falta de uniformidade nas práticas, evidenciando que o nível de incentivo pode variar de acordo com a situação. As divergências nas percepções dos TS refletem as diferenças nas práticas de incentivo, com alguns a apontarem limitações estruturais e outros a destacarem práticas institucionais mais consistentes.

Capítulo IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para responder à primeira categoria, relativa à importância da participação no processo de institucionalização, os resultados deste estudo evidenciam percepções divergentes sobre autonomia, participação e personalização nas ERPIS. Embora as políticas institucionais e a sobrecarga dos FS tenham sido reconhecidas como fatores importantes, os dados revelaram questões específicas que impactaram diretamente a experiência dos AMVS.

Cinco dos nove AMVS relataram que a decisão de institucionalização foi tomada sem o seu envolvimento direto, revelando uma percepção de perda de autonomia. A literatura sugere que a inclusão ativa dos AMVS nas decisões facilita a sua adaptação e reduz o impacto emocional negativo da transição (Nunes & Gibbs, 2023; Wamara & Naumiuk, 2023). No entanto, três AMVS indicaram ter tomado a decisão sozinhos, enquanto um afirmou que a decisão foi partilhada com os FS.

Embora os FS justificassem a institucionalização como uma necessidade, especialmente devido à sobrecarga de cuidados, essa justificação nem sempre foi bem expressa. Esta falta de comunicação levou os AMVS a sentirem-se excluídos, enquanto os FS evidenciaram sentimentos de culpa e de dúvidas sobre a decisão tomada.

Os resultados indicam que os motivos para a institucionalização são as limitações físicas ou emocionais dos FS, perda de autonomia dos AMVS e fatores financeiros e estruturais. A maioria dos AMVS identifica as limitações dos FS como o principal motivo, enquanto os próprios FS referem-se à deterioração das condições de saúde dos AMVS.

Este estudo evidencia a relevância das limitações dos FS na percepção dos AMVS sobre a sua institucionalização. Embora a literatura (e.g., Abreu, 2022; Lini et al., 2016) sublinhe o impacto do esgotamento físico e emocional dos cuidadores. Os AMVS deste estudo identificam estes dois fatores como centrais. Este resultado reforça a necessidade de estratégias que promovam o diálogo e a transparência entre AMVS e FS, com o objetivo de as percepções corresponderem com as expectativas.

Outro aspeto relevante identificado foi a perda de autonomia dos AMVS, em consonância com autores como Brito & Ferreira (2019) e Lee et al. (2009). No entanto, este estudo revela que os FS percebem essa perda de autonomia não é um fator isolado, mas um complemento às suas próprias limitações.

Por fim, os fatores financeiros e estruturais, embora menos mencionados, surgem como uma realidade prática incontornável. Este resultado alinha-se parcialmente com os estudos de Daniel (2009), mas esta investigação acrescenta uma nova perspetiva: os AMVS

raramente percebem ou mencionam estas questões como principais razões, o que pode refletir uma falta de consciência sobre os custos e os desafios estruturais enfrentados pelos FS.

Relativamente à subcategoria da importância da participação na vida quotidiana nas ERPIS, os dados revelam diferenças significativas nas perceções de autonomia e participação durante o processo de admissão. A participação dos AMVS facilita a adaptação, embora nem todos os entrevistados reconheçam este grau de envolvimento. Este resultado está em consonância com Holm et al. (2016), que destacam o papel crucial da participação na tomada de decisão para promover o bem-estar em contextos institucionais.

Uma parte dos AMVS relatou que a mudança foi imposta, refletindo uma perceção limitada de autonomia, o que vai ao encontro da perspetiva de Chira (2023), que aponta para a natureza simbólica da participação dos AMVS nos processos decisórios. Em contraste, os FS descrevem uma participação mais ativa.

A familiaridade com o ambiente e o apoio emocional emergem como fatores facilitadores da adaptação, tal como Carvalho & Dias (2011), que destacam a interação prévia com a instituição como elemento positivo. No entanto, mesmo quando há algum grau de participação, Abreu (2022) alerta que as perceções de perda de autonomia podem persistir, evidenciando a necessidade de estratégias mais personalizadas para mitigar essa sensação.

Os TS neste estudo reforçam que o envolvimento dos AMVS no momento da admissão, mesmo em decisões predominantemente tomadas pelos FS, é crucial para uma melhor adaptação. Vale (2020) salienta o impacto positivo das práticas participativas na experiência institucional, corroborando com a perspetiva anteriormente mencionada.

A discrepância entre as perceções de AMVS e FS evidencia uma lacuna na comunicação, conforme é referido por Wamara & Naumiuk (2023), que enfatizam a necessidade de garantir que as decisões reflitam verdadeiramente as preferências dos AMVS. Este aspeto é fundamental para evitar sentimentos de exclusão e promover uma adaptação mais digna e positiva.

A discussão sobre a autonomia revela um equilíbrio entre o incentivo às escolhas diárias e as limitações impostas pela institucionalização. Os resultados desta investigação indicam que, embora os AMVS possam tomar pequenas decisões, como na escolha do vestuário ou na higiene pessoal, muitos sentem uma perda significativa de controlo. Por exemplo, uma AMV referiu que “... não há condições para se tomar banho sozinha porque o chão não é antiderrapante. Não há um varão para nós nos segurarmos. E, por isso, temos umas cadeiras

que nos levam. Que eu não gosto muito”, o que vai de encontro a Moilanen et al. (2021), que identificam barreiras estruturais nas ERPIS que limitam a autonomia e independência.

A literatura sublinha que mesmo pequenas escolhas podem ter um impacto positivo no bem-estar, contribuindo para preservar a dignidade e a sensação de controlo (Rodgers & Neville, 2007; Vale, 2020). No entanto, quando os AMVS não percebem essas escolhas como significativas, continuam a sentir-se afastados, como destacado por Chira (2023).

A discrepância entre a perceção de autonomia dos AMVS e a visão mais otimista dos FS e TS reflete a necessidade de melhorar a comunicação, e alinhar as expectativas para promover um ambiente mais centrado no AMV, conforme recomendado pela OMS (2002) no âmbito do envelhecimento ativo.

A análise evidencia que a participação dos AMVS nas atividades diárias das ERPIS promovem a autonomia, mesmo num contexto de dependência. Este resultado está alinhado com Carvalho e Duque (2021), que destacam a importância de atividades personalizadas no envelhecimento ativo. Os projetos de vida e a manutenção de hortas, reforçam que as atividades significativas aumentam o bem-estar e a perceção de autonomia, também defendido por Moilanen et al. (2021).

No entanto, a literatura aponta para limitações estruturais na promoção da autonomia neste contexto. Loon et al. (2021) salientam que barreiras institucionais podem restringir o impacto dessas iniciativas, embora reconheçam que pequenas decisões diárias ajudam a mitigar a sensação de perda de controlo. Assim, embora as práticas descritas sejam positivas, é essencial que as instituições adotem uma abordagem contínua e individualizada para equilibrar autonomia e a dependência, como sugerem Crispim (2020) e a OMS (2002).

A partir da segunda categoria, referente aos fatores facilitadores e obstáculos à participação, foi possível identificar diversos fatores que motivam os AMVS a participar nas decisões, entre influências individuais e contextuais. A personalização das atividades e a valorização das preferências individuais são reconhecidas como estratégias eficazes para promover o envolvimento, conforme também defendido por Carvalho e Duque (2021).

Os resultados desta investigação alinham-se com o estudo de Abreu (2022), que ressalta a importância de considerar as experiências prévias e interesses dos AMVS na organização de atividades nas ERPIS. A motivação é influenciada tanto por fatores internos, como o desejo de manter a independência, quanto por fatores externos, como a qualidade do ambiente e do atendimento, corroborando as observações de Crispim (2020) sobre a necessidade de uma abordagem centrada no AMV.

Por outro lado, a resistência à institucionalização observada em alguns AMVS, que expressam o desejo de voltar para casa, reflete uma dificuldade de adaptação frequentemente mencionada na literatura, como em Brito e Ferreira (2019). Essa resistência sublinha a necessidade de estratégias que aumentem o sentimento de pertença e reduzam o impacto emocional no processo de transição para uma ERPI.

Os FS e TS reforçam a ideia de que um ambiente positivo e atividades significativas são cruciais para o bem-estar, refletindo os princípios do envelhecimento ativo propostos pela OMS (2002). No entanto, Moilanen et al. (2021) alertam para as limitações estruturais que podem restringir a autonomia e a motivação, mesmo em contextos com práticas personalizadas.

A discussão sobre os apoios e recursos disponíveis nas ERPI para fomentar a participação dos AMVS alinha-se com a literatura, que destaca a importância de estruturas bem organizadas e ambientes acolhedores. Como defendem Carvalho e Dias (2011), um ambiente positivo e adaptado às necessidades dos AMVS pode melhorar significativamente a sua qualidade de vida e bem-estar. A valorização de planos individuais, mencionada pelos TS, é apoiada por Vale (2020), que sublinha a relevância de abordagens personalizadas para fortalecer a autonomia e a participação destes.

A integração com a comunidade, sugerida por um TS como forma de ampliar as experiências dos AMVS, está em consonância com Abreu (2022), que realça a importância de redes de apoio social para combater o isolamento. No entanto, como referem Loon et al. (2021), barreiras estruturais e limitações de recursos podem restringir o impacto destas iniciativas, exigindo um esforço contínuo das instituições para superar esses desafios.

Por fim, a discrepância entre o conhecimento dos recursos por parte dos AMVS e FS reflete uma lacuna na comunicação e na literacia, também identificada por Wamara e Naumiuk (2023), que salientam a importância da sensibilização para garantir que os AMVS e os FS estejam plenamente informados sobre as oportunidades disponíveis. Para maximizar a eficácia dos recursos, é essencial que as ERPIS promovam uma comunicação clara e assegurem o envolvimento ativo de todos os intervenientes.

A análise revela consensos e divergências sobre os obstáculos à participação dos AMVS nas ERPIS. Limitações físicas e de saúde são reconhecidas como barreiras, conforme apontado por Brito e Ferreira (2019) e Lini et al. (2016). A falta de apoio familiar surge como outro fator desmotivador, com impacto significativo no bem-estar dos residentes, como destacado por Nunes e Gibbs (2023).

Enquanto os AMVS tendem a subestimar o impacto do isolamento social, os FS enfatizam a perda de vontade de viver como um desafio central, alinhado com o artigo de Carvalho & Dias (2011). A imposição de atividades, especialmente quando não adaptadas aos interesses destes, é vista como contraproducente, reforçando a necessidade de práticas personalizadas, conforme defendido por Crispim (2020) e Vale (2020).

Assim, é essencial promover a participação através de uma abordagem que respeite as preferências e limitações individuais, assegurando que as atividades sejam verdadeiramente significativas e contribuam para o bem-estar dos AMVS.

A análise das perceções sobre a expressão de opiniões dos AMVS revela que, embora a maioria dos entrevistados (AMVS e FS) não se sintam diretamente impedidos ou desvalorizados, persistem barreiras emocionais e institucionais. Entre elas destacam-se a sobrecarga de trabalho dos profissionais e a falta de resposta às preocupações dos residentes, o que pode originar frustração e desmotivação. Esta perspetiva vai de encontro aos resultados de Moilanen et al. (2021) e Chira (2023), que alertam para o risco de uma participação meramente simbólica, em vez de um envolvimento real.

A ausência de formação adequada é identificada como um fator limitante para a comunicação eficaz e a valorização das opiniões dos AMVS. Em consonância com Arco et al. (2021), os TS sublinham a importância de equipas técnicas bem preparadas para garantir que a participação dos AMVS tenha um impacto significativo.

Apesar dos desafios, reconhece-se, tomando por base os resultados obtidos, um ambiente relativamente aberto à comunicação. Há consenso sobre a necessidade de reforçar práticas que promovam uma participação significativa.

A análise evidencia que a ausência de participação dos AMVS nas decisões institucionais tem consequências significativas para o bem-estar destes e no funcionamento das ERPIS. Mais de metade dos AMVS relatam sentimentos de abandono e desmotivação, além de perda de interesse pela vida. Alguns mencionam dificuldades no acesso a cuidados básicos. Os FS corroboram essas perceções, apontando a exclusão decisória como um fator que anula a autonomia dos AMVS e contribui para o isolamento social. Por sua vez, os TS sublinham que a falta de envolvimento cria um ambiente institucional rígido e opressivo, com um impacto negativo na qualidade de vida dos residentes.

Estes resultados estão de acordo com Abreu (2022) e Holm et al. (2016), que destacam a importância do envolvimento dos AMVS para preservar a sua dignidade e bem-estar. A literatura aponta ainda que práticas participativas, como defendido por Crispim (2020) e Vale

(2020), podem mitigar esses impactos, promovendo um ambiente mais inclusivo e centrado na pessoa.

Na análise das percepções sobre estratégias e práticas institucionais promotoras da participação foi possível identificar quatro práticas adotadas pelas ERPI estudadas:

1. *Funcionalidade e dependência física - Razões para a Institucionalização*

A perda de autonomia física, devido a limitações funcionais, surge como um dos principais fatores que levam os AMVS à institucionalização. Muitos participantes relataram dificuldades em realizar AVDS, como alimentação e higiene, sendo essa uma razão determinante para procurar uma ERPI. Este resultado corrobora a literatura, que identifica a dependência física como um dos principais motores da institucionalização (Brito & Ferreira, 2019).

2. *A autonomia e participação dos AMVS nas instituições*

Embora a perda de independência física seja central para a institucionalização, a experiência dos AMVS é moldada pelo grau de participação nas decisões relacionadas para com os próprios. Alguns AMVS relataram sentir que as suas opiniões eram valorizadas, o que contribuía para uma maior percepção de controlo e dignidade. Este facto contrasta com a literatura que sugere que a institucionalização frequentemente reduz a autonomia (Carvalho & Dias, 2011). No entanto, limitações de recursos e a sobrecarga dos profissionais dificultam essa participação ativa.

3. *Apoio Familiar*

Esta investigação destacou as dificuldades que as famílias enfrentam para manter os AMVS em casa, incluindo falta de tempo, insuficiência de apoio social e dificuldades financeiras. Embora o desejo de cuidar do AMV esteja presente, essas barreiras levam à institucionalização, como evidencia Sampaio (2020) sobre a sobrecarga familiar. Apesar disso, o contacto contínuo com a família dentro da instituição tem um impacto positivo na qualidade de vida dos AMVS, proporcionando apoio emocional e ajudando a preservar a sua identidade social.

4. *Cuidados humanizados*

O cuidado humanizado emergiu como um elemento essencial na experiência dos AMVS nas ERPI. Os entrevistados destacaram que o ambiente físico e social da instituição influência significativamente o seu bem-estar emocional. As instituições que promovem práticas centradas na dignidade, incluindo a escuta ativa e a atenção às necessidades emocionais, são vistas de forma mais positiva. No entanto, como apontam Henriques et al.

(2021), a falta de recursos humanos e materiais limita frequentemente a implementação plena dessas práticas. Um esforço institucional para priorizar o bem-estar psicológico, além dos cuidados, é fundamental para garantir uma experiência mais positiva.

A análise do papel do AS e do apoio prestado durante a integração dos AMVS em ERPI demonstra uma diversidade de percepções e experiências entre os diferentes entrevistados, tendo em conta as discrepâncias analisadas.

A maioria dos AMVS mencionou uma presença esporádica ou um apoio limitado, sugerindo falhas na continuidade do acompanhamento pelo AS. Abreu (2022), sublinha a importância de um acompanhamento constante e próximo para garantir que os residentes se sintam apoiados no processo de adaptação. A falta de contacto com o AS pode gerar um sentimento de desamparo, sendo este aspeto essencial para a adaptação dos indivíduos. Carvalho & Dias (2011) também destacam a necessidade de um acompanhamento regular para facilitar a integração dos AMVS, reforçando a importância de um suporte contínuo e personalizado.

A maioria dos AMVS relatou a falta de envolvimento do AS nas decisões da instituição, refletindo uma percepção de falta de empoderamento e autonomia. Chira (2023) e Vale (2020) destacam que a participação ativa nas decisões é crucial para o bem-estar dos AMVS, sendo essencial que estes se sintam valorizados e ouvidos. Wamara & Naumiuk (2023) sublinham que o apoio institucional deve promover um ambiente onde os AMVS possam efetivamente influenciar as decisões das suas vidas.

Matos & Ferreira (2023) sublinham que as competências do AS, ainda que no contexto de Unidades de Cuidados Continuados Integrados, são fundamentais para promover a integração de pessoas institucionalizadas, especialmente em casos de abandono ou ausência de suporte constante. Essas competências incluem a capacidade de estabelecer uma relação de proximidade e de implementar estratégias que valorizem a autonomia e o empoderamento dos AMVS. Esta abordagem reforça o impacto positivo de um acompanhamento contínuo.

Em contraste, os FS apresentaram uma visão mais positiva do AS, enfatizando o seu papel no apoio emocional e na integração dos AMVS. Este ponto está alinhado com a literatura, que reconhece o impacto positivo do AS na criação de um ambiente acolhedor e seguro. Morais (2016) e Crispim (2020) destacam a importância de um acolhimento claro e personalizado, em que o AS ajuda os AMVS a compreenderem e ajustarem-se ao novo contexto, garantindo apoio emocional contínuo. No entanto, como observado por dois FS, a falta de clareza sobre o papel do AS é um aspeto sublinhado.

A análise sobre o nível de participação dos AMVS nas decisões institucionais revela percepções divergentes: enquanto alguns residentes referem um envolvimento ativo, outros sentem-se excluídos. Este cenário está de acordo, com Brito e Ferreira (2019), que destacam a perda de autonomia dos AMVS e a dificuldade de acesso a espaços que fomentem a tomada de decisão. A ausência de um ambiente verdadeiramente participativo pode resultar em desmotivação e exclusão, como evidenciado por algumas respostas dos AMVS.

Por outro lado, Rodgers e Neville (2007) e Moilanen et al. (2021) sublinham que a promoção da autonomia e da participação ativa é essencial para preservar a dignidade e o bem-estar dos AMVS. Essa abordagem é refletida em práticas dos TS, que relatam incentivar consistentemente a participação dos seus residentes.

Contudo, três AMVS, referem a ausência de oportunidades de participação, corroborando as preocupações de Chira (2023) e Kam (2023), que apontam para as limitações impostas pelas estruturas hierárquicas institucionais que podem comprometer a autonomia dos AMVS.

A discrepância nas percepções entre FS e TS sobre o incentivo à participação também é evidente. Carvalho e Duque (2021) destacam a importância de políticas claras e práticas institucionais que garantam a participação igualitária dos AMVS. A variação nas respostas sugere que a formação contínua e o alinhamento entre as práticas institucionais e as necessidades dos AMVS são fundamentais.

Em suma, a literatura indica que uma maior participação em tomadas de decisão dos AMVS requer um esforço contínuo de sensibilização e adaptação das práticas institucionais. Apenas assim será possível garantir que todos os AMVS, independentemente das suas condições, possam contribuir de forma efetiva para as decisões que afetam a sua vida quotidiana.

Conclusão

Esta investigação responde à questão de partida: "*De que forma a participação na tomada de decisão pode melhorar a integração do adulto mais velho nas ERPIS?*", demonstrando que a participação ativa dos AMVS na tomada de decisões contribui significativamente para a sua integração, aceitação da mudança e promoção da autonomia. Ao envolver os AMVS em decisões sobre as suas vidas quotidianas e o processo de institucionalização, reforçam-se o sentido de pertença e a dignidade, essenciais para um envelhecimento ativo e integrado em contextos institucionais.

Em relação ao primeiro objetivo geral, que visava analisar a importância percebida da participação dos AMVS na tomada de decisão em ERPIS, a investigação identificou que esta prática é vista como crucial pelos próprios AMVS, familiares e técnicos, tanto para reforçar a autonomia quanto para melhorar a qualidade de vida. As perceções dos entrevistados destacam ainda fatores facilitadores, como o apoio dos colaboradores e dos familiares, e obstáculos, como limitações físicas, estigmas sociais e insuficiência de recursos institucionais.

Quanto ao segundo objetivo geral, focado em identificar estratégias e práticas institucionais para promover a participação, o estudo revelou práticas promissoras, como a criação de momentos de partilha estruturados e o desenvolvimento de planos de cuidados personalizados. Estas estratégias demonstraram ser eficazes para integrar os AMVS nas tomadas de decisões quotidianas, respeitando as suas preferências e promovendo maior autodeterminação.

Os resultados reforçam o papel crucial dos Assistentes Sociais como mediadores no processo de institucionalização, destacando a sua responsabilidade em promover práticas participativas e assegurar que os AMVS sejam ouvidos e respeitados. Embora a participação contribua significativamente para a aceitação da nova realidade e a promoção da autonomia, os desafios supra mencionados, continuam a dificultar a sua implementação plena. Estes fatores reforçam a necessidade de estratégias institucionais que transformem o paradigma institucional em um modelo mais humanizado e centrado na pessoa.

Esta investigação é uma mais-valia para a gerontologia social e para o serviço social, numa perspetiva de melhoria da qualidade de programas e serviços gerontológicos, ao sublinhar a importância de incluir práticas participativas em contextos institucionais. Apresenta uma abordagem prática orientada para a melhoria da qualidade de vida dos AMVS, evidenciando o papel central dos Assistentes Sociais enquanto mediadores no processo participativo. Os resultados obtidos oferecem contributos que podem orientar a formulação de políticas públicas

para a promoção de práticas mais inclusivas e participativas nas ERPIS. Entre as recomendações mais significativas, destacam-se: a criação de momentos estruturados de partilha com os AMVS; a obrigatoriedade de formação contínua para os profissionais, com foco em práticas que estimulem a autonomia; e a implementação de planos individualizados que respeitem as preferências e a autodeterminação dos AMVS.

Esta investigação pode servir como base para intervenções que promovam a autonomia, a dignidade, e a qualidade de vida dos AMVS, em contextos institucionais. A sua aplicação prática poderá sensibilizar os técnicos das ERPIS, e outros profissionais, para a necessidade de envolver, os AMVS em tomadas de decisão.

Este estudo enfrentou algumas limitações que devem ser consideradas. Muitos AMVS, inicialmente, demonstraram dificuldade em entender o que se pretendia com os conceitos de “participação” e “tomada de decisão”. Foram contactadas mais de 30 instituições, das quais apenas três aceitaram participar efetivamente na investigação. E ainda, a desistência de uma técnica, já após a aceitação inicial, o que reduziu a diversidade de perspetivas profissionais que poderiam ter enriquecido a análise.

Dada a importância de práticas participativas em contextos institucionais, este estudo aponta algumas recomendações que podem ser úteis tanto na prática profissional quanto em investigações futuras. Quanto às práticas institucionais, é essencial esclarecer e promover o conceito de participação junto da população, permitindo o envolvimento dos AMVS em tomadas de decisões.

Para investigações futuras, poder-se-á aprofundar a análise do impacto da participação ativa na saúde mental e na integração social dos AMVS. Além disso, seria interessante comparar diferentes modelos de gestão das ERPIS, de modo a promover abordagens mais inclusivas e centradas na pessoa.

Em síntese, este estudo reforça a necessidade de transformar o paradigma institucional, ao adotar práticas que valorizem a autonomia e a dignidade dos AMVS, promovendo um envelhecimento mais ativo e integrado, mesmo em contextos de institucionalização.

Referências Bibliográficas

- Abreu, R. (2022). *Fatores conducentes à institucionalização numa estrutura residencial para pessoas idosas* [Master's thesis, Escola Superior de Educação de Coimbra, Mestrado em Gerontologia Social]. Repositório Comum da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10400.26/41719>
- Arco, H., Pedro, A., Pinho, L., & Proença, A. (2021). Aging and functionality of the institutionalized elderly people of Alto Alentejo: Contributions to the diagnosis of the situation. In J. García-Alonso & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology III* (pp. 253–261). <http://hdl.handle.net/10174/31546>
- Brito, D. S. S., & Ferreira, M. C. N. (2019). Idoso institucionalizado: Os motivos e a perceção sobre a institucionalização [Bacharel em Enfermagem, Faculdades Doctum de Serra]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/123456789/2672>
- Carvalho, P., & Dias, O. (2016). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (40), 161-184. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8226>
- Carvalho, M. I. (2010). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no concelho de Cascais*. [Doctoral dissertation, ISCTE-IUL]. <http://hdl.handle.net/10071/2364>
- Carvalho, M. I. (Coord.). (2013). Um percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In *Serviço social no envelhecimento* (pp. 1-17). Pactor.
- Carvalho, N., & Duque, E. (2021). A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo. In E. Duque (Ed.), *Diferentes abordagens do envelhecimento* (pp. 159-190). Editorial Caritas. <https://hdl.handle.net/1822/73724>
- Chira, A. (2023). Elderly participation in the decision-making process from community: Application of the grounded theory method. *Studia Universitatis Moldaviae. Seria Stiinte Sociale*, 3, 304–311. [https://doi.org/10.59295/sum3\(163\)2023_38](https://doi.org/10.59295/sum3(163)2023_38)
- Conselho da Europa. (1998). *Recomendação n.º R (98) 9 do Comité de Ministros aos Estados Membros sobre a dependência*. <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/08/I-Plano-Nacional-Contra-a-Violencia-Domestica.pdf>

- Crispim, R. (2020). Velhice(s) e participação em estruturas residenciais para idosos percecionadas por pessoas idosas e Assistentes Sociais: Um estudo qualitativo. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 6(1), 81–96. <https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.1.172>
- Daniel, F. (2009). *Profissionalização e qualificação da resposta social “Lar de Idosos” em Portugal*. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 9(17), Artigo 316. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/316>
- Diário da República. (2024). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024: Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026*. Diário da República, 1.ª série, n.º 9, 12 de janeiro de 2024, p. 31-44. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>
- Diogo, C. (2016). *Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos* [Master’s thesis, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14593/1/ESSTFC593.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2004). *Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas*. DGS. <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Dominelli, L. (2009). *Introducing social work*. Polity Press.
- Faria, M. C., Ramalho, J. P., Nunes, A. C., & Fernandes, A. I. (coords.). (2020). *Visões sobre o envelhecimento*. IPBeja Editorial. Repositório do IPBeja. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5193>
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Pirâmide
- Figueiredo, D. M. P. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência* [Doctoral dissertation, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/4664>
- Fontaine, R. (2000) *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023). Índice de dependência idosos; número de nascimentos; esperança média de vida à nascença (2002–2022). *PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*.

- Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). (2023). *Carta social - Número de respostas sociais: Relatório 2021*. <https://www.cartasocial.pt/inicio>
- Gineste, Y., Pellissier, J. (2007). *Humanidade - cuidar e compreender a velhice*. Instituto Piaget
- Guedes, J. (2009). *O internamento em lar e a identidade dos idosos* [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/7154>
- Henriques, L. V. L., Melo, R. C. C. P. de, & Martins, A. (2021). Metodologia de cuidado humanidade: Contributo para a dignificação da pessoa nos cuidados de higiene. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 11(2), 8–15. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/352/metodologia-de-cuidado-humanidade-contributo-para-a-dignificacao-da-pessoa-nos-cuidados-de-higiene/>
- Holm, A. L., Berland, A. K., & Severinsson, E. (2016). Older patients' involvement in shared decision-making: A systematic review. *Open Journal of Nursing*, 6(3), 170–185. <https://doi.org/10.4236/ojn.2016.63018>
- International Federation of Social Workers (IFSW), & International Association of Schools of Social Work (IASSW). (2018). *Global social work statement of ethical principles*. <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2018/04/Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles-IASSW-27-April-2018-1.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *O que nos dizem os censos sobre as dificuldades sentidas pelas pessoas com incapacidade*. [file:///D:/Transfer%C3%A2ncias/12Censos2021_incapacidade%20\(1\).pdf](file:///D:/Transfer%C3%A2ncias/12Censos2021_incapacidade%20(1).pdf)
- Irigaray, T. & Scheneider, R. (2008). *O envelhecimento na atualidade aspetos: cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. Campinas. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Kam, P. K. (2023). Empowerment in old age: A ladder of user participation in social services for older people. *Journal of Social Work*, 23(4), 677–691. <https://doi.org/10.1177/14680173231162575>
- Lee, D. T., Yu, D. S., & Kwong, A. N. (2009). Quality of life of older people in residential care homes: A literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1(2), 116–125. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2009.01018.x>

- Lini, E. V., Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: A case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1004–1014. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>
- Loon, J. V., Luijkx, K., Janssen, M., de Rooij, I., & Janssen, B. (2021). Facilitators and barriers to autonomy: A systematic literature review for older adults with physical impairments, living in residential care facilities. *Ageing and Society*, 41(5), 1021–1050. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001557>
- Maio, I. (2018). O envelhecimento e a capacidade de tomada de decisão: Aspectos jurídicos de proteção ao idoso. *Revista Longeviver*, 58. <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/740/801>
- Matos, F. S., Jesus, C. S. de, Carneiro, J. A. O., Coqueiro, R. da S., Fernandes, M. H., & Brito, T. A. (2018). Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: Estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3393–3401. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>
- Matos, A., & Ferreira, P. (2023). Competências do assistente social na Intervenção com utentes institucionalizados, vítimas de abandono. *Revista Temas Sociais*, (4), 92-105. https://doi.org/10.53809/TS_ISS_2023_n.4_92-105
- Ministério Público Portugal. (2018). *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*. <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf>
- Miranda, A. C. R. (2022). *Os cuidadores informais idosos: Desafios para a prática de cuidar em contexto domiciliário* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/40369>
- Moilanen, T., Kangasniemi, M., Papinaho, O., Mynttinen, M., Siipi, H., Suominen, S., & Suhonen, R. (2021). Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review. *Nursing Ethics*, 28(3), 414–434. https://www.researchgate.net/publication/345501828_Older_people's_perceived_autonomy_in_residential_care_An_integrative_review
- Morais, S. (2016). *O plano individual no contexto da institucionalização de idosos e os seus determinantes na atuação profissional dos Assistentes Sociais* [Master's thesis, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação]. Repositório UC.

<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/32902/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Sandra%20Moraes%20-%20202016.pdf>

Netto, M. (1996). *A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. Editora Atheneu

Neves, J. (1996). *Pesquisa qualitativa: Características, usos e possibilidades* [Master's thesis, FEA-USP]. SCRIBD. <https://pt.scribd.com/document/266811038/Neves-1996-Pesq-Quali>

Nunes, O. da S., & Gibbs, C. C. G. (2023). A importância da família no cuidado para com a pessoa idosa. *Revistaft*, 127. <https://revistaft.com.br/a-importancia-da-familia-no-cuidado-para-com-a-pessoa-idosa/>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). *Active ageing: A policy framework*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde* (1ª ed.). WHO. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD. <https://doi.org/10.1787/19991312>

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). Share of the population aged 65 and over and 80 and over, 2021 and 2050. In *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD. <https://doi.org/10.1787/2072dbec-en>.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (3ª ed.). Internacional Educational and Professional Publisher. <https://aulasvirtuales.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/qualitative-research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf>

Pardal, L. & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Coord.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247–268). Fundação Calouste Gulbenkian.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Gradiva.

Ribeirinho, C. (2013). Serviço social gerontológico: Contexto e práticas profissionais. In M. I. Carvalho (Org.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 177–201). Pactor.

- Rodgers, V., & Neville, S. (2007). Personal autonomy for older people living in residential care: An overview. *Nursing Praxis in New Zealand*, 23(1), 29–36.
- Sampaio, S. (2020). *Relação entre idoso institucionalizado e família* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/30961>
- Schenell, R., Ozanne, A., Strang, S., & Henoch, I. (2020). To make and execute decisions throughout life: A person-centred model that facilitates self-determination in residential care, developed through participatory research. *Applied Nursing Research*, 55, 151318. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151318>
- Segurança Social. Instituto da Segurança Social. I.P. Manual de processos-chave – Estrutura residencial para idosos. https://www.segsocial.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4
- Serviço Nacional de Saúde. (2020, 12 de agosto). Estruturas residenciais para idosos [Comunicado de imprensa]. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/08/12/estruturas-residenciais-para-idosos/>
- Souza, G. V., Cardoso, M. D. T., Lustosa, S. A. S., Souza, A. P. C., & Muller Santos, A. J. O. (2016). Avaliação da capacidade funcional de idosos na Unidade Básica de Saúde da Família São Geraldo, município de Volta Redonda, RJ. *Cadernos UniFOA*, 11(32), 91–98. <https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v11.n32.341>
- Vale, J. F. C. do. (2020). *Participação: Intervenção gerontológica com pessoas idosas institucionalizadas* [Master's thesis, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/22366>
- Vieira, I. D. (2017). *A participação: Um paradigma para a intervenção social* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/30531>
- Vieira, A. (2019). Envelhecimento e bioética. *Gazeta Médica*, 6(3). <https://doi.org/10.29315/gm.v6i3.278>
- Wamara, C. K., & Naumiuk, A. (2023). Service users' decision-making during transition to long-term care: Social workers' and older people's perspectives. *Ageing International*, 48(1), 316–330. <https://doi.org/10.1007/s12126-021-09474-2>

- Wang, D., Everett, B., Northall, T., Villarosa, A. R., & Salamonson, Y. (2018). Access to food choices by older people in residential aged care: An integrative review. *Collegian*, 25(4), 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.11.004>
- World Health Organization (WHO). (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Press. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1
- Wiechert, F. B. (2022). *A participação social da pessoa idosa: Uma revisão de literatura*. [Master's thesis, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/33461>
- Yiğitbaş, Ç., & Deveci, S. E. (2016). Disability in the elderly in terms of public health. *Bakirkoy Tip Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy*, 12(1), 57–63. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201612201>

Apêndices

Apêndice I – Entrevistas AMVS e FS

Sub-categorias	Sub-categorias	Questões	Respostas - Adultos mais velhos	Respostas - Familiares
		Quem foi o responsável pela tomada da decisão de optar pela integração em ERPI: do próprio ou de terceiros?	AMV1: "Foi da família. Da filha, sobretudo." AMV2: "Fui eu. Mas os meus filhos concordaram" AMV3: "Fui eu." AMV4: "Fui com a família, sim." AMV5: "Foi a minha filha." AMV6: "Foi o meu filho" AMV7: "Foi minha" AMV8: "Foi a minha filha e os meus filhos." AMV9: "Foi dos meus filhos"	F1: "Foi uma tomada de decisão da minha parte, ou seja, como filha." F2: "Foi em conjunto." F3: "Foi ela própria." F4: "Foi o meu pai." F5: "Fui eu." F6: "Foi da minha mãe." F7: "Foi uma decisão dela e por necessidade." F8: "Minha e da minha mãe" F9: "Esta tomada de decisão não foi minha só, foi em conjunto, minha e do meu irmão."
		Mencione as razões que o levaram a tomar esta decisão.	AMV1: "Porque ela não tem vida para tratar de mim. É a filha única. É ela é que decidiu pôr-me aqui." AMV2: "Porque era muito complicado. Eles não queriam que eu ficasse de noite sozinha. A minha casa é grande, eu sou viúva há muito tempo." AMV3: "Eu estava em casa, morava no rés do chão, e o meu filho no primeiro andar. Mas percebia que ele, quando ia sair com a mulher, demorava pouco tempo, com medo que eu caísse, como já via muito mal." AMV4: "Cá... A partir daí eu nunca mais consegui levantar-me da cadeira de rodas. Eu vivia só com a minha mulher, a razão de me meterem aqui foi porque ela sozinha não podia, não podia cuidar de mim." AMV5: "Porque já não podia estar lá sozinha." AMV6: "Porque não podia estar sozinha. Eu caí tanto. Eu não sei como eu parti as pernas." AMV7: "Eu venho aqui a este lar desde que isto se fez. Era centro de convívio. E depois era o centro de dia, a gente (a sra. e o esposo) lanchava cá. Depois fiz operação à vesícula e depois para recuperar, vim para cá." AMV8: "Porque eu estava doente, eu estava no Luxemburgo, caí e parti a Anca e fui operada. Fstive em dois hospitais. Estava a começar a fazer a fisioterapia e depois ela já tinha tirado os bilhetes para irmos para cá, ela tem aqui um apartamento. Eu tive que vir e depois meteram-me aqui." AMV9: "A razão é o seguinte. Eu vivia numa casa sozinha. A minha mulher faleceu. E eu estive 18 anos a viver sozinho numa casa, embora estivesse perto dos filhos. A alimentação era o restaurante que me vinha trazer a casa. A limpeza da casa era uma empresa, que vinha duas vezes por mês fazer limpeza, o pequeno almoço e o jantar. O jantar, em geral, era sempre só uma sopa e fruta. De manhã variava, mas eram coisa que os meus filhos traziam e que eu ia fazendo. Mas cheguei a um ponto que já não dava conta de mim, já não dava, já não podia, já não podia. E eles, então, optaram por me pôr aqui neste lar."	F1: "porque a minha mãe estava a apresentar um quadro de demência e de dependência total e eu, com dois filhos pequenos... Tinha que fazer as duas coisas. Ou vivia só para ela e abdicava da minha vida profissional, ou então tinha que manter a minha vida profissional. E pensei muito sempre sobre o que a minha mãe faria se estivesse bem. E a minha mãe nunca gostaria, de certeza, que eu abdicasse tudo aquilo que eu fiz para ser o que sou hoje em prol dela. isso foi sempre algo que ela me foi sempre dizendo ao longo da vida. Mas ela soube, antes de ir, o que ia fazer e disse que sim, vamos experimentar, ver se corre bem." F2: "As razões eram, essencialmente, natureza financeira. Acabavam por ser mais barato estar onde está do que em casa com uma solução a tempo inteiro, que seria com uma cuidadora ou várias." F3: "Ela resolveu chamar os filhos, conto-nos que, tendo em conta ter cada vez maior dificuldade para ser autónoma em termos de compras, mesmo lavagem de roupa, porque já não fazia, era a minha esposa que lavava a roupa, mudava a cama, fazia a higienização do anexo onde ela morava. Como ela foi perdendo essa capacidade de autonomia, não era justo, para o filho mais velho e a Nora, que já têm 65 anos e 66 respectivamente, estarem a tomar conta dela." F4: "A minha mãe foi submetida a uma cirurgia." "Eu estou um bocadinho afastada, a minha irmã mora um bocadinho mais próximo, mas não conseguimos dar esse apoio que ele necessitava, porque entretanto ele deu uma queda, e acabou por ficar sem conseguir andar, e ficando acamado era muito complicado a minha mãe assegurar os cuidados sozinho" F5: "Porque não tenho casa para o ter comigo e porque ele já não podia estar sozinho na sua casa." F6: "A integração da minha mãe teve a ver com um problema de saúde que ela teve a nível físico. Portanto ela caiu em casa, fraturou três vértebras e teve que ficar o mais imobilizada possível. Nós tivemos que, quando eu digo nós, portanto a família, nomeadamente eu e o meu irmão que somos os únicos filhos que a minha mãe tem, a mãe é viúva neste momento, e tivemos que tomar uma decisão porque nós não conseguimos, não tínhamos nenhuma disponibilidade para a ter em casa. Não foi logo para a estrutura residencial, porque não havia vagas na altura. E primeiramente ela esteve três meses numa instituição parecida, embora fosse em contexto de recuperação da doença." F7: "Foi uma decisão dela e por necessidade. Esta última vez que eles integraram foi por necessidade do meu pai. Porque eles estavam em casa, tinham uma senhora que também não estava a correr bem. E depois o meu pai piorou, esteve internado e ficou praticamente acamado. E depois chegamos à conclusão que o meu pai tinha que ter outros cuidados que em casa não existiam. E portanto foi para lá. E depois a minha mãe ficou a guardar vaga e depois também foi para perto do meu pai. Portanto foi ela que disse que ia para perto do pai." F8: "A minha mãe teve um AVC há 12 anos e foi perdendo a mobilidade. Portanto, teve que vir para minha casa. Depois tive que ser operada e deixei de conseguir ajudá-la. A minha mãe reconheceu isso e sugeriu ir para um lar." F9: "de há dois anos para cá, que a situação do meu pai começou-se a, não é de olhar, a piorar de forma. O equilíbrio, a falta de força nas pernas e nós começámos e tomamos a decisão de dizer não, isto não é situação que se possa manter porque isto vai dar mau resultado. E depois estávamos sempre naquela ansia, eu ligava-lhe e ele não atendia. Portugal é um país envelhecido, eu não tinha essa noção. Então, o que é que acontece? Muito difícil arranjar um lar. Ficou inscritos em muitos, mas também eu não tinha noção do que era um lar. Um dia fiz uma pergunta muito simples: mas o que é possível fazer para o meu pai entrar? O que é que é necessário? Reccebi uma resposta tão fria que aquilo chocou-me de certa maneira. E disseram lá, para o meu pai entrar para um lar, tem que morrer alguém."
		Considera que teve um papel participativo na tomada de decisão ao integrar a ERPI?	AMV1: "Não sei dizer." AMV2: "Continua igual. Naquilo que precisava continuo a ter ajuda" AMV3: "Todos temos a nossa autonomia, todos podemos ter o nosso poder de decisão, só que, infelizmente, a maior parte das pessoas não tem capacidade para ter poder de decisão, e isso... Ah, eu tenho. E eu acho que se podem contar pelos dedos de uma mão as pessoas que têm capacidade mental para ter autonomia." AMV4: "Não, poder de decisão, eu quero dizer, eles não fazem nada sem que me venham consultar. Mas é claro que não posso por exemplo, para ir pagar impostos, ou ir aqui, ou ir para lá, ou para outro lugar. Tratar da minha vida, não posso... Então tenho que delegar na minha filha. Mas não toma decisões sem perguntar-me." AMV5: "Não, deixo-me estar."	F2: "Sim, teve." F3: "Teve e ainda bem que teve... porque teria sido muito complicado, a inevitabilidade da minha mãe ter um apoio da forma como tem hoje, era uma coisa certa." "tínhamos falado que não era sustentável durante muito mais tempo... e ia condicionar toda a nossa vida, a liberdade de sair, e pronto, e mesmo esta situação de manter a higiene, de roupas, tudo, etc., era cansativo como compreenderá." F4: "Teve, sim, teve, na altura teve, sim." F5: "Mais ou menos, porque ele tinha consciência de que não podia voltar para casa... portanto não tinha mobilidade para poder estar sozinho em casa e precisava de ajuda. Eu vivo a mais de 60 quilómetros e trabalho a 200 quilómetros, portanto era complicado ele estar sozinho quando precisasse de alguma coisa. Ou seja, a integração foi no sentido de ele tentar recuperar a mobilidade e eventualmente voltar para casa, mas foi uma coisa que acabou por não ir acontecendo."

Importância da participação	A sua participação durante o processo de admissão (acolhimento) influenciou, de alguma forma, a sua adaptação à ERPI? Se sim, indique de que forma. Se não, porquê?	AMV6: "Não, mas também não preciso. Os meus filhos tratam de tudo."	F6: "Bem, é assim, não propriamente, porque como devem calcular as pessoas com certa idade, e se calhar eu passarei pelo menos daqui a alguns anos se ainda cá estiver, eu acho que ninguém está melhor do que na sua própria casa, ou pelo menos é a opinião de cada um."
		AMV7: "Não, isso agora desapareceu tudo."	F7: "Sim."
		AMV8: "Eu, para ser sincera, gostava mais de estar em casa, mas agora eles gostam que eu esteja aqui."	F8: "Sim."
		AMV9: "No dia-a-dia, já me têm de fazer tudo, dar banho, vestir-me... E tomar decisões? "Eu não faço nada. Para mim próprio já não faço nada."	F9: "Sim. Entretanto, nós perguntámos-lhe, pai, o que é que quer? Quer ir para um lar ou quer alguém que venha aqui, arranja-se duas senhoras? Ah, não quero aqui ninguém. Eu quero ir para um lar. Perguntámos várias vezes, é decisão sua quer ir para um lar? Pronto, ele disse que sim, queria ir para um lar."
		AMV1: "Não sei."	F1: "... é uma decisão que custa sempre tomar" Como ela disse sim, vamos experimentar, eu aceitei de uma forma mais leve, eu aceitei de uma forma mais leve"
		AMV2: "Sim, porque concordando estava mais participativa. Participava mais, aceitava melhor a situação e tudo mais."	F2: "Sim, teve. A minha mãe gosta de estar onde está, já me disse várias vezes isso. Há poucos dias voltou a dizer que sente-se bem, que a tratam bem, que cuidam bem dela. Por isso, presumo que esteja bem onde se encontra."
		AMV3: "Ai foi muito bom, e digo, foi a melhor decisão que eu tomei depois do meu marido ter morrido. Eu aqui sinto-me acompanhada, coisa que por vezes não sentia, porque o meu filho tem a sua vida, é natural."	F3: "Ajudou bastante, porque ao ser contrariada, ela ia se fechar muito mais, e assim, tendo em conta o feito dela."
		AMV4: "Sim, quer dizer, o princípio é difícil, sabe? Mas tem que ser, pronto, tem que se obedecer às regras, não é? A gente não faz aquilo que quer, fazemos aquilo que as pessoas não podem fazer, não é? É bem diferente."	F4: "Sim, de certa forma, manteve-se mais reservado, mais fechado, não estando tão aberto, às vezes, às atividades que lhe eram propostas no início. Demorou algum tempo. Primeiro, sim, queria; depois, teve um retrocesso, e agora acho que já está bem integrado, participa nas atividades, porque agora também eles estão a utilizar aqui uma técnica que eu acho que até é positiva. O centro de dia, as pessoas do centro de dia, estão com as pessoas do lar nos espaços comuns durante a semana, de segunda a sexta. As pessoas do centro de dia são pessoas que também estão lúcidas, com quem ele consegue manter uma conversa e até manter-se mais ativo. Isso tem sido um fator positivo, eles terem criado estes momentos de interação, de espaço comum, de interligação entre o lar e o centro de dia."
		AMV5: "Não..."	F5: "Sim, ele aceitou bem a mudança, sim. A adaptação dele é uma adaptação do que tem que ser. Ele não está 100% adaptado, mas reconhece que é neste momento em termos de cuidados o que pode ter."
		AMV6: "Adaptei-me muito bem porque eu conhecia parte das empregadas também."	F6: "... Quando nós conseguimos encontrar a vaga, e a transferimos para lá, dissemos-lhe que iria ser a continuação de tentar que ela ficasse melhor a nível dos joelhos. Nós já sabíamos que ela não ia concordar muito, porque ela sempre disse, ah, lar não, Deus me livre. Então, a minha mãe tem aquele, neste momento tem 83, quase 84, e tem aquele pensamento de que os lares são para os velhos, mas ela não é velha."
		AMV7: "Ter reconhecido que deveria vir para aqui ajudou-me a adaptar"	F7: "Sim. Ela já lá tinha estado por duas vezes. É um contexto que facilitou tudo. Porque os pais são de lá (da mesma localidade), as pessoas que tratam deles também são conhecidas. É como se fosse a casa deles. O meu pai ia todos os dias. Ia lá ler o jornal. Portanto ajudaram a ver o edifício a ser construído. Fizeram parte daquilo. E como a minha mãe já tinha lá estado internada (em recuperação). Depois saiu. Por isso foi tudo um processo que não foi nada radical. Mas acho que sim. O facto de ela ter tomado consciência que eu também sou filha única e que já não estava a dar mesmo. Já não estava a ser possível. E ela ter percebido isso. E como houve essa oportunidade de uma senhora tomar conta deles, noite e dia, nós resolvemos experimentar. Mas também minha mãe percebeu que não funcionou. Porque já precisavam de outros cuidados, como é normal da idade. Portanto, eu acho que ao tomar consciência disso, foi muito mais fácil tomarmos a decisão e ela ir. E também o facto de estarem dois no mesmo quarto."
		AMV8: "Não, não me custou. Até me adaptei muito bem... porque tenho sido muito bem tratada."	F8: "Sim, teria sido muito complicada a adaptação."
		AMV9: "Não, teve que ser. Não havia outra hipótese"	F9: "Eu penso que não. Eu penso que não porque ele inicialmente estava um pouco remitante no facto de querer vir para cá. Mas depois, sem dúvida, ele se apercebeu que não tinha outra realidade se não vir. Porque nós tínhamos o nosso trabalho. O meu irmão trabalhava e eu trabalhava. E sabe que hoje em dia os trabalhos não nos permitem, por vezes, nós andarmos de um lado para o outro."
		AMV1: "Era a minha filha que tratava de tudo."	F1: "Não ela perdeu a capacidade"
		AMV2: "Não, tinha ajuda de uma empregada" Refere que fazia a própria toma da medicação.	F2: "A toma da medicação ...era mais complicado e mais desleixado esse processo. Era mais, digamos assim, negligenciado." "A gestão financeira sempre teve cuidado e sempre teve uma certa cautela, digamos assim." "Já nos últimos anos já não confeccionava (as refeições) nem comprava." "Era uma empregada e eu que tratávamos disso e ainda hoje trato algumas coisas"
		AMV3: "Sempre, isso foi e continua a ser. Agora o meu filho, tem o meu cartão do banco, ele compra sempre as coisas que eu preciso, os cremes, as coisas para mim, ele compra."	F3: "Não. Tinha o apoio do filho e da nora."
		AMV4: "Sim"	F4: "Antes de ir para a ERPI, houve aqui um período em que ele, pelas limitações físicas, já não conseguia sair para ir fazer compras e para sair, e a minha mãe é que fazia essa parte das compras e a conosco, éramos nós que acompanhávamos"
		AMV5: "Tinha um centro comunitário que ia ajudar a fazer a higiene, deixavam o lixo fora, levavam as refeições"	F5: "Sim, tudo."
		AMV6: "Sim"	F6: "Não, a minha mãe entregou-se completamente e o meu pai fazia tudo."
Na vida quotidiana das ERPIs	Antes de ingressar na ERPI, tomava decisões (i.e: gestão de recursos financeiros, a toma da medicação; confeccionar alimentos, compras do mês) importantes da sua vida quotidiana sozinho ou com ajuda de terceiros?	AMV7: "Não, era a minha filha. Tinha lá quatro mulheres. Tinha uma de manhã até ao almoço e depois tinha uma de tarde, depois tinha uma de noite."	F7: "Tinham ajuda em tudo."
		AMV8: "Sim, sim, sim. Já lá no Luxemburgo ela fazia isso."	F8: Não.
		AMV9: "A alimentação era o restaurante que me vinha trazer a casa. A limpeza da casa era uma empresa, que vinha duas vezes por mês fazer limpeza, o pequeno almoço e o jantar. O jantar, em geral, era sempre só uma sopa e fruta. De manhã variava, mas eram coisa que os meus filhos traziam e que eu ia fazendo."	F9: Fazia tudo sozinho.
		AMV1: "Não sei dizer."	F1: "Sim, neste momento eu acho que sim. Ela já criou o seu espaço e já criou as suas vontades, vamos dizer assim, respeitando as regras que estão instituídas, como é óbvio"

	Considera que mantém a sua autonomia (poder de decisão) na vida quotidiana na instituição? De que forma?	AMV2: "Continua igual. Naquilo que precisava continuo a ter ajuda"	F2: "Poder de decisão, presumo que sim. Não sei também qual é que é ali o caráter de decisão... Mas ela diz-me que sim." ... "ela continua a levar avanti muitas ideias que às vezes são contrárias ao próprio funcionamento da instituição."
		AMV3: "Todos temos a nossa autonomia, todos podemos ter o nosso poder de decisão, só que, infelizmente, a maior parte das pessoas não tem capacidade para ter poder de decisão, e isso... Ah, eu tenho. E eu acho que se podem contar pelos dedos de uma mão as pessoas que têm capacidade mental para ter autonomia."	F3: "Sim, isso eu acho que ela já perdeu. Apesar de gostar de controlar muitas das coisas, como controlar as fraldas que lhe põem aí, ou ter a roupa num determinado sítio que ela entende, isso ela, de alguma forma, sente-se bem ainda em poder controlar isso. Agora sabe e tem consciência que, obviamente, não controla o almoço dela ou o jantar, porque isso é o que lhe põe à frente, mas isso já acontecia aqui."
		AMV4: "Não, poder de decisão, eu quero dizer, eles não fazem nada sem que me venham consultar. Mas é claro que não posso por exemplo, para ir pagar impostos, ou ir aqui, ou ir para lá, ou para outro lugar. Tratar da minha vida, não posso... Então tenho que delegar na minha filha. Mas não toma decisões sem perguntar-me."	F4: "Algumas, escolhe o que quer vestir, os produtos de higiene"
		AMV5: "Não, deixo-me estar."	F5: "Sim, autonomamente, completamente. Porque, aliás, ele tem dinheiro, ele gera os cafés, ele gera o dinheiro, é ele que gera se a roupa está ou não está, se a roupa veio ou não veio, se faltam produtos, o que é que falta, o que é que é preciso comprar das suas coisas, as pilhas dos aparelhos auditivos, tudo. Portanto, é ele que continua a gerir e a controlar."
		AMV6: "Não, mas também não preciso. Os meus filhos tratam de tudo."	F6: "Eu acho que ela, se estivesse em casa, também já não a teria."
		AMV7: "Não, isso agora desapareceu tudo."	F7: "Acho que ela foi conseguindo, sim. A minha mãe tem 94 anos, mas está muito boa, mentalmente, com raciocínio e compreensão. É ela tenta, sim, ser ela a orientar ainda as coisas. E até mesmo com o meu pai. Aliás, o objetivo dela era estar ali para tomar conta do meu pai também. Porque o meu pai não se queixa, quase que não fala. E então ela tem aquele incentivo de, vê lá, ser responsável pelo meu pai. Agora, às vezes nem sempre é possível. Mas eu penso que isso é um aspeto muito importante, porque eu acho que nos lares cada vez mais há pessoas que podem não estar com demência, podem estar no seu raciocínio. E acho que deviam dar um pouco mais de autonomia em algumas tomadas de decisões."
		AMV8: "Eu, para ser sincera, gostava mais de estar em casa, mas agora eles gostam que eu esteja aqui."	F8: "Sim, ela sabe o que é que quer e o que não quer."
		AMV9: Já não.	F9: a nível de poder de decisão, para já ele tem uma boa memória, muito boa.
		AMV1: "Se houvesse um passeio ou ir visitar qualquer coisa..."	F1: "Não sei dizer, eu sei que ela é bem tratada por todas as cuidadoras colaboradoras e estima-se todas, mais umas que outras, porque lá está, também se criam eles diferentes com cada uma delas" "...se calhar houve aqui uma aceitação da situação e vai vivendo o dia-a-dia."
		AMV2: "a facilidade que eu tenho aqui. ... Ter apoio, não precisar de ir fazer compras, andar fora de casa, andar de um lado para o outro."	F2: "O ambiente, desde logo, e alguma colaboração mais próxima. Maiores opções e alternativas. Porque aquelas que estão disponíveis nem sempre são suficientes."
Fatores facilitadores	Quais os fatores que o motivam a participar nas atividades e decisões da instituição?	AMV3: "Acima de tudo, reavivar a minha memória, que é uma coisa que eu não gostaria de perder."	F3: É fundamental a boa interação que tem com uma colaboradora em específico. Ter alguém com quem interaja e consiga estabelecer programas interessantes de manhã ou à tarde"
		AMV4: Não soube dizer. "Apenas colaborei aí, em pequenos trabalhos. " "Muitas vezes só assisto e dou opinião."	F4: "Se calhar senti-se mais confortável; a relação com as pessoas que lá estão..." "O que é motivador é personalizar o espaço deles; A família ser presente. Também pode ser fator de motivação."
		AMV5: "O que me motiva é aguentar lá. Até chegar a morte."	F5: "A motivação tem que ser feita através daquilo que são os interesses pessoais de cada uma das pessoas, e não os interesses grupais da instituição, os interesses grupais ou os interesses da instituição. "... é terem um cuidado ainda mais personalizado de irem ao encontro daquilo que eram as vivências das pessoas e poderem dar mais atividades que fossem ao encontro desses interesses."
		AMV6: "Olha, motivava-me, era ir para a minha casa. Porque assim que eu arranjar uma pessoa, vou-me embora."	F6: "Eu se tiver um dia que não tenha hipótese de estar em casa e se eu pensar da mesma forma que penso hoje eu acho que se calhar até gostaria de ser uma pessoa bastante participativa em tudo aquilo que se faz na instituição porque isso é o que faria com que a pessoa que esteja ativa e que consiga ter uma vida dita normal porque a pessoa pode estar num espaço físico que não é seu, mas sentir-se integrada"
		AMV7: "Olha, nem a televisão eu gosto. Não gosto de nada na televisão. Não gosto de nada, nada. Estou ali ao pé do meu marido. Ele está ali um dia inteiro numa cadeira."	F7: "Dos que lá estão, só a minha mãe é que tem essa vontade. A minha mãe é uma pessoa atenta, observadora e uma pessoa que sempre gostou muito de organizar a sua vida, saber organizar e depois está muito atenta ao que se passa lá dentro. Acha que a motiva a ser assim tem a ver com a personalidade dela." "... ela tem o objetivo de cuidar do meu pai. O que é que ele veste, o que é que ele come, é uma coisa que a incentiva."
		AMV8: Não soube referir algo que a motivasse.	F8: "Ela gosta de conversar que é uma maneira de ela estar ocupada e de socializar com as outras senhoras que lá estão, e depois fazer atividades como pintar, fazer contas, ouvir e cantar. Pronto, isso é que a motiva."
		AMV9: "Eu não gosto de estar parado."	F9: "A motivação que os idosos têm, por vezes, se eles se sentirem bem envolvidos, se o ambiente for muito bom, eles sentem-se muito bem."
		Que apoios ou recursos considera ser mais eficazes para facilitar a sua participação?	Ninguém soube responder
		AMV1: "Não tenho nada que me desmotive."	F1: "É perder a vontade de viver. Acho que é uma das grandes, que é silenciosa, não se dá logo o sinal, mas é a perda da vontade de viver." "sentir que são um estorvo e que mais vale partirem do que estarem cá a dar trabalho." "... nunca foi ensinada ou motivada para participar em comunidade, não é? Sempre muito individualista."
		AMV2: "Eu gostava de ter aqui mais, como é dizer, atividades culturais, atividades que nos solicitassem a nossa atenção e das pessoas que têm alguma cultura, que é o meu caso, eu sou licenciada em filologia germânica e, portanto, gostava." "Há certos dias, como todos nós" "Tenho saudades da minha casa, tenho falta do meu quarto, da minha casa, mas é natural, com o passar dos anos que se vai perdendo, capacidades"	F2: "talvez o facto de estar ali com mais pessoas. ... Eu não tenho grande noção do que é que eu pode desmotivar, para ser sincero."
		AMV3: "A falta de visão"	F3: "depressão, a tristeza porque nunca conseguiu fazer um luto saudável, se assim se pode chamar, da perda do meu pai. Ela pode muitas vezes isolar-se, que eu noto que hoje, na ERPI, ela consegue recuperar mais rapidamente do que aqui, porque ela aqui muitas vezes estava sozinha ali embaixo, porque eu trabalhava, a minha mulher também não podia estar ali"

Fatores facilitadores e obstáculos à participação	Quais os fatores que o desmotivam a participar nas atividades e decisões da instituição?	AMV4: Nada. AMV5: "Não penso em nada disso." AMV6: "Tudo" AMV7: "O que desmotiva é porque a gente é assim: em nossa casa, quando não apetece este comer... Vai fazer a nossa vontade, não é? Eu às vezes em casa, eu queria uma pinguinha de café ou de chá, vou fazer uma torrada. Aqui apetece isto, não pode ser, não é? E depois os outros, não é?" AMV8: "Falta de saúde é o que me desmotiva, de resto está tudo bem." AMV9: "O que me desmotiva é não ter possibilidades de ter força para pegar em qualquer coisa"	F4: "Eu acho que se houver imposições muito rígidas nas rotinas; O facto de se considerar um número e não uma pessoa. Acho que isso desmotiva qualquer um. Sentir-se um número e não sentir-se uma pessoa. Eu acho que se deve ter em conta a personalidade de cada um; Quando as pessoas se desligam dos pais, dos seus familiares. Depositam-nos ali. Também para eles é desmotivador" "O facto de estarem ali e não terem visitas. Não haver contactos. Não saber como é que a família está. Não haver relação." F5: "A participação, e ele recusa-se a participar porque ele não tem, não se sente, aquilo que a instituição oferece, por exemplo no caso do meu pai, apesar de oferecer bastantes atividades, e não está em causa aquilo que a instituição oferece, aquilo que a instituição oferece ao meu pai não vai ao encontro dos seus gostos e do seu modo de vida e do que foi a sua vida antes de necessitar de estar acompanhado." F6: "É a pessoa não aceitar aquilo que lhe está a acontecer, ou seja, não aceitar que tem que estar a partilhar o mesmo espaço, que à partida não eram seus conhecidos e seus familiares, e que de repente se vê numa situação em que se está completamente fora do meu meio ambiente. Se algum dia eu tiver que fazer parte de uma instituição dessas, eu acho que se estiver completamente bom da cabeça como estou neste momento acho que tenho que me integrar porque senão as coisas tornam-se mais difíceis." F7: "Eu acho que é mesmo só quando ela está mais frágil a nível da sua saúde, aí eu até fico preocupada. ...Aí é que eu penso, há uma coisa que não está bem. Portanto, eu acho que é quando fica assim muito infeliz com alguma coisa que ela às vezes diz-me: Já não quero saber, façam o que quiserem, não digo nada. Por alguma situação que ela acha que não a levaram a sério ou não tomaram conta do que ela disse. " F8: "Há muito poucas vezes que ela não participa, é raro isso acontecer. Normalmente é uma pessoa motivada, digamos." F9: "... A motivação que os idosos têm, por vezes, se eles se sentirem bem envolvidas, se o ambiente for muito bom, eles sentem-se muito bem. Já ouvi em lares que eu fui visitar e diziam: eu quero ir embora, são malcriadas aqui, queres comer, come, não queres comer, não come. Eu acho que tudo isso tem uma certa influência na forma de estarem ali." F1: "Não, não. Muito pelo contrário."
	Em algum momento, sentiu-se impedido/a ou desvalorizado/a por expressar uma opinião? Em que momento?	AMV1: "Não." AMV2: "Não. Eu dou, mais ou menos, a minha opinião" "as pessoas que aqui estão, como é que eu hei-de dizer, não estão tão motivadas para esses aspectos (atividades culturais) como eu" "... aceito-me e calo-me" AMV3: Não, não, nunca. AMV4: "Não, não." AMV5: "Não." AMV6: "Não." AMV7: "Não." AMV8: "Sim, bem, às vezes, eu já disse à minha filha, filha, eu não me importava de ir para casa porque eu já vou à casa de banho sozinho e me lavo e assim, já não dou muito trabalho, mas ela não está cá." Após reforçar a questão "Não, está tudo bem." AMV9: "Não, eu não me sinto desvalorizado"	F2: "Não" F3: "Não é desvalorizada, não, de maneira nenhuma. Ela acha que os colaboradores da ERPI são muito poucos ...para a necessidade, desmultiplicam-se e tem pena das pessoas que, coltadas, fazem muita coisa ... que às vezes não conseguem chegar todos ao lado" F4: "Ele tem algum cuidado nas opiniões. Mas nunca partilhou." F5: "Não." F6: "Não, ela própria mantém-se num registo que é: eu estou aqui mas não tenho que dar a minha opinião, não tenho que fazer nada estou aqui porque sou obrigada." F7: "Sim. Há até pequenos momentos, mas por exemplo... A minha mãe queria ir com o meu pai no elevador. Mas, levavam o meu pai, não a levavam. Ela não conseguia perceber porque é que isso não acontecia. E houve uma vez que a puseram no elevador, sozinho, e acho que marcaram e ela subiu. E ela só dizia, não, não quero ir sozinho, não quero ir sozinho. E ela foi sozinho no elevador e aquilo foi horrível, porque ela tem pânico e foi a gritar e a chorar. Acho que foi muito complicado. E a minha mãe dizia que tinha dito e tinha explicado. Pronto, há sim estes momentos. Por exemplo, os meus pais jantavam sempre lá em baixo, no refeitório. E depois só podiam ir para cima, depois de eles jantarem, depois os assistentes jantarem e depois é que eles vão para cima. Acho que é assim. Entretanto, como já fica muito tarde, a minha mãe agora pede para vir mais cedo. Mas nem sempre é tão cedo como ela gostaria. Agora já está tudo estável. Mas antes a minha mãe dizia que pedia, que ficava ali muito tempo à espera." F8: "Não, até agora não. O que ela acha que deve dizer diz, porque foi sempre assim, portanto, continua a ser" F9: "Não, nunca se sentiu." F1: "Isso, a meu ver, traz uma morte imediata, vamos dizer assim. Porque não ser integrado num processo em que faz parte, acho que é anular a pessoa como um todo. Para além disso, eu acho que qualquer instituição se beneficia com todas as contribuições que os seus utentes possam dar." F2: "Não sei." F3: "Se eu fosse filho único e a capacidade de decisão de colocar a minha mãe numa ERPI fosse única e exclusivamente minha, a partir do momento em que eu visse que ela não tinha nenhum tipo de interação ou capacidade de decisão ... eu retirava-a de lá. Mudava-a para outro local onde pudesse dar as condições que eu via que não davam neste local." F4: "O risco é que poderão estar a fazer aqui uma intervenção com as pessoas idosas mas desfasada das necessidades delas. Não corresponderem às necessidades das próprias pessoas que lá estão. Por isso é que eu acho que é importante ouvi-las. Muitas vezes as pessoas também não estão lúcidas, não sabem o que dizem, mas se calhar os familiares também poderão ter aqui uma palavra a dizer. No caso, pronto, o meu pai vai manifestando essa opinião e acho que isso é importante para ajustar aqui as rotinas, haver aqui um ajuste." F5: "As pessoas definham, porque as pessoas deixam de se sentir úteis. Aliás, isso para mim é um grande problema das instituições, é transformarem as pessoas em inutilidades. E isso fica muito claro para elas próprias. As próprias pessoas sentem, na forma como são geridas, na forma como são tratadas, na forma como são levadas à casa de banho ou não, como são colocadas nos sítios, nos espaços, as pessoas sentem que estão arrumadas na prateleira. E isso para mim é o maior problema das instituições nacionais."
	Na sua opinião, numa instituição sem participação e envolvimento dos idosos na tomada de decisões, quais são os efeitos que	AMV1: "Não sei." AMV2: "fica sempre na mesma, não evolui" AMV3: "Era muito mau... como muitas pessoas que aqui estão... filhos despejarem as pessoas no lar, os filhos vivem no estrangeiro, põem aqui as mães e depois dizem, filha, eu venho cá amanhã, e depois só vêm uma vez por ano. Isso, isso é que eu acho que é muito mau. Mas aqui dão-lhes o apoio que elas precisam." AMV4: "Para a própria instituição deixava de saber das necessidades profundas de todos. E assim, se escutar a opinião, mesmo que não seja uma opinião muito válida, se pode-se retirar qualquer coisa de válido." AMV5: "Estavam todos mortos e abandonados."	

		pode ter na própria instituição? E nos indivíduos que nela residem.	AMV6: "Vamos todos para o Júlio de Matos." AMV7: "Não tem gosto nenhum da vida, que eu ainda tenho um bocadinho. Perdem tudo. Eu sou uma pessoa assim. Eu tenho interesse em saber as coisas." AMV8: "Não trazem coisa boa." AMV9: "É mau. O que mais me custa estar no lar, é o seguinte, é que, por exemplo, eu estou na cama, tenho vontade de fazer necessidades, mas nem sempre as meninas podem vir porque tem outros serviços. Carrega-se na campinha e não vêm, a pessoa é obrigada a fazer na cama e eu gosto."	F6: "Claro que isso não é bom. Eu nunca vejo a minha mãe participar em nada, ou seja, ela nem sequer toma iniciativa. Há outras pessoas que tomam e essas pessoas que tomam com certeza que passam o tempo melhor. As pessoas que estão à frente da instituição ou a trabalhar na instituição também se sentem motivadas para fazer mais quando as pessoas participam, portanto quando há pessoas que não participam, mas eu acho que isso para eles já é quase ou já deve ser quase normal porque eles apanham de todo tipo de situação, agora acho que participar é sempre uma coisa positiva." F7: "Acho que é uma instituição muito mais pobre. Até nas relações, mas acho que isso deve ser o que mais acontece." "... Chegou a acontecer elas quererem pôr a roupa para lavar, se a minha mãe dizia que não, não era bem aceito. Eu também isso não percebo porque, acho que os lares deviam estar mais abertos, porque o geral que acontece é que as pessoas que estão lá, estão lá mas já não estão. Mas as outras pessoas estão habituadas, ela é que não. Ela consegue fazer essa gestão. A minha mãe ainda é muito válida, não reagiram muito bem, agora já, toda a gente já a conhecem muito bem." F8: "Eu acho que essas pessoas ficam muito limitadas e faz com que não participam, não é? Então, na minha opinião, começam a ficar reprimidas e começam a deixar de gostar de lá estar e tudo. Começam a ficar mais tristes, isolam-se, se calhar, mais." F9: "Eu acho que a própria instituição também fica um bocado preocupada com o que se está a passar com o utente. Ou porque não está satisfeito ou algo que não está a correr bem... eu acho que para ambientes felizes, também têm de haver pessoas felizes." F1: "Acho que a tomada de decisão e de consciência e tudo mais tem que ser feita numa fase em que prestamos bem ou seja deixar algo escrito em que caso eu comece a manifestar sintomas de algo eu quero que façam isto isto"
		Que sugestões daria para promover/facilitar a participação dos idosos na tomada de decisão?	AMV1: "Não sei." AMV2: "Eles é que podem decidir isso, mas eu gostava, porque, por exemplo, a projeção de filmes, palestras em que participassem-se, trocas de pareceres" AMV3: "Haver mais pessoal. Mais trabalhadores. E a (animadora) agora está muito sobrecarregada, porque é ela sozinha a fazer a animação." AMV4: "Acho que, na minha opinião, era exigido muito que cada pessoa tivesse o curso, por exemplo, que você está a tirar. Porque essas pessoas é que eram as mais indicadas... Se tiverem uma, já é muito importante, não é? Devia haver mais profissionais preparadas. Nos momentos em que as pessoas se sentem mais isoladas, com pensamentos mais tristes, que conseguissem animar."	F2: Não soube responder. F3: "Eu gostaria de ter mais liberdade de movimento fora do espaço físico, da casa em si, do local em si, ou seja, apanhar mais ar." "Para mim era fundamental que me levassem a sair mais vezes." F4: "Se calhar haver em momentos de reflexão conjunta com alguém, ou com assistente social. momentos de reunião, de partilha, das preocupações, do que gostariam que fosse, que pudesse melhorar, que pudesse mudar, ajustar mais. Se calhar, sim, acho que poderia haver esse momento. Eu também não sei exatamente se já existe." F5: "isto é uma resposta difícil. Claro que acima de tudo falta formar profissionais de apoio, os assistentes, potenciabilidade para determinadas situações. É falta que as instituições tenham maior investimento económico nos profissionais que contratam. O facto de haver poucos funcionários obriga a que os poucos que estão tenham de ter umas rotinas extremamente apertadas, de os deitarem cedo, de usarem comida todos à mesma hora, de não respeitarem os ritmos dos utentes, porque eles próprios não são suficientes para poder chegar à todas essas necessidades. Ou seja, para que isso acontecesse era preciso maior investimento em pessoal, maior investimento em formação do pessoal, basicamente." F6: "Eu aí nem sei muito bem responder porque eu vejo vários casos. É difícil, sabe porque? Porque existem muito tipo de situações neste caso, eu vejo pessoas completamente autónomas dentro de uma instituição e vejo pessoas completamente dependentes, portanto é difícil uma pessoa que tem determinado tipo de dependência poder ter um, tomar uma decisão. Há um senhor aí que eu sei que ele, eu até as primeiras vezes que o vi, até nem sabia que ele estava lá integrado, que estava a viver na instituição, porque nós olhamos para a pessoa e a pessoa tem completa mobilidade, andava para um lado e para o outro e nem parecia uma pessoa que estaria ali. Essa pessoa acho que faz aquilo que vem a entender dentro das regras da instituição completamente. Portanto, tem um pouco a ver com o estado da pessoa, digamos." F7: "Eu gostava assim, se um dia for para falar, gostava de assim, de aceitar a opinião. Se um dia eu for para um lar, gostava de poder dar a minha opinião. Mas para isso, também tem que, quem lá trabalha, tem que estar aberta a isso. A minha mãe também queria, não é? " F8: "Se calhar, falando com uma assistente social e com a animadora. Para haver reuniões ou conversas entre eles, assim, nas mesas e falarem especificamente todos à volta de uma mesa, falar o que é que cada um gostava de fazer, se calhar, não sei. Se calhar, perguntarem o que é que elas gostavam de fazer e apontar." F9: "Não deviam estar tão dispersos, às vezes. Um está ali, outro está ali, outro está ali. Envolve-os mais. Estarem mais juntos. E alguém que estivesse à frente, partilhar as dores, os sentimentos deles no momento. Acho que havia de estar mais conectados todos, mais juntos. Uma maior envolvimento. E depois falar mais com eles. Os idosos o que mais adoram na vida é conversar sobre a sua vida anterior. Eles adoram conversar. As atividades são: hoje vamos todos bater palmas e assim. Eu reparo nos olhos deles. Não são felizes. Estão ali a bater palmas forçadamente. E eles gostam é de partilhar momentos. Partilhar momentos, vivências passadas."
	Estratégias seguidas		AMV5: Não faço ideia. AMV6: Não sabe. AMV7: "A ninguém é capaz de tomar decisões. Ninguém gosta de estar no lar. Mas temos que estar porque não podemos estar em casa." AMV8: "Ajudá-las (outras pessoas idosas), de ter força para ajudar quando elas precisam. Como eu sou idosa, também gostava de ajudar as outras. Mas não posso." AMV9: "Ter mais apoio das empregadas do lar."	F1: "Sim, acho que é muito importante envolver a pessoa idosa desde o início do processo de adaptação numa ERPI. Como disse antes, é fundamental que a pessoa tenha a oportunidade de tomar decisões enquanto ainda está lúcida, para que possa expressar as suas preferências e deixar tudo claro. Se as escolhas forem feitas por ela, ajuda a evitar que os familiares se sintam culpados ou indecisos, como eu senti em relação à minha mãe. Acho que, se tudo estiver definido e a pessoa idosa puder participar ativamente nessas decisões, o processo de adaptação torna-se mais fácil e tranquilo, tanto para ela quanto para os familiares. É uma forma de respeitar a autonomia da pessoa e, ao mesmo tempo, aliviar a carga emocional dos descendentes." F2: Não soube responder.

	Segundo a resposta anterior, de que forma facilitaria a sua adaptação? //// Quando a pessoa idosa se encontra na fase inicial de adaptação em ERPI, quão importante considera envolvê-la nesse processo? (Justifique de forma breve).	AMV3: "Sim, chegavam a mais gente."	F3: "Eu acho que aí é mesmo fundamental, porque se a pessoa entra, com capacidades cognitivas de perceber claramente onde é que está a ir, se não há ali um envolvimento logo, é assim, isto é como no marketing, não há uma segunda oportunidade de causar uma primeira boa impressão. E nesse caso funciona exatamente da mesma forma. Se não há logo de início um envolvimento da instituição com o idoso, falha completamente. O idoso vai estar infeliz o resto do tempo..."
		AMV4: "Não tenho dúvidas, apesar de me ter adaptado bem."	F4: "No início, tem que se dar um bocadinho de tempo. Se o meu pai não concordasse, ia ser complicado também para nós podermos... Tínhamos que lhe explicar a necessidade."
		AMV5: -	F5: "Eu acho que aqui temos que falar de duas situações diferentes. Eu acho que se a pessoa não tiver nenhum comprometimento cognitivo, a pessoa deve tomar a decisão de ir ou não ir e de estar ou não estar. Ficar ou não ficar. E se a pessoa quiser sair, eu acho que os familiares, obviamente, devem respeitar isso. Quando a pessoa tem comprometimento cognitivo, as coisas são mais complexas, porque a tomada da decisão de uma pessoa com uma demência, por exemplo, ou com um problema mental de saúde mais grave, é complexa, não é? Porque a vontade dela pode não ser coincidente com as necessidades que na realidade tem. Portanto, eu faria aqui a distinção entre haver ou não haver comprometimentos cognitivos para envolver a pessoa na tomada da decisão."
		AMV6: -	F6: "Eu acho que é bastante importante porque a pessoa está a sair de uma realidade completamente diferente, que é a sua, que é a sua vida e que é privada e que ali vai ter que se integrar num grupo estranho. Portanto, é de todo importante que a pessoa se sinta como se estivesse em casa. Portanto, nesse contexto, acho que é muito importante haver uma atenção redobrada à pessoa que está a iniciar."
		AMV7: Não sei..	F7: "É muito importante, mas eu não tenho muita experiência, porque não houve essa necessidade. Eles já lá iam ao centro de dia, já estavam habituados à rotina."
		AMV8: "Ah, eu acho que sim. Outra pessoa idosa que viva aqui podia motivar a outra pessoa idosa quando entra cá"	F8: "Começar por mostrar a casa, o espaço que há e apresentar às pessoas que lá estão.. Mas isso também se vai fazendo por etapas."
		AMV9: Sim, quando carregou na campainha, apareciam mais rápido.	F9: "É muito importante envolvê-lo nesse processo. Porque senão ele vai se sentir marginalizado."
		AMV1: "Não."	F1: "Sim. Facilmente uma ou outra colaboradora sente-se e pergunta então hoje como é que estão? E elas todas começam a falar, a partilhar."
		AMV2: "Não." "Que eu saiba, não se reúnem com ninguém"	F2: "Não sei responder a isso, sinceramente."
		AMV3: "Existe muitos. Principalmente posso dizer a (animadora sociocultural) aqui tem sido fundamental, e é com ela que esse debate e tudo isso. Há coisas que estão atravessadas e que nós precisamos de falar e se não fizermos, não reavimos. Porque, claro, os funcionários do lar não têm nem capacidade, nem tempo, para estarem aqui, conosco, a conversar. A (Animadora) diz-nos as notícias diárias..."	F3: "Sim, sim."
	Existe algum momento de partilha ou de debate sobre a organização e gestão da instituição? Reunem-se consigo, frequentemente para escutarem as suas opiniões, preocupações para melhorar o funcionamento da instituição?	AMV4: "Não; Não. Comigo, não. Mas eu sei que eles telefonam, às vezes, para pedirem opiniões à minha filha."	F4: "Eles têm momentos de reflexão, de partilha. Sei que coisas simples do dia-a-dia, ele manifesta a sua opinião. Às vezes quando não concorda com alguma coisa."
		AMV5: "Conversamos sobre a vida e sobre o que é necessário."	F5: "Não me lembro, dos anos todos que conheci esta instituição, que isso alguma vez tenha acontecido."
		AMV6: "Não."	F6: "Eu não sei, não tenho conhecimento se eles fazem isso com os próprios clientes. Agora com a família não há uma grande interação, mas existe sempre uma preocupação e quando existem problemas em que em que a pessoa quase está em desajaz ou está tem algum problema é claro que nós somos sempre informados."
		AMV7: "Não. Isso não."	F7: "Eu acho que a Assembleia, onde os sócios são todos convidados, a minha mãe é interessada, mas agora, isso já foi há algum tempo atrás. E acho que uma vez comentou lá com a assistente social e depois sei que elas a levaram."
		AMV8: "Sim, sim; Sim, às vezes fazem."	F8: "Não que eu tenha conhecimento."
		AMV9: "Não."	F9: "Sim, tem."
		AMV1: "Sim; Não"	F1: "É um quarto partilhado, sim"; "Acho que não aconteceu. Só se foi na sala comum e depois avisaram olha, a partir de hoje vai ficar com esta senhora. Pronto, só se foi isto. Porque como a minha mãe entra na época do Covid aquilo deve ter sido o quarto que estava liberto. Apresentaram-se umas às uma à outra e pronto"
		AMV2: "Não, não tive essa possibilidade. Quando eu entrei, era a última cama vaga que tinham."	F2: "Sim. Não, isso não teve."
		AMV3: "Tenho. Tive duas já. Uma que foi para o outro lado, mas essa estava completamente... Era como se não estivesse ali."	F3: "Sim. ... Disseram-lhe que ela vai para um quarto com só uma senhora, que está, portanto, em termos mentais, já muito delicada, e não pretendiam que a minha mãe estivesse com essa senhora durante muito tempo, que fosse só um caso durante pouco tempo, e mal tivessem a oportunidade, iriam passá-la para um quarto onde ela possa interagir com outra pessoa com a qual ela se identificasse."
		AMV4: "Sim ; Não, não, isso não. Pronto, indicaram-me aquele quarto"	F4: "Sim; Não, não teve."
	Possui um quarto partilhado? Se sim, teve oportunidade de conhecer a outra pessoa primeiro?	AMV5: "Sim; Não. Estar com ele, ou sozinho é igual. Ele está pior que eu."	F5: "Sim; Não, aliás, tem sido uma grande atrapalhada nesse sentido." "A questão, lá está, essa é outra das grandes questões que tem. Nós entendemos que precisamos de espaços, porque o espaço não chega para todos, nós somos muitos nesta idade, ... as pessoas perdem a sua individualidade. Porque as pessoas que estão a partilhar quartos têm formas de estar e estiveram na vida de forma diferente. E, por exemplo, o facto de poder ou não ver televisão, de a televisão estar ou não mais alta, de a televisão poder mudar os canais, poder estar ou não a ver televisão até à meia-noite, até à uma da manhã, que deve ser, esta liberdade que se perde em prol do suposto outro, e que obviamente que é o respeito pelo outro que ali está e que também não quer ver televisão, ou que não gostava de ver televisão e gostava de ter outro tipo de atividades na vida, eu acho que isto não está também a ser gerido nas instituições. Eu entendo que há falta de espaço, eu entendo que é necessário partilhar espaços, mas com esta partilha nós estamos a perder e estamos a fazer as pessoas perderem a sua individualidade."

Estratégias e Práticas Institucionais promotoras de participação	Práticas institucionais	Teve a oportunidade de escolher o seu quarto ou personalizar o seu espaço pessoal de alguma forma? (o que trouxe consigo)	AMV6: "Sim; Não, mas dou-me muito bem com ela."	F6: "Inicialmente, a minha mãe entrou numa altura muito complicada, em que o COVID ainda estava presente. Não foi das fases piores, ou seja, quando fomos conhecer as instalações, não pudemos entrar na parte dos quartos. Neste momento, continuo sem conhecer o quarto, também por culpa minha, porque eu pedi, com certeza, que me mostrassem, mas isso não aconteceu. Eu sei que, ao início, foi um bocadinho complicado. Aliás, a minha mãe começou por ter um quarto duplo, mas não tinha companhia. Depois apareceu mais uma senhora para ficar lá, mas a coisa não correu muito bem, porque a outra senhora, acho, tinha alguns problemas que a minha mãe acha que não eram... pronto, não tinha um comportamento que lhe agradasse. Na altura não foi possível trocar, mas depois acabou por trocar."
			AMV7: "Tenho. Eu e o meu marido."	F7: "Sim, com o meu pai."
			AMV8: "Pois, não, isso não. Elas é que fizeram as coisas, fizeram a maneira delas e puseram-me."	F8: "Isso nunca aconteceu. Ela já partilhou o quarto com várias pessoas, algumas já faleceram. E ela nunca teve opinião a respeito disso."
			AMV9: "Não. Mas dei-me sempre bem com o colega."	F9: "Sim; Não, não conheceu a outra pessoa."
			AMV1: "Trouxe fotografias dos netos e roupa."	F1: "Sim. Basicamente, eu não fiz questão de só fiz questão de que tratassem-na bem"
			AMV2: "Não trouxe, nem me lembrei"	F2: "Talvez só parcialmente. Levou algumas coisas."
			AMV3: "Trouxe as imagens que sempre me acompanhavam; fotografias."	F3: "Sim, ela levou fotografias; levou uma Nossa Senhora; levou uma Sagrada Família, que acho que colocou lá em baixo no sítio onde os senhores rezam o terço."
			AMV4: "Não, não só trouxe o necessário. Trouxe um santo António que fiz em madeira que está aí."	F4: "Não escolheu o quarto, mas personalizou o espaço. Tem coisas pessoais dele, gosta muito de escrever, cadernos, canetas"
			AMV5: "Não, não trouxe nada."	F5: "Não. Ele tem algum cuidado nesse aspecto, sim."
			AMV6: "Não; sim"	F6: "Não. Tem fotografias, mas é evidente que nós sabemos que esses quartos também são um pouco limitados"
			AMV7: "Não. A gente não escolheu porque não podia escolher. Só havia aquele mesmo e é um quatinho bom; Só trouxe roupa."	F7: "A minha mãe, acho que nunca sentimos muito essa necessidade. Dissera-me: há aqui uma oportunidade de ficarem os dois no mesmo quarto. Uma vez eu sei que tinha uma fotografia, mas ela guardou a fotografia porque disseram que não podia meter, porque podia partir, mas aquilo não era vidro."
			AMV8: "Não. Trouxe as minhas coisas."	F8: "É assim, ela tem lá fotografias do quarto, fotografias nossas, mas não tem muita coisa dela."
			AMV9: "Sim; Só trouxe o telemóvel. Mas porque não senti necessidade de trazer mais nada."	F9: "Sim; Sim"
		Considera que teve de se adaptar à instituição, ou a instituição é que teve de adaptar a si (valorizando os seus gostos e preferências, e como pessoa individualizada)	AMV1: "Não, eu acho que eu é que tive de me adaptar. Porque é a instituição é a instituição que põe as normas, não é? Eu nem as li."	F1: "As duas" "Acho que é parte da parte. Porque para já, a minha mãe foi para um sítio novo mas para ela tanto ir para ali como ir para outro sítio..." "por parte da instituição era um elemento novo, era um utente novo logo obrigatoriamente tinha de tomar conhecimento de práticas diárias de conseguir quebrar algumas das práticas diárias que o utente levava ensinar-lhe outras adaptar-se à condição física"
			AMV2: "Não, fui eu que me adaptei" "Porque a maioria vence sempre" "A casa tem 18 ou 19 utentes.. Ora, como é que eu me imponho?"	F2: "Não sei responder também."
			AMV3: "Eu acho que foi mutuo. Porque eu adaptei-me bem e eles adaptaram-se a mim. Não tive problemas nenhuns."	F3: "Eu aí acho que terá acontecido um pouco como os casados, ela obviamente teve de se adaptar, claro, foi viver uma nova circunstância completamente diferente, que não é fácil, porque eu ponho-me na posição dela..."
			AMV4: "Eu acho que as duas partes. Os que têm mais facilidade de adaptação são as pessoas mais felizes na profissão, não é? Aqueles que não se adaptam tão bem, e que têm uma profissão errada, passam a vida a trabalhar no erro."	F4: "Eu acho que foi ele que teve de se adaptar à instituição. Se bem que da parte da instituição também houve aqui colaboração nessa adaptação. Tem as regras definidas. Horários, as regras exigentes, horários exigentes, alimentação, isto é tudo definido" "... também houve aqui uma certa colaboração do lar. Ao fim ao cabo também, eles também tiveram que o conhecer. Houve aqui a fase do conhecimento, ele conhecer a casa e as regras, e eles também conhecerem a personalidade dele."
			AMV5: "Foi da minha parte."	F5: "Foi o meu pai que se adaptou à instituição."
			AMV6: "As duas coisas."	F6: "É assim, acho que há um pouco das duas coisas. Ela tem que viver sob as regras da instituição, portanto, horários de higiene, horários de refeição, horários de deitar e de levantar. Mas, ao mesmo tempo, ela também tem a sua personalidade e exige um bocadinho que aquilo que ela não gosta ou aquilo que ela não se sente à vontade para fazer... não faça."
			AMV7: "Eu é que me adaptei."	F7: "A minha mãe teve de se adaptar à instituição, mas a minha mãe também tem alguma dificuldade assim, mas argumenta muito. E eu acho que depois, aos poucos, muito aos poucos, algumas assistentes tiveram que também se moldar um bocadinho. Pronto, a minha mãe não foi fácil, porque a minha mãe sempre foi uma pessoa, já é dela, que sempre orientou e sabe muito bem orientar as coisas e segundo a ideia dela, se calhar orientava melhor o lar do que aquilo que vê. " ... "Tentam dar sempre papa ao meu pai, por ser mais fácil."
			AMV8: "Eu já adaptei-me a eles e eles também a mim."	F8: "Em princípio, elas é que têm que se adaptar à instituição. À partida, elas que vêm de fora é que têm que se adaptar à instituição. Elas fazem a parte delas e tentam também o melhor possível."
			AMV9: "Eu tive de me adaptar à instituição. Quer dizer, um regime, para mim, foi considerado como tropa. A fim de contas, tem os seus horários. E nós em casa, estamos na nossa casa, estamos à vontade, fazemos o que queremos, é diferente. E aqui não, aqui já não podemos fazer isso. Aqui singimo-nos aquilo que está estipulado. E custa-nos muito, ao fim de muita idade, sermos obrigados a aguentar este regime."	F9: "Foi ele que teve de se adaptar à instituição."
			AMV1: "Não. Nenhuma. Já não tem nada a ver a minha vida."	F1: "A minha mãe também teve de se adaptar à hora que tinha de ser arranjada" "A minha mãe saiu daqui com o hábito péssimo que era dormir até às onze da manhã... Agora não." "Ela tem de acordar às oito. É arranjada às oito porque é uma sequência de utentes a serem arranjados."
			AMV2: "A hora de dormir consegue manter. Nunca lhe deram a escolher a ementa, "mas também nunca pedi"	F2: "Só parcialmente", "Tinha esse hábito (ver tv até tarde) ainda tem esse hábito e faz isso. Talvez menos, acordar mais tarde é que já é mais controlado." "Acorda uma hora mais cedo do que costumava acordar quando estava em casa."
			AMV3: "Claro, eu tinha rotinas diferentes. Eu ia com o meu filho às compras. Agora, claro, ele não vem aqui de propósito para vir às compras. É a única coisa. De resto, eu estou aqui melhor do que estava lá."	F3: "Sim. A única coisa que eu sinto aqui, é que não há condições para se tomar banho sozinho porque o chão não é antiderrapante. Não há um varão para nós nos segurarmos. E, por isso, temos umas cadeiras que nos levam. Que eu não gosto muito, mas pronto, é tal coisa. Nós temos que nos adaptar onde nós vamos."

	Considera que mantém as rotinas da vida quotidiana antes da institucionalização? i.e.: os horários (do deitar, de acordar); escolher a ementa; ver televisão até tarde? existe mais alguma rotina que consiga manter?	AMV4: "Faço praticamente o mesmo."	F4: "Não, ele alterou muito as rotinas." "ele deitava-se tarde e levantava-se cedo, e agora deita-se muito cedo, que ele diz que deita-se dia, porque o jantar é às sete mais ou menos, e depois que volta das oito e meia já está deitado. Mas também percebe, porque ele depois também diz, pois mas depois não há empregados suficientes para poderem deitar, pronto, são normas. Deita-se cedo, tem televisão no quarto, vê os programas, etc, etc."
		AMV5: "Quando eu estava sozinho fazia tudo à hora que eu queria. E agora já não."	F5: "Não, não, não. Não há liberdade."
		AMV6: "adaptei-me aquilo que queriam"	F6: "As rotinas dela vão um pouco de encontro às regras da instituição."
		AMV7: "Sim. A gente aqui é quase como se estivesse em nossa casa."	F7: "É assim, mas a minha mãe dizia, aí, eu queria me deitar, agora ainda não posso, ninguém me leva.. Agora como vai mais cedo para o quarto, ela própria às vezes tem que se deitar, mas elas não querem. Por exemplo, ela vai à casa-de-banho sempre sozinha mesmo. As casas, também são adaptadas, também é mais fácil, a minha mãe não gosta de depender de ninguém, mas pronto, precisa. Mas não é uma pessoa que se deive abater, ela está a cadeira de rodas há muitos anos, muitos e muitos anos, já nem sei há quantos, mas nunca se deixou abater e nunca se fez vítima."
			F8: "São muito idênticas às que já tinham."
			F9: "Consegue manter."
			F1: " Não, não. Está instituído na própria casa de instituição quais são os horários das visitas e os familiares marcam de acordo com a disponibilidade."
			F2: "Tem"
			F3: "Sim."
			F4: "Está estipulado. Mas se houver necessidade de irmos, por exemplo, não pudemos ir à tarde e ser de manhã, nós podemos ir de manhã, falamos com o lar. Mas não é ele que gera, quem gera é o lar."
	O horário das visitas responde bem à sua necessidade, ou tem autonomia para decidir o horário?	AMV1: "Responde bem."	F5: "As visitas são abertas nesta instituição, nós podemos entrar à hora que quisermos."
		AMV2: "Sim. Mas eu nem sei os horários"	F6: "Não sei se ela tem autonomia. Nós, como visitantes, o que nos foi dito foi: a única situação em que temos que ter mais atenção é não ir logo muito cedo de manhã, porque as pessoas levantam-se, fazem a sua higiene e, depois, vão para o almoço."
		AMV3: "Sim; não"	F7: "Não, o horário de visitas está estipulado."
		AMV4: "Sim; não"	F8: "Não. Há horários para as visitas, isso é instituído no lar logo"
		AMV5: "Sim; não"	F9: "Não, não está envolvido nisso."
		AMV6: "Sim; não"	
		AMV7: "Sim; não está definido"	
		AMV8: "Sim; não"	
		AMV9: "Sim; não"	
	Conheceu o assistente social quando ingressou na instituição?	AMV1: Sim	F1: "Não, não houve assistente social." No entanto à data da integração conheceu a Dra. Helena, Assistente social da residência.
		AMV2: Sim	F2: "Sim, conheci"
		AMV3: "Não"	F3: "Sim e o Coordenador (psicomotricista)"
		AMV4: "Não."	F4: "Sim"
		AMV5: "Já conhecia porque já tinha tido cá a minha mulher"	F5: "Nesta, não. Nem acho que tenha."
		AMV6: "Não."	F6: "Não sei. Mas se calhar não sei porque eu também sou um pouco às vezes desligado dessas coisas."
		AMV7: "Já conhecia antes."	F7: "Já conhecia antes"
		AMV8: "Acho que sim"	F8: "Sim"
		AMV9: "Sim"	F9: "Sim"
	Qual foi o apoio fornecido por parte do/a AS / Dos técnicos no momento da integração?	AMV1: "Tudo aquilo que precisei, ajudou a conhecer a instituição..."	F1: "Eu acho que nessa fase deram (AS e outra técnica) a entender que era perfeitamente normal que eu estivesse cansada e que estivesse num momento de grande exaustão" A AS dissepara se sentir à vontade e que " nós aqui vamos ajudá-la fique descansada e é isto que nós temos que ouvir. É fique descansada, nós vamos dar o nosso melhor"
		AMV2: "Sim, ela é sempre uma senhora simpática, bem disposta, agradável. E isso ajudou-me."	F2: "As informações todas que eu tinha pedido, em geral, da instituição."
		AMV3: "Ajudou a escrever uma carta para os meus filhos..."	F3: "tranquilizou mais em mim quase do que a ela ... porque custou-me deixar lá a minha mãe" " Nos primeiros dias eu reparei que houve um cuidado de manter o contacto para vermos que a minha mãe não estava ali perdida."
		AMV4: "Nenhum. Só quando é preciso"	F4: "Na altura deram-lhe bastante, conversaram com o meu pai antes dele sair de casa. O Sr. J esteve lá em casa a conversar com o meu pai, a conhecê-lo também um bocadinho, qual era a perfeição dele, o que é que ele gostava de fazer, a perceber um bocadinho porquê que ele estava... Qual era a necessidade, porquê que ele sentia essa necessidade de ir para lá, conhecê-lo, pronto."
		AMV5: "Sempre que preciso de alguma coisa, eu peço e ele faz"	F5: "Não soube responder a esta questão."
		AMV6: "Nada."	F6: "Tivemos a primeira conversa e que nos entrevistou para saber o porquê de querermos que a minha mãe fosse para lá. Ele quis saber como é que nós tivemos conhecimento da instituição, através de quem, se foram pessoas que recomendaram ou não, ou se fomos nós que pesquisamos porque precisávamos. Pronto, houve ali uma série de questões e logo aí deixou-nos mais tranquilos porque não era uma coisa de, olha, mais um vem para cá. Ele quis saber na altura bastantes coisas sobre a minha mãe, portanto eu acho que foi uma entrevista bastante positiva."
		AMV7: "O apoio foi arranjar uma espécie possível de cama, de quarto."	F7: "É sempre disponível. Nunca me deixou desamparada."
		AMV8: "Ajudou naquilo que precisei" Não soube especificar	F8: "Eu não estava lá para ver. Só que eu não sei muito bem o que é que é o papel de uma assistente social. Eu sei o que é que é uma assistente social, mas o papel dela no lar, em relação a cada utente, o que é que ela pode falar com eles, ou o que pode perguntar, ou assim..."
		AMV9: "Não me deu nada."	F9: "O apoio que o assistente social deu foi tudo o que fosse necessário. Alguma coisa que tivéssemos que participar, estava sempre disponível qualquer situação que pudéssemos cá vir, que ele não tivesse a gostar e que se pudesse conversar."
Papel/ação do Assistente social		AMV1: "Sim... não me lembro."	F1: "ela pensa imenso nos utentes e no bem-estar dos utentes e isto dá garantias, ou seja, nós não estamos a entregar a um grupo que só vê o resultado financeiro"
		AMV2: Não soube responder.	F2: "Sim. Mostrou-me e deu-me o conhecimento das pessoas que lá trabalham, mostrou-me as instalações."

	neste processo	Considera que o AS teve um contributo essencial para a sua boa integração? Se sim, indique de que forma. Que apoio lhe foi prestado?	AMV3: "Ah, teve, teve. Porque quando entreguei o Dr. X disse uma coisa que eu nunca mais me esqueço e que eu gostei muito. Ele disse que isto não é nem um quartel, nem uma prisão. Isso caiu muito bem, porque realmente não me sinto nem numa prisão, nem num quartel. Isto não é regime militar e também, para mim, não é prisão. E que se eu pudesse sair sozinho, que eu aqui faço tudo."	F3: "Ainda hoje acontece e eu aprecio muito isso. No início, iam muitas vezes ter com ela, iam dizendo o seguinte, como é que vai, está tudo bem? Precisa de alguma coisa? Pronto, ela transmitia que... não se sentia ali como que abandonada, sentia que era uma pessoa que contava, do género, não era, como dizem na tropa, o 35 ou o 38."
			AMV4: "Foi o melhor que puderam. Puseram-me ali, apresentaram-me... O doutor não está quase sempre fora, não é? E o Y também anda sempre aí."	F4: "Sim, teve uma boa intervenção, deu-lhe bastante atenção, tentou chegar até ele, ver o que é que ele gostava, pronto, tentou, sim"
			AMV5: "Nunca o vejo. Mas recebeu-me bem, mas não me lembro de mais. Já foi há 3 anos."	F5: "Acho que sim. Foram bastante cordiais, fizeram-no sentir à vontade. Nos primeiros tempos ele tinha mais liberdade do que tem agora. Pronto. Também apanhou ainda ali a fase final de Covid, em que ainda estávamos um bocadinho perdidos. Mas sim, na parte da integração acho que tiveram um trabalho aceitável"
			AMV6: Não sabe.	F6: "O apoio foi, pelo menos nos primeiros tempos, aquilo que eu senti, foi que ela se sentisse o melhor possível, tendo uma realidade nova. Portanto, pelo menos o feedback que nós tivemos da minha mãe, logo nas primeiras visitas, foi que isto é tudo muito bom. E uma pessoa dizer que isto parece um hotel cinco estrelas, tendo em conta a percepção que a minha mãe tem dos lares, que há muita gente que tem também, não é? Que é um sítio onde despejam as pessoas e ficam ali... eu acho que neste caso nós tivemos bastante sorte, porque acho que é um sítio em que se começa a haver, eu tenho essa opinião, que se começa a tratar das pessoas como pessoas e não como mais uma pessoa que vem para aqui para nos pagar X por mês, não."
			AMV7: "Sim, sim. Ajudou naquilo que foi preciso. Coisas que são precisas."	F7: "Sim, mas acho que foi mais importante de quem está mais diretamente com eles. Deve ter ajudado mais na parte burocrática." Mas quando houve algum problema, ela falava com quem de direito e a situação resolvia-se.
			AMV8: "Trataram-me bem. E aquela maneira delas, a simpatia delas, dá-me coragem."	F8: "Eu acho que a AS envolvia nas atividades que lá no lar, só que, não sei muito bem qual é o papel dela." "Eu sei que a minha mãe gostava muito dela... tirando isso não sei."
			AMV9: "Não, não ajudou em nada."	F9: "Sim, teve. Precisamente pela experiência dela. Qualquer situação em que o meu pai não estivesse bem, comunicava, dizia-nos o que é que poderíamos, em conjunto, melhorar para que ele não ficasse, de certa forma, debilitado psicologicamente. Houve ali uma participação entre ela e nós e deu muito, mas muito, muito para conseguirmos resgatá-lo depois (fase complicada da integração)."
		De que forma, o Assistente social o motiva a participar em tomadas de decisão no seu dia-a-dia?	AMV1: "Não sei responder."	
			AMV2: "Isso não, a senhora não deve ter tempo para andar a motivar os utentes." "E a senhora, ao fim, ao cabo, também não pode fazer muita coisa. Porque acima dela estão os donos da instituição."	
			AMV3: "Não tanto, claro. O Francisco, ao princípio, talvez porque tivesse menos ocupações."	
			AMV4: "Não"	
			AMV5: "Sim". Só a animadora .. Ningyem para cima.	
			AMV6: Sim. (o DT)	
			AMV7: "Isso ela não faz nada. Tem dias que nem a vejo."	
			AMV8: Não soube responder.	
			AMV9: "Não. E embora eu tivesse, às vezes, vontade de dizer qualquer coisa, mas a gente nunca tem razão"	
	Avaliação da participação	Quanto considera que participa na tomada de decisões (Escala 0-5, sendo 0 nada e 5, sempre)	AMV1: 1, talvez.	F1: "3"
			AMV2: "Decisões não tomo nunca. Zero." São ou não são satisfeitas as minhas. É conforme umas vezes são, outras vezes não. É tal e tal. É como eu disse à senhora, tanta gente, tantos utentes.	F2: "Não sei dizer isso, isso não sei."
			AMV3: "5"	F3: "4"
			AMV4: "2" Eles mesmo que queiram melhorar, isto é uma casa com intuito lucrativo.	F4: "3"
			AMV5: "0" "Ainda sei aquilo que quero."	F5: "0"
			AMV6: "Eu aqui não tomo decisões."	F6: "acho que arrisco quase a dar um 5"
			AMV7: "5"	F7: "4"
			AMV8: "5"	F8: "3"
			AMV9: "0"	F9: "Nas tomadas de decisão, eu posso lhe dizer que ele participa em 5 mesmo."
		Quanto a instituição o incentiva a participar na tomada de decisões (Escala 0-5, sendo 0 nada e 5, sempre)	AMV1: "1"	F1: "5"
			AMV2: "Não há tempo para... Como eu disse antes, não há tempo nem disponibilidade para andarem a falar individualmente com os utentes. Não falam corrigio como não falam com os outros. E portanto, as decisões são tomadas entre os donos da casa e a da D. Helena."	F2: "Não sei, 3."
			AMV3: "5"	F3: "4"
			AMV4: "4/5"	F4: "3"
			AMV5: "0" "Não vale a pena tomar decisões."	F5: "A minha percepção é zero, mas não sei."
			AMV6: "5"	F6: "Eu acho que também incentiva bastante e vou dar um 5 também."
			AMV7: "0"	F7: "2"
			AMV8: "5"	F8: "3"
			AMV9: "0"	F9: "5"

Caraterização sociodemográfica dos entrevistados	Idade	26	F1: "45"
			F2: "51"
			F3: "65"
			F4: "57"
			F5: "53"
			F6: "60"
			F7: "53"
			F8: "56"
			F9: "64"
	Género	27	F1: Feminino
			F2: Masculino
			F3: Masculino
			F4: Feminino
			F5: Feminino
			F6: Masculino
			F7: Feminino
			F8: Feminino
			F9: Masculino
	Grau de parentesco	28	F1: Filha
			F2: Filho
			F3: Filho
			F4: Filha
			F5: Filha
			F6: Filho
			F7: Filha
			F8: Filha
			F9: Filho
	Antes de ir para a ERPI, o seu familiar (pessoa idosa) vivia com quem?	29	F1: com a filha.
			F2: "Vivia, primeiro sozinha e depois, pouco depois, ou pouco antes de ir, cerca de um ano e meio antes de ir para o lar, vivia com uma empregada."
			F3: "Viveu quatro anos comigo, não diretamente dentro de minha casa. Ela tinha autonomia completa, num anexo, preparado para ela."
			F4: "Vivia com a esposa."
			F5: Sim, já vivia sozinho.
			F6: "Vivia sozinha, mas tinha uma senhora que ia lá de 2ª a 6ª, fazer comida, limpar, lavar, passar a ferro..."
			F7: O conjugue vivia junto, com apoio de uma AAD 24h.
			F8: "Vivia comigo"
			F9: Sozinho.

Caraterização sociodemográfica dos entrevistados	Idade	AMV1: 76 anos
		AMV2: 80 anos
		AMV3: 87 anos
		AMV4: 87 anos
		28 AMV5: 90 anos
		AMV6: 82 anos
		AMV7: 94 anos
		AMV8: 94 anos
		AMV9: 97 anos
	Género	AMV1: Feminino
		AMV2: Feminino
		AMV3: Feminino
		AMV4: Masculino
		29 AMV5: Masculino
		AMV6: Feminino
		AMV7: Feminino
		AMV8: Feminino
		AMV9: Masculino
	Habilitações Literárias	AMV1: 6º ano
		AMV2: Licenciatura em Filologia Germânica
		AMV3: 4ª classe
		AMV4: 4ª Classe
		30 AMV5: 4ª classe
		AMV6: 2ª classe
		AMV7: 3ª classe
		AMV8: 3ª Classe
		AMV9: 4ª classe
	Antes de ir para a ERPI, o seu familiar vivia com quem?	AMV1: "Com a filha"
		AMV2: "Com uma empregada"
		AMV3: Sozinha, mas eu morava no resto do chão, e o meu filho no primeiro andar.
		AMV4: Com a esposa.
		31 AMV5: Vivia sozinho.
		AMV6: Sozinha
		AMV7: Com o esposo e com uma empregada
		AMV8: Com a filha no luxemburgo.
		AMV9: Sozinho
	Há quanto tempo está na ERPI?	AMV1: "3 anos"
		AMV2: "2 anos"
		AMV3: 2 anos
		AMV4: 1 ano.
		32 AMV5: 3 anos
		AMV6: 3 anos
		AMV7: 6 meses.
		AMV8: 7 meses.
		AMV9: 7 meses.

Apêndice II – Entrevista TA

Categorias de análise	Sub-categorias	Questões	Respostas
Importância da participação	No processo de institucionalização	Para si qual é a importância da participação na tomada de decisão dos adultos mais velhos nesta resposta?	T1: "eu acho super importante. Acho que a pessoa, com a idade, não deve perder a capacidade de decidir coisas sobre a sua vida ou sobre o sítio onde está" "não é por estar a integrar uma instituição que vai perder isso, obviamente que depois temos que adequar as rotinas institucionais a essas tomadas de decisões, mas tomadas de decisões simples podem ser incutidas nas pessoas, desde o que é que quer vestir, o que é que quer para o pequeno almoço, o que é que gostava de fazer hoje de diferente, ou seja, também dá-lhes aqui um bocadinho de poder de decisão no meio das suas rotinas e eu falo em todos os tipos de patologias, mesmo pessoas com demência são capazes de tomar pequenas decisões se forem estimuladas a isso, portanto eu acho super importante." T2: "A tomada de decisão é fundamental, sobretudo no nosso nível de trabalho, que tem um ponto de vista em que, ou seja, nós identificamos as necessidades dos clientes. Portanto, a tomada de decisão está relacionada com isso. Faz parte da nossa forma de trabalhar nunca obrigar o cliente a nada; ou seja, o cliente tem sempre opção de escolha, quer seja na realização de atividades, na alimentação, se quer comer num prato raso ou fundo, ou se não gosta da comida. Mesmo que não esteja previamente definido que o cliente não gosta de um determinado tipo de alimento ou proteína, ou da forma como está confeccionado, nós procuramos sempre identificar essas preferências. Quando, na hora, o cliente não quer comer algo, oferecemos outra opção, correspondendo ao seu desejo e à sua vontade. Portanto, a tomada de decisão do cliente é sempre considerada ao mais alto nível."
		A participação do AMV durante o processo de admissão (acolhimento) influencia, de alguma forma, a sua adaptação à ERPI? Se sim, indique de que forma. Se não, porquê?	T1: "Eu acho que sim. A grande maioria das pessoas que vêm para a instituição vêm porque são os filhos que decidem. ... o vir contrariado, obviamente que vai dificultar depois aqui o nosso trabalho e a integração da pessoa. Até pode não dificultar, a pessoa até pode vir e adaptar-se perfeitamente bem, felizmente tem corrido bem, não tivemos assim casos de insucesso. Mas acho que se a pessoa vier consciente e vier com esta conversa com a família" T2: "Sim, sem dúvida. Aqui, procuramos sempre que a admissão seja feita com a presença da própria pessoa. Quando isso acontece, notamos que há mais facilidade, pois é como se a pessoa já viesse com uma pré-preparação para a nova realidade que vai encontrar. Muitas vezes, as pessoas deparam-se com essa realidade tendo algum estereótipo ou estigma sobre o que é a institucionalização e sobre o que ouviram de outras pessoas. Depois, quando chegam aqui, encontram uma realidade completamente diferente. De facto, se a pessoa estiver presente no momento da admissão, isso facilita bastante a integração, até porque há um primeiro contato com os outros clientes. Procuramos sempre que esse primeiro contato aconteça, mesmo que seja breve, para depois introduzirmos a pessoa no dia da admissão."
	Na vida quotidiana das ERPIS	Considera que os AMV mantêm a sua autonomia (poder de decisão) na vida quotidiana na instituição? De que forma?	T1: sim, desde pequenas decisões, o que é que quer para o pequeno almoço, o que é que quer vestir, se quer preparar a sua roupa, quando é que deseja tomar banho, a que horas deseja tomar banho, estas pequeninas decisões que ao fim e ao cabo acabam depois por dar margem para que sejam tomadas outras decisões maiores. T2: "Sim, eu considero que sim, nas pessoas que estão capazes para isso, sim. Portanto, nós já tivemos aqui casos em que as próprias pessoas tomaram a iniciativa de vir para o lar, não foram os familiares, foram as próprias pessoas, porque sentiam essa necessidade e decidiram sair quando estavam melhores. Portanto, nesse tipo de pessoas, que sempre tiveram esse tipo de autonomia, sendo capazes de a ter, nós priorizamos também pela questão da autonomia na decisão."
			T1: Sim, eu acho que quanto mais a pessoa tiver capacidade de decidir, mais autónoma se vai sentir, mesmo que essa autonomia seja pouca

		Considera que a participação dos AMV na vida quotidiana da ERPI influencia o seu nível de autonomia? E influencia o ambiente na ERPI?	T2: "Sim, sem dúvida. Nós, até aqui para algumas pessoas, temos aqui uma atividade que chamamos de projetos de vida. E é muito aí que procuramos inserir as pessoas, até com os seus gostos e hábitos, que já tinham em casa. Por exemplo, nós temos um conjunto de pessoas que, temos uma senhora que era doméstica, passava roupa a ferro, limpava, dobrava, etc. O projeto de vida dessa senhora aqui é, pelo menos 3 vezes por semana, ir à lavandaria, dobrar toalhas, dobrar lençóis. Temos pessoas que estão responsáveis por pôr a mesa, temos pessoas aqui na nossa horta que eram agricultores e toda a vida trabalharam no campo, que são responsáveis pela nossa horta, por manter a nossa horta limpa, agregada, por plantar, por colher, por entregar à cozinha."
Fatores facilitadores e obstáculos à participação	Fatores facilitadores	Que fatores considera que motivam AMV a participar nas atividades e decisões da instituição?	T1: "as instituições permitirem que as pessoas possam exercer a sua capacidade de decisão e também o facto de haver cuidados humanizados." "...as instituições têm de ser flexíveis e têm de se adaptar também às pessoas que têm cá, à sua individualidade, à sua personalidade""...é importantíssimo também haver uma boa admissão, haver um bom processo de admissão, conhecer muito bem a pessoa, tentar conhecê-la, passar todas essas informações também à equipa"
		Que apoios ou recursos considera ser mais eficazes para facilitar a sua participação?	T2: "Na instituição, que é um trabalho que é dos colaboradores e da equipa que cuida deles, porque acho que isso é o fundamental, que eles sintem esse respeito e essa dignidade aqui dentro. Considero também o ir de encontro aos seus gostos, mesmo que, sobretudo quando a pessoa tem um certo tipo de necessidades, ou seja, direcionar a atividade para o objetivo específico que se quer trabalhar, quando vai de encontro ao gosto da pessoa, isso ajuda bastante. Acho que são dois fatores fundamentais e o trato. O trato é fundamental para que eles se sintam bem."
		O que é que considera que desmotiva uma pessoa idosa a participar nas atividades e decisões diárias da instituição?	T1: "é importante haver um bom ambiente de trabalho", "um ambiente preparado para as pessoas que permita que o cuidador esteja plenamente com aquela pessoa." "... acho importante a instituição estar um pouco aberta à comunidade, portanto, haver aqui parcerias para que a pessoa também possa ter a oportunidade de escolher fazer coisas que não sejam só direcionadas para a instituição"
			T2: "Eu penso que a nível de recursos, eu penso que se tudo estiver bem estruturado e se for planeado, porque é um direito para a pessoa X fazer atividade X de forma a participar na vida da casa e que tenha a sua própria autonomia e que se sinta útil. Sobre tudo, se a equipa técnica, os colaboradores estiverem bem estruturados e os planos das pessoas bem definidos, eu penso que os recursos que são necessários são os recursos que já existem na casa, quer sejam recursos físicos ou humanos. Mas no caso de, e a nossa perspectiva aqui é maior, sempre que é necessário um recurso físico ou um bem imóvel que seja necessário para e que trará benefício à pessoa, seja em que atividade for, uma atividade mais de estimulação, que seja cognitiva, sensorial, uma atividade motora, uma atividade de vida diária, uma atividade que promova o sentimento de utilidade, nós procuramos sempre adquirir também esse tipo de materiais que façam sentido para a pessoa e para a instituição."
			T1: "é o facto de não ser ouvida ou compreendida e até mesmo ignorada quando menciona algo a esse respeito."
			T2: "O que eu acho que desmotiva, é uma questão mais complicada. Acho que o que pode desmotivar é, lá está, o não se sentir acompanhado pela família, a falta de visitas, por exemplo, a falta de contacto com a família, o fator essencial é também a estabilização emocional e sobre tudo isso está muito ligado com a estabilização a nível terapêutico, a nível da medicação, que é um fator que influencia bastante, e acho que são esses dois fatores. A própria meteorologia também afeta, pode parecer uma coisa parva, mas afeta bastante para a motivação, sobretudo agora nesta fase que é que muda a hora entre o outono, nós notamos uma quebra grande nele e tentamos lutar contra isso."

	Obstáculos à participação	Considera que existem áreas específicas que precisam de melhorias ou ajustes para promover uma maior participação dos idosos? Se sim, especifique.	T1: "... a área da formação é essencial para que as pessoas profissionais também estejam alertas e sensibilizadas para esta questão de promover a autonomia, promover a capacidade de decisão, ... , a formação na área das demências que prevalecem imenso aqui" "acho que não há uma legislação adequada, acho que depois também as próprias equipas que fiscalizam ou fazem os acompanhamentos técnicos das instituições, também acabam por não ter muita realidade do terreno, e portanto, acho que também acaba por não haver aqui esta componente pedagógica neste sentido de alertar as instituições... a legislação até fala nos cuidados humanizados, mas depois na prática, quando nós estamos na prática, não pode ser só um processo físico, não pode ser um processo em papel, tem que ser muito mais do que isso" T2: "Sim, sobretudo a presença de uma equipa técnica que promova, que faça planos, que traça objetivos, que traça atividades para chegar às necessidades dos clientes e que dê resposta a tudo isso. Porque não é comum, haver uma equipa técnica diferenciada e multidisciplinar que pelo menos na quantidade, e eu gosto, eu digo isto porque tenho realidades diferentes, aqui na ERPI, nós temos uma equipa técnica grande, temos terapeuta ocupacional, temos psicomotricista, temos animador, temos enfermeiro, temos fisioterapeuta, temos assistente social, e portanto esse trabalho de equipa multidisciplinar com muita variedade de técnicos é fundamental para realizar um bom serviço e para atingir os objetivos das pessoas quando cá estão institucionalizadas."
		Na sua opinião, numa instituição sem participação e envolvimento dos idosos na tomada de decisões, quais são os efeitos que pode ter na própria instituição? E nos indivíduos que nela residem.	T1: "Isso é quase como se fosse uma ditadura, eu acho que tem um impacto muito negativo para já, porque a própria instituição não se torna flexível, ou seja, é como se fossem as regras da instituição que prevalecessem. E depois, eu estou a imaginar-me idosa a viver numa instituição onde não pudesse, decidir, ou não pudesse ter esse tipo de liberdade, iria-me sentir aprisionada." T2: "Na própria instituição há de ser o status, o reconhecimento, ou seja, o reconhecimento do trabalho que é feito para as pessoas, se tem coisas negativas é porque as pessoas não são estimuladas, se não têm poder de decisão, se não têm autonomia, mesmo em pequenas coisas, não estão a ser dignificadas e não estão a ser estimuladas, e isso há uma grande relação no bem-estar da pessoa com essa questão. Se não houver essas condições que promovam autonomia, respeito e dignidade pela pessoa, a pessoa com certeza que não vai piorar cada vez mais e não vai ter a melhoria ou a manutenção para a qual foi requisitado o serviço da instituição."
		Que práticas institucionais são adotadas para promover a autonomia e a independência dos residentes, permitindo-lhes tomar decisões sobre sua própria vida e cuidados?	T1: "O processo de admissão tem que ser muito bem estruturado." "...eu prefiro preparar com a família a entrada, a admissão da pessoa e com o utente também, se for possível, de forma a que no dia da entrada não haja contratos para assinar, não haja papéis para preencher e a atenção seja toda na pessoa que vai entrar. Eu tenho um questionário que envio para a família e para o utente para ser preenchido, com perguntas muito básicas, desde o que é que faz, desde o acordar até o deitar, o que é que come, o que é que não come, o que é que gosta, o que é que não gosta." "...gostos e preferências" "destaco sempre uma funcionária para acompanhar o utente e a família e esse momento é para eles estarem a organizar aquele espaço que vai ser o deles" T2: "Vou dar um exemplo da prática, das pessoas que têm essa capacidade, que ainda estão na plenitude das suas competências cognitivas. Quando há uma questão de saúde, nós temos uma médica que vem cá todas as semanas e que está ocorrente de toda a situação dos clientes e é explicado ao cliente juntamente com o médico quais são os procedimentos a adotar, quais as alterações a fazer. Se o cliente rejeita, essa vontade é respeitada. Ou seja, tentamos sempre que essa autonomia seja promovida numa globalidade daquilo que é a vida dos clientes aqui na casa, quer seja a ida ao exterior, se quer ir ao café, se a pessoa apetece um dia ir ao café, mesmo que não tenham capacidade motora, mas quer ir ao café aqui perto da instituição, para beber uma bica e um pastel de nata, nós vamos lá com eles. Portanto, nós facilitamos, damos-lhes esse poder de decisão, esse poder de escolha e fazemos o possível para os acompanhar e para que eles concretizem essa tarefa ou atividade que desejam realizar."
		Existe algum momento de partilha ou de debate (com as pessoas	T1: " Não faço em conjunto, porque às vezes é difícil"

	Práticas institucionais	Existe algum momento de partilha ou de debate (com as pessoas idosas envolvidas) sobre a organização e gestão da instituição? E reúnem-se com as pessoas idosas, frequentemente para escutarem as suas opiniões, preocupações para melhorar o funcionamento da instituição?	T2: "Sim, nós aqui na instituição, uma vez de 3 em 3 meses fazemos grupos de clientes que estejam melhor a nível cognitivo e fazemos reuniões, quase uma tertúlia sobre as atividades que temos feito, os serviços que prestamos, etc, e também no final de cada ano fazemos um questionário, em anónimo, com várias questões para eles responderem de acordo com aquilo que acham que são os serviços e o acompanhamento que nós fazemos."
		Os residentes que possuem um quarto partilhado têm a oportunidade de conhecer o companheiro de quarto antes de se mudarem? Como é esse processo?	T1: "mas eu tenho sempre a porta do gabinete aberta, a não ser quando estou em reunião" "a nossa casa é muito pequena, portanto, há muita proximidade" "eu própria vou ter com os utentes, às vezes, e início uma conversa simples" ""também faço inquéritos de satisfação aos familiares" T2: "Isso, isso é sempre feito."
		Os residentes têm a oportunidade de escolher o seu quarto ou personalizar o seu espaço pessoal de alguma forma? Quais são os itens que eles costumam trazer consigo?	T1: "Sim, podem trazer mobílias nos quartos duplos e individuais porque são um bocadinho maiores" "... já tivemos senhoras que já trouxeram as suas secretárias, as suas cadeiras, onde costumam estar sentadas, quadros, livros, fotografias... mantas que costumavam ter nas suas camas, ..., peluches, almofadas" "...algo que os faça tornar o ambiente mais familiar e mais semelhante..." "Já tivemos um cão do utente também" T2: "Escolher o seu quarto, não. Quero o quarto X, mas eu já tenho uma pessoa que escolheu o quarto X e o quarto X está ocupado e o par funciona muito bem, não há razão para eu estar a trocar um par que funciona muito bem só porque uma pessoa quer ir para lá. Portanto, não faz sentido. Mas a nível de personalização nós damos sempre essa possibilidade, até porque é uma coisa que facilita a integração da pessoa. Pedimos para trazer alguns objetos que sejam familiares, a manta que se costuma ter em cima da cama, a almofada, um cadeirão que tenha no quarto ou na sala que queira trazer. Desde que haja espaço para isso e desde que não condicione a movimentação e o layout do quarto e a decoração, nós damos sempre esse tipo de oportunidade." T1: Conseguem.
		As pessoas idosas conseguem manter as rotinas que tinham antes da institucionalização, como os horários de deitar e acordar, escolher a ementa e ver televisão até tarde? Há outras rotinas que eles conseguem manter?	T2: "Sim, de certo modo, sim. Nunca é igual, porque não vão fazer a própria, não vão lavar a sua própria roupa, temos pessoas que gostam de fazer a sua própria cama e nós deixamos, e estimulamo-nos a fazer isso. Mas óbvio que muitas atividades da vida diária que tinham em casa já não têm aqui, porque também já não conseguiam fazer em casa corretamente, seja por questões cognitivas ou motoras."
		Os idosos ou familiares escolhem o horário das visitas? ou é definido pela instituição?	T1: " É definido pela instituição, mas flexível, ou seja, nós temos um horário de visitas programado... mas depois acabamos por flexibilizar também isso." T2: "Nós temos horários definidos. No entanto, nós somos bastante flexíveis nas visitas. Desde que a pessoa, até que o familiar, não extravase, não chegue àquilo que é o razoável ou que são os mínimos. Nós damos aqui, inclusive, já depois do horário das visitas, se a pessoa ligar, olha, hoje não consigo ir aí, posso ir mais cedo, mesmo que a minha mãe esteja no quarto. Nós damos essa abertura, pronto, lá está, desde que, por exemplo, num quarto duplo, veja que a outra pessoa não esteja no quarto para não invadir a privacidade da outra pessoa, não há problema nenhum. Temos casos desses. E, portanto, facilitamos o horário de visitas e mesmo o horário de saídas ao exterior. Também as pessoas levam os clientes quando querem e trazem quando querem. Pedimos é que avisem, que dêem mais ou menos as horas de saída, mais ou menos as horas de entrada para nós
			T1: "Eu, por norma, gosto de estar sempre presente nas admissões, faço aqui um bocadinho esta ponte, entre a instituição, a família, os funcionários e o utente." "E depois, eu destaco sempre uma funcionária para estar com aquele utente durante 1, 2/3 semanas, também depois é consoante aquilo que é falado aqui com a família" "apresentar os restantes utentes que estão na sala, os próprios espaços, orientar durante os primeiros dias, porque a pessoa pode não estar orientada e não conseguir identificar os espaços." "Aqui há muito boa disposição e humor, que também acaba por aqui desmistificar... certas ansiedades que possam existir."

Estratégias e Práticas institucionais promotoras de participação	Estratégias seguidas	Quais as ações/ estratégias utilizadas para facilitar o processo de adaptação dos idosos ao contexto da instituição? E ao nível da participação?	T2: "Uma das coisas é a personalização do quarto, outra coisa é a identificação de pares que possam beneficiar e que tenham mais facilidade de integrar as pessoas aqui na casa, para iniciar essa integração. Também a escolha da mesa nos momentos das refeições é sempre escolhida, é sempre possível. De acordo com as necessidades de estimulação e, por exemplo, uma pessoa que entre, nós procuramos colocá-la com, se ela tiver essa capacidade, nós procuramos colocá-la com uma pessoa que também tem capacidade de conversação. Então, começamos muito com as atividades em grupo para fazer uma avaliação primária e diagnóstica daquilo que são as capacidades da pessoa, quer seja a nível motor e cognitivo, porque algumas vezes só de falar com a pessoa, nós não conseguimos tirar todas as conclusões que queremos. Portanto, aí as duas primeiras semanas tentamos chamar muito a pessoa para as atividades, nunca obrigando-a a isso, tentando sempre adaptar aquilo que são os gostos da pessoa numa fase inicial para ajudar na integração."
		Que outras estratégias podem ser implementadas pela ERPI para fortalecer e incentivar a participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão?	T1: "Eu gostaria de ter um programa de acolhimento melhor do que o que tem" "gostava de ter mais recursos humanos também, porque nós acabamos por também estar muito restritos ao que a legislação nos pede" "Gostava também de estar um pouco mais inserida, apesar de termos protocolos com instituições da comunidade e de estarmos integrados aqui num projeto intergeracional também da rede social... isso ajuda na integração e na tomada de decisão, porque a pessoa se sente integrada, também se sente à vontade para dizer o que pensa, para dizer o que quer e para dizer, o que deseja." "gostava também de ter mais formação para as pessoas que estão a trabalhar connosco e que as famílias também se envolvessem um pouco mais no dia-a-dia da instituição,... era importante e que não vissem as instituições como um inimigo a bater, mas sim, algo com quem se deve trabalhar em conjunto e eu digo sempre isso às famílias quando entram." T2: "Sinceramente, eu acho que, lá está, estou a falar aquilo que é a nossa experiência e que é a nossa realidade. É difícil eu falar aqui de outras estratégias que nós podemos fazer, porque isso deriva de caso para caso. Todas as pessoas aqui, ou seja, as pessoas entram, passam aqui por este processo de adaptação, ao fim de duas ou três semanas são avaliadas pela equipa. Cada elemento da equipa faz uma avaliação da sua área e é atribuído um gestor de caso, essa pessoa é o gestor de caso que, de acordo com todas as avaliações que são feitas pela equipa, elabora um plano em que contém os objetivos, as estratégias a utilizar, a tipologia de atividades, os indicadores com os quais vamos medir o sucesso ou não, nas atividades e nos objetivos que temos. Portanto, eu acho que isso é uma questão muito individual, ou seja, considero que nós já fazemos, de acordo com aquilo que lhe disse anteriormente, aquilo que achamos que é geral para facilitar a tomada de decisão deles e dar-lhes essa possibilidade, mas depois já entramos num campo muito específico porque as necessidades dos uns não são as necessidades dos outros."
		Qual é o apoio fornecido à pessoa idosa por parte do/a Assistente social?	T1: "Quase total, ou seja, é desde conhecer, ... conhecer bem a pessoa, conhecer a família, no dia da admissão estar completamente disponível. Portanto as admissões, eu prefiro que sejam sempre comigo cá, prefiro estar totalmente disponível, e tirar aqui estas sensações: como é que a pessoa vem, se vem bem disposta, se vem triste, se vem ansiosa, se vem tensa, isso é importante para depois nós podermos trabalhar isto. Depois nos dias a seguir também estar aqui a fazer esta ponte com a família e com o utente, " ... a família do outro lado às vezes também está muito ansiosa com esta integração, se vai correr bem, se não" T2: "É o seguinte, nós temos um assistente social que é uma das sócias aqui da ERPI. Portanto, o apoio que dá, nós não temos muita necessidade de ter um assistente social, isto porque nós somos uma instituição privada, não trabalhamos diretamente com a Segurança Social, portanto, é algo que nós não temos necessidade, como tem uma IPSS. Portanto, aqui, o assistente social, sobretudo, dá apoio aos clientes e às famílias em processos que envolvam a segurança social, tal como, por exemplo, os atestados de incapacidade, os complementos de independência."

	Papel/ação do Assistente social neste processo	Considera que o AS tem um contributo essencial para uma boa integração? Se sim, indique de que forma. / Enquanto Diretor Técnico...	T1: "Sem dúvida, para já porque nós temos esta mais-valia de podermos fazer aqui este trabalho multidisciplinar, ou seja, acabamos por ter várias bases que nos ajudam a que a integração seja boa, ... porque estamos habituados a trabalhar com o médico ou o enfermeiro, vemos o lado do estado emocional da pessoa, porque também estamos habituados a estar sensíveis a esse lado. Lidamos com as emoções da pessoa e da família e temos este papel de mediador, estarmos aqui no meio entre a família, o utente e a instituição e mediar estes 3 papéis para que todos convivam, para que o próprio utente se sinta bem, se sinta acolhido" "a dinâmica de integrar a própria equipa neste processo... passar as informações" "o AS em um papel primordial de explicar todos os direitos que a pessoa tem dentro da instituição, toda a rotina da instituição, explicar o que é que a pessoa pode esperar, o que é que pode fazer, dar essas informações. Acho que isso é importantíssimo, acho que isso dá uma boa integração." T2: "O meu contributo é acompanhar muito a pessoa na fase inicial, quer a pessoa, quer a família. É acompanhar muito, estabelecer relação, criar relação, isso é importantíssimo para a integração da pessoa. Acompanhá-la em tudo na fase inicial, desde mostrar o quarto, falar um bocadinho, como sentar com a pessoa, beber um chá ou lanchar com a pessoa, para conhecê-la, para perceber quais são os objetivos e quais são as expectativas sobre tudo que a pessoa tem, e depois gerir essas expectativas e integrá-las da melhor forma nas atividades. Tenho uma comunicação muito direta com os técnicos e com os colaboradores da casa, para perceber como é que está o contexto da pessoa. Resumindo, é um acompanhamento muito próximo e, por vezes, tanto é próximo como é distante no sentido de a pessoa perceber que eu estou aqui para ajudá-la e acompanhá-la nesta fase inicial, mas também que não perceba que estou a observá-la de uma forma mais exigente e, quando assim é, mantenho-me um bocadinho mais distante para depois também conseguir, para apanhar a pessoa no seu estado natural, digamos."
		De que forma, o Assistente social motiva as pessoas idosas a participar em tomadas de decisão no seu dia-a-dia?	T1: "O AS pode motivar as pessoas idosas, dando-lhes a conhecer os direitos que eles têm dentro da instituição e falando disso com eles, de uma forma ... descontraída, muitas vezes, informal, não tem que ser num contexto formal, porque acho que às vezes as coisas fluem muito melhor assim" "...A pessoa tem direitos, tem vontades, tem formas de falar e acho que o AS, por estar muito próximo da pessoa idosa, pode ter esse papel também de empoderar o idoso a poder decidir, a poder fazer valer os seus direitos." T2: "A forma que eu utilizo é procurar os gostos e interesses e de acordo com as expectativas que a pessoa tem aqui. Quando essas expectativas não são ajustadas, há um trabalho que é efetuado para ajustar essas expectativas, que às vezes não é um trabalho que seja num dia ou numa conversa, mas um trabalho que é feito ao longo de um X tempo até que a pessoa, de facto, consiga adaptar-se aquilo que consegue fazer, às suas características, às suas necessidades. Às vezes pode parecer tudo muito o mesmo que eu estou a dizer, mas, de facto, aquilo que a pessoa necessita e aquilo que a pessoa demonstra interesse e demonstra necessidade é que é o fundamental, portanto, e todos eles são diferentes uns dos outros. É assim que nós trabalhamos, de facto, olhar para cada pessoa como um ser individual e, além daquilo que já temos identificado nos nossos serviços, que a pessoa vai ter, dependendo da necessidade A ou necessidade B, procuramos sempre ir além disso. Algo que nós não tenhamos, que a pessoa tenha necessidade, nós vamos procurar saber, vamos procurar aprender, vamos procurar adquirir o que for necessário para que a pessoa possa ter esse tipo de experiência e benefício."
	Avaliação da participação	Quanto considera que os idosos participam na tomada de decisões (Escala 0-5, sendo 0 nada e 5, sempre)	T1: "3 porque muitos deles não conseguem tomar decisões devido às patologias" ... mas daqueles que consegues, diria que 4 T2: "4"
		Quanto a instituição incentiva a pessoa idosa a participar na tomada de decisões (Escala 0-5, sendo 0 nada e 5, sempre)	T1: "3, porque acho que tem um bocadinho a ver também com a formação dos cuidadores." T2: "5"
		Identificação da Instituição	T1: Quinta de Colares T2: Vida Maior

Caraterização sociodemográfica dos entrevistados	Localização Territorial	T1: Colares, Sintra. T2: Torres Vedras
	Idade	T1: 48 T2: 28
	Género	T1: Feminino T2: Masculino
	Habilidades Literárias; Especifique a sua área	T1: Licenciatura em SS T2: Licenciado em Reabilitação Psicomotora, tenho duas pós-graduações, em Neuropsicologia Clínica e Reabilitação Neuropsicológica, tenho também um curso em Gestão de Organizações Sociais.
	Categoria Profissional	T1: Diretora Técnica T2: Diretor Técnico
	Tempo de serviço no local em meses/anos	T1: 16 anos T2: 4 anos

Apêndice III – Modelo do Consentimento Informado



Exmos./as Senhores/as,

O meu nome é Catarina Ribeiro e sou mestranda em Gerontologia Social: Qualidade de Programas e Serviços Gerontológicos na Universidade Lusófona: Centro Universitário de Lisboa. Estou atualmente a desenvolver uma dissertação intitulada “A participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão em contexto institucional”.

O estudo procura compreender de que forma a participação na tomada de decisão pode melhorar a integração do adulto mais velho nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Para tal, serão realizadas entrevistas a pessoas idosas da instituição, respetivo familiar responsável e aos técnicos responsáveis, com vista a responder aos seguintes objetivos:

Objetivo Geral 1: Analisar a importância percebida relativa à participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão em contexto de ERPI.

Objetivo Específico 1.1. Compreender a perceção dos adultos mais velhos, da família e dos técnicos relativa à importância da participação dos adultos mais velhos no seu processo de institucionalização e na vida quotidiana das ERPIs.

O.E 1.2. Identificar fatores facilitadores e obstáculos percebidos pelos adultos mais velhos, pela família e pelos técnicos que afetam a capacidade dos primeiros de participar ativamente na tomada de decisão quanto à sua institucionalização, quer na vida quotidiana das ERPIs.

Objetivo Geral 2: Identificar as estratégias e práticas institucionais para promover a participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão na vida quotidiana das ERPIs.

O.E. 2.1. Analisar a perceção dos adultos mais velhos e familiares sobre o nível de envolvimento e influência que têm nas decisões quotidianas da instituição.

O.E. 2.2. Identificar estratégias de intervenção do/a Assistente Social na facilitação do processo de adaptação dos adultos mais velhos ao contexto de institucionalização.

O.E. 2.3. Identificar e analisar as estratégias implementadas pelos técnicos e pela instituição para promover a participação dos adultos mais velhos na tomada de decisão na vida quotidiana das ERPIs.

Catarina Ribeiro

TM: 967 942 752

E-mail: catarinafonsecai

Solicito a gravação da entrevista para facilitar o registo e assegurar a precisão das informações. Quero salientar que a gravação será utilizada apenas para os fins deste estudo, e pode recusar caso não se sinta à vontade. Tem a total liberdade para interromper a entrevista a qualquer momento.

Assegurarei o sigilo dos dados recolhidos que serão utilizados apenas para fins de pesquisa e poderão ser disponibilizados posteriormente aos envolvidos.

Estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida e fornecer informações adicionais necessárias.

Ao assinar a presente declaração de consentimento, reconheço que li e entendi totalmente o seu conteúdo, com o qual concordo.

Data ____/____/____

O Utente participante _____ (primeiro e último nome)

Rúbrica: _____

O Familiar participante _____ (primeiro e último nome)

Rúbrica: _____

Catarina Ribeiro

TM: 96

E-mail: c

o@gmail.com