



UC/FPCE — 2014

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Conte-me a sua história: Para uma abordagem centrada na pessoa junto de indivíduos de idade avançada na Região Autónoma da Madeira.

Cátia Sousa Freitas (e-mail: ccsfreitas89@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação,
Desenvolvimento e Aconselhamento sob a orientação da Doutora
Maria Jorge Santos Almeida Rama Ferro

À minha Família

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que, de uma maneira ou de outra, me ajudaram nesta tarefa última do meu percurso académico. Àquelas que me deram força, que perguntaram se estava tudo bem e que acreditaram nas minhas capacidades.

Agradeço também ao Lar (Santa Casa da Misericórdia S.C.) onde recolhi algumas histórias de vida e às pessoas, do lar ou não, que contribuíram nesta investigação.

Àquela pessoa especial (D).

Muito OBRIGADA!

*Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico de 1945 por decisão da autora

Resumo

É importante reconhecer a necessidade de escutar as narrativas da população com idade avançada por dois motivos principais: primeiro, porque a população idosa está a aumentar consideravelmente em Portugal; em 2011 cerca de 19% da população tinha 65 anos ou mais (INE, 2011), e segundo, porque o aconselhamento actualmente se centra maioritariamente na população em idade activa (Lima, 2012).

O objectivo deste trabalho foi abordar e abranger a área do aconselhamento junto da população idosa, atendendo a diferentes contextos habitacionais. A amostra foi constituída por 11 pessoas que habitam: na sua própria casa, em casa de familiares ou em internamento num lar.

As histórias de vida, recolhidas a partir de entrevistas, foram o instrumento utilizado para obtenção dos dados. Assim, através da entrevista semiestruturada, os sujeitos contaram a sua história de vida o mais exaustivamente possível. Deste modo, obteve-se uma visão abrangente e aprofundada sobre cada indivíduo.

Os resultados sugerem que as pessoas que estão a passar por um processo de luto, as que vivem sozinhas, ou que vivem ou frequentam um lar, por imposição de familiares ou por não terem ninguém próximo, têm maiores necessidades de aconselhamento. As pessoas com situações mal resolvidas no passado, nas quais se incluem os atritos familiares, e as pessoas que entraram há relativamente pouco tempo na reforma, mostraram ter também maiores necessidades de aconselhamento.

Palavras-chave: Histórias de vida, envelhecimento, pessoas com idade avançada, Região Autónoma da Madeira, necessidades de aconselhamento.

Abstract

It is vital to acknowledge the need to listen to the narratives told by the elderly for two main reasons: firstly, because the number of elderly citizens in Portugal has been increasing significantly, – citizens aged 65 or more accounted for 19% of the population in 2011 (INE, 2011) – and secondly, because counselling currently focuses on the working-age population (Lima, 2012).

This paper aims to approach and cover counselling for elderly citizens, taking into account different residential scenarios. The sample was composed of 11 people who reside: in their own houses, in their relatives' houses, or in a nursing home.

Life stories, collected via interviews, were the instrument use to get data. Thus, through semi-structured interviews, subjects told as comprehensively as possible their life stories, providing a broad and in-depth vision of each individual.

Results suggest that people who are going through a morning period,

who live alone, or who live or spend their time in a nursing home, forced by their relatives or for not having anyone else, have greater counselling needs. People with unresolved issues, family problems included, and people who have recently retired also showed greater counselling needs.

Key Words: Life stories, ageing, elderly citizens, Autonomous Region of Madeira, counselling need.

Índice

Introdução.....	1
I –Enquadramento Conceptual.....	2
1. Envelhecimento humano.....	2
2. A Perspectiva Rogeriana no contacto com as pessoas	5
3. Questões Metodológicas	7
3.1 Pesquisa Qualitativa.....	7
3.2 Grounded Theory.....	8
3.3 Entrevista	10
3.4 Narrativas/Histórias de vida	10
II – Objectivos	14
III – Metodologia	15
Participantes	15
Instrumentos	16
Procedimentos e Considerações	16
IV – Apresentação e Discussão de Resultados	18
V– Conclusões e Referência a Algumas Limitações.....	39
Referências	42

Introdução

É cada vez maior a preocupação pela população idosa em Portugal, visto que o seu número está a aumentar, representando uma percentagem considerável na população portuguesa. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, com base nos censos de 2011, a população residente em Portugal era de 10 561 614 habitantes, sendo que cerca de 19% destes tinham 65 ou mais anos de idade (INE, 2011).

O envelhecimento é um “conjunto de processos de natureza física, psicológica e social que, com o tempo, produzem mudanças na capacidade de funcionamento dos indivíduos e influenciam a sua definição social” (Atchley, 2000, cit. por Simões, 2006, p. 31). “Envelhecer é um dos mais importantes desafios do séc. XXI, visto obrigar-nos a considerar questões existenciais, políticas, económicas e sociais, como a existência ou não de uma idade de reforma, o lugar e o poder das pessoas idosas dentro da sociedade, o relacionamento intergeracional, o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, a educação permanente, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e a qualidade de vida das pessoas com idade avançada (Diener & Suh, 1998, cit. por Lima, 2012), é, também, um privilégio que não podemos desperdiçar”(p.16).

Segundo Lima (2012), compreender como ajudar as pessoas a mudar, lidar com as perdas e a viver de maneira produtiva e preenchida é um ganho pessoal e social. Daí ser de extrema importância pensar na intervenção e como as diferentes áreas do conhecimento da psicologia podem ajudar as pessoas em idade avançada, como é o caso do aconselhamento, que actualmente se centra maioritariamente na população em idade activa.

Com este trabalho pretende-se alargar a área do aconselhamento à população de idade avançada. Para tal recolheram-se histórias de vida, a partir de vários contextos habitacionais, de modo a obter os temas a que a população idosa dá ênfase e assim melhor estruturar/planear a intervenção psicológica junto de indivíduos com idade avançada. À medida que as entrevistas iam decorrendo e que as histórias de vida iam sendo contadas foi notória a necessidade que as pessoas idosas têm de ser ouvidas.

A análise das histórias de vida de idosos permite uma visão mais ampla do fenómeno do envelhecimento e tem em conta a individualidade de cada um, privilegiando o seu percurso único e singular. As narrativas foram recolhidas predominantemente em meio rural e através delas encontramos cenários tão variados quanto: o estrangeiro, a cidade, o trabalho, os desgostos, os casamentos, os nascimentos, as mortes, e a doença. Por outras palavras, uma colectânea rica de temas e sentimentos, onde se verificaram diferenças e semelhanças entre

quem as narra.

I – Enquadramento Conceptual

1. Envelhecimento Humano

“O envelhecimento é um processo comum a todos os seres vivos e que evoca um desenvolvimento contínuo, embora mais marcado durante as últimas fases da vida, culminando com a morte” (Cozinheiro & Vieira, 2007, p. 153).

Nos países desenvolvidos, a Organização Mundial de Saúde define o idoso como aquele que completou 65 anos. Nos países em vias de desenvolvimento, a idade estabelecida são os 60 anos, devido à esperança média de vida ser mais baixa. Designar as pessoas com 65 anos ou mais como idosas foi uma prática que teve início na Alemanha na década de 1880, pois foi essa a idade escolhida por Otto von Bismarck¹ para se ter benefícios de natureza social (Spar & La Rue, 2005). Embora a idade cronológica seja um indicador que demarca as fases da vida, não deverá ser o único indicador a ter em conta quando se trata do envelhecimento. É importante ter em conta a forma física, mental e social em que a pessoa idosa se encontra (Novo, 2003). Como referem Argimon e Stein (2005, cit. por Rosa, 2010), no processo de envelhecimento, cada sujeito vivencia as mudanças físicas, comportamentais e sociais de forma singular, ou seja, a ritmos diferentes.

Busse (1969, cit. por Amado, 2008) diferencia dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento primário e o secundário. O envelhecimento primário está relacionado com as mudanças intrínsecas e irreversíveis, enquanto o envelhecimento secundário diz respeito às doenças associadas à idade, reversíveis ou em que a prevenção é possível. Por sua vez, Birren e Schoots (1996, cit. por Amado, 2008) sugerem um terceiro tipo de envelhecimento, o terciário. Este diz respeito a mudanças que ocorrem de forma precoce na velhice. Mais tarde, o envelhecimento primário passou a ser designado pela comunidade científica como envelhecimento normal e o secundário como envelhecimento patológico.

Erikson (1982) foi o primeiro teórico a abarcar todo o ciclo-de-vida, vendo o

¹ Otto von Bismarck nasceu em 1815, em Schönhausen, na Prússia (Alemanha), e morreu em 1898, em Friedrichsruh perto de Hamburgo. Foi político, primeiro-ministro da Prússia e chanceler do Império Germânico. Destacou-se sobretudo na política externa e foi o primeiro estadista europeu a criar um sistema de segurança social justo, uma vez que ofereceu aos trabalhadores seguro de acidentes, de doença e de velhice (Infopédia, 2014).

desenvolvimento como um *continuum* que vai desde o nascimento até à morte. A saber: Oral-sensitivo, anal-muscular, genital-locomotor, latência, adolescência, jovem adultez, adultez e velhice.

A velhice é uma fase que, segundo o autor, ocorre por volta dos 60/65 anos até a morte, ou seja começa por volta da idade da reforma. A tarefa desenvolvimental, que está subjacente a esta etapa, irá ser resultado da disputa entre os dois pólos: integridade vs. desespero. A integridade do Ego é o resultado de um desenvolvimento bem-sucedido, o que pressupõe a aceitação da vida passada, aceitando os erros sem remorsos e sem desespero perante a morte. A conquista desta etapa é a sabedoria; este pode ser considerado como o estágio mais difícil de todos, devido ao confronto com a diminuição do tempo de vida e com a inevitabilidade perante a morte.

Em 2003, Baltes e Smith (cit. por Amado, 2008) mencionaram duas formas de definir a terceira e a quarta-idade. A transição que ocorre da terceira para a quarta-idade faz-se quando 50% dos coortes (sujeitos da mesma geração) já faleceram. Nos países desenvolvidos, esta transição ocorre entre os 75 e os 80 anos, segundo Olshansky, Carnes e Désesquelles (2001, cit. por Amado, 2008), enquanto Baltes e Smith (2003, cit. por Amado, 2008) apontam o período entre os 80 e os 85 anos de idade para esta transição.

Segundo Sequeira e Silva (2002, p. 505) “o envelhecimento não ocorre de forma estanque em todos os indivíduos. Enquanto uns tendem a apresentar padrões habituais de envelhecimento que reflectem alterações típicas da idade, outros tendem a alcançar um elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social, em que apenas sinais típicos da mudança ocorrem”. Assim, será precipitado falar da velhice de um modo geral, visto que, ninguém envelhece ao mesmo ritmo, nem da mesma maneira. Como referem Lima e Viegas (1988, cit. por Sequeira e Silva, 2002) “se a velhice é o destino biológico do homem, ela é vivida de forma muito variável consoante o contexto em que se inscreve” (p.506).

Com o passar dos anos e com a entrada na reforma, a pessoa idosa vê reduzidas as suas preocupações e obrigações a nível laboral, mas também familiar, e como consequência passa grande parte do seu tempo em actividades de lazer (Chen & Fu, 2008, cit. por Rosa, 2010). Ou seja, pode existir uma diminuição de actividade, uma alteração de papéis sociais e de estatuto, fraca participação na vida económica do país e uma desorientação social (Guerreiro, 2008).

O desafio mais importante do envelhecimento é o confronto com as perdas afectivas inevitáveis, tais como: a reforma, a viuvez, o falecimento de familiares, de amigos, perda de papéis sociais, etc. Tais perdas vão exigir um esforço de adaptação por parte das pessoas idosas quando confrontadas com tais situações (Teixeira, 2010). As perdas despertam no idoso sentimentos de tristeza e desânimo que podem originar síndromes depressivas (Ballone, 2002,

cit. por Teixeira, 2010). O processo de envelhecimento e a adaptação individual a este processo pode fazer com que a pessoa se torne mais frágil face à depressão (Martins, 2008, cit. por Teixeira, 2010).

A depressão é considerada um problema de saúde pública, que afecta sujeitos de todas as idades e conduz a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008, cit. por Teixeira, 2010). A depressão pode provocar mudanças cognitivas e comportamentais, nas pessoas com esta desordem, tais como: desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, falta de motivação, perturbações de vontade, dificuldade de concentração, problemas de sono, fraqueza física, perda do gosto pela vida e dificuldade de convívio com amigos, familiares e colegas (Zimmerman, 2000).

Existem algumas causas possíveis de depressão nas pessoas idosas, tais como: factores genéticos, eventos como o luto e o abandono, doenças incapacitantes, etc. A depressão no idoso pode surgir num contexto de alguma perda de qualidade de vida, por vezes associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Como refere Zimmerman (2000): “ (...) às vezes as causas da depressão são externas: perdas do marido, de um filho, amigos, irmãos, de papéis sociais. Outras vezes, a causa é a dificuldade de adaptar-se à velhice e à proximidade da morte. Também existe a possibilidade, bastante frequente, de as causas serem internas (endógenas), quando se faz necessário o uso de medicamentos e acompanhamento de um médico que dê suporte para o trabalho de acompanhamento do idoso” (p. 109). Por sua vez, Vaz (2009), referindo-se aos indivíduos em contexto institucional, aponta as condições de maior índice de solidão e a menor participação em actividades de lazer como as mais relacionadas com a depressão.

A prática e o desenvolvimento de actividades de lazer, na vida das pessoas idosas, são de extrema importância (Almeida & Quintão, 2012). Segundo Teixeira (2010), o facto de as pessoas idosas frequentarem ou não uma associação, como por exemplo um Centro de Dia, é um dos factores que contribui para a ausência de depressão. Outro factor é a satisfação que os idosos sentem relativamente à relação com os familiares e amigos, as relações com outros membros da sociedade não têm tanto peso, nesta fase. Assim, segundo Teixeira (2010), pessoas que mantêm contacto diário com a família apresentam valores mais baixos de depressão e solidão.

O *continuum* entre normalidade e doença mental não permite, por vezes, um correcto diagnóstico. Os idosos, por outro lado, não facilitam a tarefa do especialista de saúde pois tendem a omitir sintomas mentais, ressaltando porém as suas queixas de natureza somática (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

As pessoas idosas que vivem em meio rural parecem apresentar também níveis mais

baixos de solidão e depressão. O benefício mais importante de residir em meio rural é o de sentido de identidade, o sentir-se conhecido (Rowles, 1984, cit. por Sequeira & Silva, 2002). Hespanha (1993, cit. por Sequeira & Silva, 2002), por sua vez, refere que nos ambientes rurais, podem encontrar-se autênticas redes de suporte social, nas quais se englobam os vizinhos, os amigos e a família.

2. A perspectiva Rogeriana no contacto com pessoas

“Aconselhar” provém do latim *consiliare* e remete-nos para *consilium* (conselho), significando unidade, e tendo subentendida a ideia de uma reunião em que as pessoas presentes têm por objectivo analisar com atenção algo para posterior deliberação (Nogueira, 2006).

Muitos são os autores que definiram o conceito de aconselhamento. Schmidt (1987, cit. por Nogueira, 2006) defende que “o Aconselhamento Psicológico, enquanto prática sistemática de psicólogos, está ligado, em sua origem, à formulação de indicações, sugestões, orientações e mesmo conselhos baseados em avaliações psicométricas” (p.5). Mac Kinney (1958, cit. por Nogueira, 2006) defende que o aconselhamento é uma relação interpessoal, na qual o conselheiro assiste o sujeito na sua totalidade psíquica e tenta que este alcance o melhor ajuste possível entre o “eu” e o contexto em que se insere.

O aconselhamento, segundo a Associação Europeia de Counselling (1995, cit. por Nogueira, 2006), “é um processo de aprendizagem interactiva que, segundo um acordo mútuo, se instaura entre um ou mais conselheiros e um ou mais clientes, quer se tratem de indivíduos, famílias, grupos ou instituições. Permite apreender de forma holística os problemas sociais, culturais, económicos e emocionais (...). O objectivo global do *counselling* é o de dar aos clientes, enquanto indivíduos e membros da sociedade, possibilidades de trabalhar sobre as vias que eles mesmos traçaram para viver de forma mais criativa e mais satisfatórias” (p. 6). Ainda segundo a mesma Associação (1995, cit. por Nogueira, 2006), as áreas de intervenção destinadas ao aconselhamento são: a gestão de crises, as tomadas de decisão, o melhoramento das relações interpessoais, a resolução de problemas específicos, o desenvolvimento pessoal, os pensamentos, o trabalho sobre os sentimentos, os conflitos internos e externos e as percepções.

Segundo Rogers (2004), o aconselhamento não-directivo ou centrado no cliente evoluiu na sequência do interesse pelas práticas psicoterapêuticas e pelo seu desenvolvimento. A abordagem centrada na pessoa, de Carl Rogers, desenvolveu-se enquanto teoria nos inícios de 1940, a partir do trabalho em psicoterapia (Nogueira, 2006) através de observações minuciosas, particulares e específicas do comportamento humano numa determinada relação (Rogers, 2004).

Wood (1983, cit. por Nogueira, 2006) descreve esta abordagem como “uma abordagem holística das relações humanas que continuamente ajusta teoria e prática ao que é significativo e útil” (p.10). Segundo Rogers (s.d., cit. por Nogueira, 2006), todos os sujeitos detêm uma capacidade inata de resolverem os seus problemas/dificuldades, se lhes for dada a oportunidade e atmosfera adequadas para tal. Assim, esta abordagem parte da ideia de que “as pessoas possuem dentro de si próprias vastos recursos para a compreensão do *self* e para mudanças construtivas nas formas de ser e de agir e que estes recursos podem ser expandidos e melhor compreendidos num relacionamento com determinadas qualidades definidas” (Rogers & Sanford, 1984, p.1374). Rogers (1951) defende, assim, que todos os seres humanos têm uma motivação intrínseca para evoluir. Com base em tais ideias, Nye (2002) define Rogers como um optimista em relação ao potencial humano. Grummon (1976, cit. por Nogueira, 2006) partilhava desta mesma ideia, afirmando que “Rogers acredita firmemente na dignidade e valor de cada indivíduo” (p.11).

Ao defender que o ser humano se desloca de modo a atingir a sua saúde psicológica, Rogers (1951) defendeu a tendência actualizante, própria do ser humano, que confere sabedoria ao organismo, na satisfação das suas necessidades. Nye (2002) afirma que “a tendência à actualização serve para manter e realçar as experiências e as potencialidades do organismo; isto é, encoraja a realização. Um resultado do crescimento e da elaboração do organismo é o desenvolvimento de um *self*” (p.13). Para Rogers (s.d., cit. por Nogueira, 2006), se o “eu” se encontra em consonância com a experiência total do organismo, então a tendência actualizante irá funcionar de forma unificada. Por outro lado, se existir conflito entre o “eu” e a totalidade do organismo, a tendência actualizante não será unificada, podendo ser a do organismo contrária à tendência de realização do “eu” (Rogers & Kinget, 1997, cit. por Nogueira, 2006).

Rogers (1961) encara na terapia um momento de encontro pessoal, uma arte. Para Rogers (1980), para uma terapia ser bem-sucedida é importante que o terapeuta tenha uma atitude que englobe três componentes fundamentais: a aceitação positiva incondicional, congruência e compreensão empática das atitudes e percepções do cliente. Este autor (1957) descreve a empatia como o desenvolvimento de interesse e receptividade por parte do terapeuta e de uma profunda compreensão num contexto de não julgamento, respeitando o cliente enquanto pessoa e aceitação do mesmo tal como ele é. Está assim inerente a esta abordagem um posicionamento não-directivo.

Ao cliente é pedido que ele mesmo controle o processo terapêutico, ou seja, é ele que tem grande parte da responsabilidade. Durante o processo estará envolvido na auto-revelação e auto-exploração de si mesmo e será consciencializado para a resolução de problemas, tomada de decisão e independência nas suas escolhas. A terapia deve criar as condições necessárias de modo a direccionar o cliente para a auto-actualização e enriquecimento pessoal. O terapeuta tem

a função de auxiliar durante todo o processo, na actualização do *self*, proporcionando um ambiente de não-julgamento e confortável. Hill (2000, cit. por Rodrigues da Cruz, 2011) defende uma relação de igualdade entre o cliente e o terapeuta.

Na terapia rogeriana, o processo de mudança é visto como indissociável do relacionamento terapêutico, uma vez que a mudança depende da experiência das atitudes terapêuticas centrais relacionadas com o cliente. Rogers (1957, 1959) defende que quanto maior for a consistência destas atitudes, maior será a probabilidade de ocorrer a mudança terapêutica.

Segundo Rogers (2000, cit. por Nogueira, 2006), a melhor maneira de o indivíduo se ajudar a si mesmo é através do aconselhamento. Trindade e Teixeira (2000) enumeram como competências básicas do aconselhamento: a escuta activa, a empatia, a reflexão e compreensão total do cliente, sem julgamentos.

Segundo Guerreiro (2008), são os sujeitos que habitam sozinhos, com mais de 75 anos, que têm mais necessidades de aconselhamento. Por outro lado, os idosos do género masculino, com menos de 75 anos e que habitam com a família, são os que têm menos necessidades de aconselhamento.

Muitas vezes psicoterapia e aconselhamento confundem-se. Para Nunes (1999, cit. por Nogueira, 2006) “a psicoterapia insere-se num quadro próprio e bem delimitado da relação de ajuda e caracteriza-se essencialmente por ser uma forma de tratamento nos casos que apresentam uma sintomatologia de foro psicopatológico. Por seu lado, o *counselling* é visto, pela autora, também como uma forma de relação de ajuda mas numa vertente de problemáticas que podem ser de ordem existencial, de nível informacional ou, mesmo, de esclarecimento/clarificação e cujos campos de aplicação, embora mais vastos, não apresentam patologia” (p. 30). Morato (2007), ao longo do seu livro, refere que o aconselhamento veio romper com a prática clínica tradicional e dar a possibilidade, aos profissionais de psicologia, de intervirem numa nova área do saber. O autor, menciona que têm sido esbatidas ou mesmo apagadas as fronteiras existentes entre psicoterapia e aconselhamento.

3. Questões metodológicas

3.1 Pesquisa Qualitativa

Dado que um dos objectos de estudo da psicologia é o comportamento humano, os investigadores não podem deixar de dar importância aos dados qualitativos (Fernandes & Maia, 2001). Na mesma linha de pensamento, Polkinghorne (1988, cit. por Fernandes & Maia, 2001) defende que “o trabalho qualitativo procura um conhecimento que aprofunda e alarga a

compreensão da existência humana” (p. 74).

A metodologia qualitativa utiliza-se em estudos que contextualizam o conhecimento, na qual a própria construção deste conhecimento é uma dimensão importante. Este tipo de investigação tem uma longa existência, iniciando-se por volta de 1900 (Denzin & Lincoln, 1994, cit. por Fernandes & Maia, 2001).

Glaser e Strauss (1967, cit. por Charmaz, s.d.) quiseram opor-se às concepções positivistas, dominantes na época e propuseram a análise qualitativa sistemática, como tendo a sua própria lógica e, assim, geradora de teoria. A teoria fundamentada, como lhe chamaram, deveria seguir alguns critérios: ajustar-se de forma adequada aos dados, ter utilidade, densidade conceptual, deve durar no tempo, poder ser alterada e ter poder explicativo (Glaser, 1978, 1992; Glaser & Strauss, 1967; cit. por Charmaz, s.d.).

Segundo Charmaz (s.d.), os adeptos da teoria fundamentada primeiro estudam os dados, depois separam-nos, classificam-nos e sintetizam os dados através da codificação qualitativa. Para codificar é necessário associar marcadores, é um processo de refinação de dados, de classificação em que se estabelecem comparações com outros dados. A teoria fundamentada alia o positivismo da Universidade de Columbia ao pragmatismo e à pesquisa de campo da escola de Chicago, duas tradições opostas.

3.2 Grounded-Theory

A grounded-theory é uma metodologia qualitativa desenvolvida por Glaser e Strauss apresentada em 1967. Segundo Amaro (2008, cit. por Gonçalves, 2008), esta metodologia tem como objectivo a construção de quadros explicativos, na qual a partir de algumas generalizações empíricas se constroem teorias que fornecem contextos explicativos mais vastos e que podem ser aplicadas a um maior número de situações. Esta abordagem dá primazia à inserção do investigador no terreno, não existindo a preocupação de construir hipóteses *a priori*, diferenciando-se assim das restantes metodologias.

Segundo Gonçalves (2008), a grounded-theory valoriza a aquisição dos dados através da observação e de entrevistas, mas também da exploração de todo o tipo de material escrito, podendo ainda fazer o cruzamento de informação com técnicas quantitativas.

A grounded-theory tem origem no contexto sociológico e surgiu como reacção à insatisfação dos investigadores com os modelos dominantes na sociologia, devido ao facto de serem muito especulativos, ou seja, por poder não haver correspondência com a realidade.

Para a psicologia esta abordagem é importante visto que se aproxima da dimensão humana da sociedade e na qual é possível perceber os significados que as pessoas atribuem às

suas vidas (Layder, 1993, cit. por Fernandes & Maia, 2001).

A metodologia tem como objectivo principal a concepção de uma teoria com base na recolha e na análise de dados. O primeiro passo será a definição do problema em questão que vai estar na mira da investigação. Em vez de se começar com base numa hipótese, o primeiro passo é a recolha de dados através de uma variedade de métodos possíveis. Isto contradiz assim o modelo tradicional de pesquisa, na qual o pesquisador parte de um quadro teórico para confirmar ou abandonar a sua hipótese de investigação (Allan, 2003).

Segundo Gasque (2007, cit. por Pinto, 2012), a teoria fundamentada (grounded-theory) foi desenvolvida com base em três objectivos: “proporcionar uma base lógica para a teoria com a intenção de contribuir para fechar a lacuna entre teoria e pesquisa empírica; propor padrões e procedimentos mais adequados para descoberta da teoria; e validar a pesquisa qualitativa como método adequado e específico designado para gerar uma teoria” (p. 4).

Um princípio central desta metodologia é o método de comparação constante até atingir o processo de saturação. Inicialmente começando com questões abertas, tais vão-se tornando progressivamente mais orientadas. Relativamente à amostra teórica, esta vai sendo aos poucos construída através da própria análise, não sendo uma amostra representativa de uma determinada população mas sim uma amostra relevante para o fenómeno em estudo. O procedimento aconselhado para a análise das entrevistas é estas serem analisadas à medida que são recolhidas (Fernandes & Maia, 2001).

Os memorandos são uma técnica com muita importância nesta metodologia, dado que é a partir destes que se inicia a análise dos dados, aquando do estabelecimento de categorias de análise e da sua posterior interpretação (Amaro, 2008).

Existem três tipos de codificação: aberta, axial e selectiva. Na codificação aberta existe uma “decomposição, análise, comparação, conceptualização e categorização dos dados” (Strauss & Corbin, 1990, cit. por Fernandes & Maia, 2001, p.56). No passo seguinte tem que se agrupar os conceitos em categorias, através de relações de similaridade entre os vários conceitos. A codificação axial é uma fase que ocorre posteriormente à codificação aberta, na qual os dados são reorganizados tendo por base as ligações entre as categorias. Por último, a codificação selectiva consiste na selecção da categoria central (Fernandes & Maia, 2001).

A grounded theory tem subjacente uma ideia de grande complexidade relativa aos seus procedimentos, devido ao carácter provisório dos resultados da análise, que exige um cuidado constante na verificação dos dados. Deste modo, é importante o cuidado e a supervisão por parte de investigadores mais experientes com este método (Fernandes & Maia, 2001).

3.3 Entrevista

A entrevista, segundo Quivy e Campenhoudt (1998, cit. por Rosa 2010), é um método que permite recolher um volume elevado de informação pertinente para reflexão e análise. Como refere Kvale (s.d., cit. por Cunha, 2005), a entrevista qualitativa tem por base o princípio da conversação, que enaltece a capacidade de escuta, de colocação de perguntas e de respostas por parte de quem é entrevistado.

De acordo com Brandão (2000, cit. por Duarte, 2002), a entrevista requer uma permanente atenção por parte do investigador sobre os objectivos a que se propôs, sendo este obrigado a estar atento ao que é dito e a reflectir sobre a forma e o conteúdo daquilo que ouve.

Para Haguette (1997, cit. por Boni & Quaresma, 2005), a entrevista é um “processo de interacção social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objectivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (p. 72).

Existem várias formas de entrevistas, em Ciências Sociais, tais como: a entrevista semiestruturada, estruturada, aberta, as entrevistas com grupos focais e a projectiva (Boni & Quaresma, 2005).

3.4. Narrativas/Histórias de vida

Segundo Preti (1991, cit. por Brandão, Smith, Sperb & Parente, 2006), os indivíduos mais velhos têm uma tendência natural para se tornarem “contadores de histórias”; lembrar o passado é frequente nas conversas entre sujeitos de idade avançada. Assim, um dos papéis atribuídos aos mais velhos é a arte de contar e recontar histórias com base nas suas experiências passadas. A pessoa idosa será então um saudosista que vive das suas próprias memórias (Correa & França, s.d.). Tal ideia está fortemente enraizada no senso comum. Segundo Butler (1963, cit. por Amado, 2008), recontar a vida ou episódios desta é um comportamento natural e previsível, que permite ao sujeito atingir a integridade do ego (Erikson, 1982, cit. por Amado, 2008). A narrativa permite também lidar com a passagem do tempo; Ricouer (1987, cit. por Amado, 2008) defende que o tempo se torna humano sempre que estiver organizado em narrativas.

Foi desde o início dos anos 80 que os psicólogos passaram a dar especial atenção à narrativa e à história de vida, sendo um dos padrinhos desta revolução narrativa Jerome Bruner (1986, cit. por Amado, 2008). Dado que a psicologia tem como missão compreender o indivíduo no seu todo, as narrativas são assim um modo privilegiado de obter informação sobre as experiências dos sujeitos mais velhos, sobre como viveram a vida, e como lidaram com os

fracassos, com as perdas, com as oportunidades e com as vitórias.

De acordo com Mairesse e Fonseca (2002, cit. por Correa & França. s.d.), “somente através da memória se pode atingir o passado, e este, não existindo como um antigo presente, só se torna possível enquanto produção no presente, resgatado pelo imemorial” (p.5).

Actualmente, o espaço para contar e ouvir histórias é cada vez mais restrito à disponibilidade circunstancial e escassa de um interlocutor. Os idosos procuram silenciosamente contar as suas histórias de vida a alguém que tenha a paciência e a curiosidade de ouvi-las (Brandão, Smith, Sperb & Parente, 2006). Segundo Poirier *et al.* (1999, cit. por Cozinheiro & Vieira, 2007), a história de vida é uma reconquista da tradição oral. Esta deixou de ser transmitida, pois as pessoas mais velhas deixaram de sentir que alguém as queria ouvir, ou seja, deixaram de se sentir valorizadas e qualificadas perante os mais novos. As histórias de vida são, assim, um retorno à transmissão oral.

A generalização não é de todo possível, dado que cada história de vida, cada percurso e processo de formação são únicos (Cozinheiro & Vieira, 2007). Para Vieira (1999, cit. por Cozinheiro & Vieira, 2007), a dificuldade em obter resultados generalizáveis é “o preço a pagar pela profundidade destas metodologias” (p. 157).

Segundo Amado (2008), [...] “ a abordagem narrativa é actualmente de mérito indubitável e não é necessário fazer a sua apologia ou defesa” (p.125).

Ouvir narrativas, procurando compreender o indivíduo no seu todo, é uma ocupação vinculada aos profissionais de Psicologia, que teve início com os terapeutas de Família. Segundo Dollard (1935, cit. por Ferro, 2010), se analisarmos cuidadosamente os dados biográficos, teremos o reflexo de uma sociedade através da vida de cada sujeito, e apercebemo-nos da importância do meio circundante se quisermos compreender o desenvolvimento de um sujeito.

Para Bruner (1987, 1998, cit. por Brandão, Smith, Sperb & Parente, 2006), as histórias ou narrativas de vida incluem personagens, ou seja, seres que agem segundo as suas intenções e objetivos, mas também segundo as circunstâncias em que se encontram inseridos.

Para McAdams (1985, cit. por Ferro, 2010), a história de vida de cada indivíduo define-se a partir do final da adolescência e tal construção faz-se de modo consciente e inconsciente, garantindo coerência ao “ser” de cada sujeito e como esse se traduz nas narrativas. Para o autor, a idade adulta e a idade avançada são momentos-chave para obter histórias de vida.

Na terapia narrativa, os resultados únicos devem ser identificados e ampliados de modo a que os clientes possam “envolver-se em desempenhos de novos significados em relação a eles” (White & Epston, 1990, cit. por Gonçalves, Santos & Matos, 2011, p. 129). Os resultados únicos podem ser vistos como excepções à regra, sendo a regra a narrativa dominante (ex.:

depressão, medo). As narrativas dominantes podem ser melhor explicadas se compostas por um conjunto de leis que organizam as experiências da pessoa e que asseguram a estabilidade e a previsibilidade. Os resultados únicos, ou momentos inovadores, ocorrem em psicoterapia e contribuem para o processo de mudança de auto-narrativa. Foram apontados cinco tipos diferentes de momentos inovadores: acção, reflexão, protesto, reconceptualização e mudança de desempenho (Gonçalves, Santos & Matos, 2011).

Tem havido um crescente interesse em explorar o potencial papel das narrativas na psicoterapia e no desenvolvimento da personalidade, devido ao facto de a psicoterapia ser um contexto privilegiado para a co-construção de histórias (Adler, Wagner, & McAdams, 2007, cit. por Moreira, Gonçalves & Matias, 2011). Gonçalves *et al.* (cit. por Moreira, Gonçalves & Matias, 2011) avaliaram as diferentes dimensões da narrativa de uma forma integrada nas diferentes dimensões: estrutura da narrativa, processo narrativo e o conteúdo da narrativa.

Segundo Pasupathi (2001, cit. por Moreira, Gonçalves & Matias, 2011), as características do orador têm impacto na reconstrução de experiências passadas, pois dependem da maneira como o orador se lembra dessas experiências e também do contexto em que a história é contada. As características de cada ouvinte têm também impacto nas narrativas do orador, levando autores como Bavelas, Coates e Johnson (2000, cit. por Moreira, Gonçalves & Matias, 2011) a sugerirem que os ouvintes são co-narradores.

As narrativas podem ser alteradas de acordo com a viabilidade dos significados, pois podem sofrer processos de negociação interpessoais, e podem mudar os seus significados centrais (Gonçalves & Gonçalves, 1998).

Os vídeos, usados por Shostrom (1966, cit. por Moreira, Gonçalves & Matias, 2011), mostraram diferentes terapeutas a realizar sessões terapêuticas com o mesmo cliente. Com este clássico instrumento é possível comparar a interacção do mesmo cliente com diferentes terapeutas. Um estudo avaliou as narrativas de uma cliente com Rogers, Lazarus e Shostrom. Nesse estudo foram encontradas diferenças nas narrativas consoante o terapeuta com quem interagiu (Moreira & Gonçalves, 2010, cit. por Moreira, Gonçalves & Matias, 2011). Tais resultados vão ao encontro de Moreira, Gonçalves e Matias (2011) que também verificaram diferenças nas narrativas de uma cliente, dependendo do terapeuta com quem estava a interagir e da sua orientação teórica (terapia centrada no cliente; terapia Gestalt; e terapia racional-emotiva).

O estudo de Moreira e Gonçalves (2010) contou com três terapeutas: Rogers e a sua terapia centrada no cliente, Lazarus e a terapia multimodal, e Shostrom e a terapia da actualização. O terapeuta centrado no cliente enfatiza a experiência subjectiva do cliente, numa atitude de aceitação ao invés de julgamento. A mudança ocorre quando a experiência subjectiva

do paciente e do terapeuta promove a auto-realização do paciente. Para Lazarus, os seres humanos são o produto de uma complexa interacção de factores genéticos, de aprendizagem, factores sociais, físicos e história. A mudança terapêutica depende da utilização generalizada de técnicas que abrangam os múltiplos domínios humanos e funcionais. A ênfase é colocada na junção de várias técnicas que devem cobrir os domínios que necessitam de intervenção. O principal objectivo é facilitar a implementação das técnicas, sendo a relação terapêutica um instrumento importante. Por sua vez, a terapia da actualização é defendida por Shostrom como uma abordagem integrativa, pois incorpora contributos de diversos modelos terapêuticos. Cada ser humano deve ter confiança em si mesmo, a fim de poder concretizar a sua tendência natural: a actualização. Tem como objectivo ajudar o paciente a substituir tácticas de sobrevivência por respostas de crescimento actualizantes. Rogers e Shostrom partilham do mesmo ponto de vista teórico, a necessidade de actualização, embora utilizem métodos diferentes. Rogers baseia-se principalmente na relação terapêutica e na forma como essa relação dá ao paciente as condições necessárias para a sua auto-actualização. Shostrom, por seu lado, recorre ao uso de técnicas de diferentes modelos teóricos (Moreira & Gonçalves, 2010).

A história de vida tem como objectivo principal a retrospectiva, que o entrevistado faz, e na qual, por vezes, são libertados pensamentos e emoções reprimidas. Tais relatos facultam material que será extraordinariamente rico para a posterior análise (Boni & Quaresma, 2005).

Um dos seguidores de Erickson, McAdams (1993; 1996, cit. por Amado, 2008), defende que a identidade é a construção da história de vida, da sua auto-narrativa, que interliga o passado, o presente e o futuro. Esta é apontada como uma das melhores formas de abranger a complexa relação entre cultura e individualidade. Segundo este autor existem sete características fundamentais de uma história de vida: infância precoce, anos pré-primária, infância, adolescência, adultez, meia-idade, e adultez tardia. Estas características possuem três funções: a primeira é a construção da identidade, na integração no tempo, atribuindo significado à vida do sujeito; outra função é a do entretenimento, isto é, as pessoas contam as suas histórias para conviver mas também para entreter com quem lidam; por fim, a última função é a de instruir. Os indivíduos ao contarem as suas histórias educam e socializam com os seus ouvintes, transmitindo quase sempre uma moral.

O acto de contar permite uma libertação emocional associado àquilo que é dito. Nas palavras de Ferro (2010): “[...] o uso e a importância da narrativa pessoal, na situação de aconselhamento, permite ao indivíduo reconhecer a atenção que lhe é dada pois é ouvido, escutado e aceite sem ser julgado. Contar um acontecimento pessoal, pensá-lo e colocar os factos e sentimentos em palavras pode, a dado momento, dar lugar a uma reestruturação pessoal do afecto associado a tal acontecimento” (p.128).

II - Objectivos

Se a psicologia estuda o ser humano, desde que nasce até à sua morte, é, então, de todo importante ouvir as pessoas em todas as fases da sua vida, incluindo as pessoas de idade avançada. Esta população, pelo que já viveu e experienciou, tem, regra geral, uma opinião formada acerca da vida e da relação com os outros.

O aconselhamento está maioritariamente centrado com as populações em idade activa, nomeadamente através do aconselhamento vocacional, de carreira, entre outros. Contudo, o aconselhamento é crucial também na velhice. O desafio da integração vs. desespero poderá ser mais bem resolvido se as pessoas de idade avançada beneficiarem da ajuda de profissionais de aconselhamento. Através desta ajuda, o indivíduo é encorajado a reflectir e encarar a vida de modo saudável.

Este estudo tem assim como objectivo identificar temas de vida a que os adultos em idade avançada dão verdadeira importância, de modo a que os profissionais de aconselhamento tenham conhecimento sobre esta população, de modo a poderem dar uma melhor resposta em contexto profissional. Para que esse objectivo possa ser cumprido, foram reunidas várias histórias de vida por meio de entrevistas em vários contextos habitacionais: na própria casa da pessoa, nos centros de dia e de convívio e, por último, pessoas que estão internadas no lar; de modo a recolher trajectos singulares.

Como objectivo para a intervenção futura, procurávamos minorar a impressão de solidão, de estar sozinho e não ter quem quisesse, no fundo, escutar as memórias dos participantes para que, depois de recolhidas e analisadas as suas histórias, pudéssemos encontrar padrões de maior relevo das vidas narradas, por exemplo:

- os aspectos comuns ligados à família, amigos e local de residência;
- os aspectos relevantes relacionados com a vida activa como o trabalho, os gostos por actividades de lazer, e outras actividades antes da reforma (questões pragmáticas da vida);
- os temas centrais do percurso vital como as recordações da própria família de origem, factos da história política e social do País, acontecimentos naturais e outros (memória colectiva); e,
- as questões religiosas, crenças, juízos (valores pessoais).

Este trabalho tem ainda como objectivo contribuir para a elaboração de um projecto de contacto mais próximo e bem dirigido à comunidade a que pertencem (ou onde se inserem) os participantes deste estudo.

III - Metodologia

Participantes

A selecção dos 11 participantes deste estudo foi feita com base na acessibilidade e disponibilidade dos entrevistados. Três sujeitos habitam na sua própria casa; dois sujeitos estão internados num lar e os restantes são utentes do centro de dia e de convívio do mesmo lar. No primeiro contexto, as entrevistas tiveram lugar na sala de estar da casa dos participantes, no segundo contexto as entrevistas foram realizadas no quarto dos sujeitos e, no último, as entrevistas tiveram lugar na biblioteca do lar.

A idade dos participantes varia entre os 65 e os 84 anos. Dos 11 sujeitos que participaram, quatro são do género masculino e sete do género feminino. Existe um maior número de mulheres entrevistadas por terem demonstrado mais interesse e disponibilidade para transmitirem a alguém as suas histórias de vida, e também por estarem em maior número no lar de idosos.

Tabela 1: Participantes

Indivíduo	Idade da (quando entrevista)	Género	Situação da Morada	Estado Civil
A.	84 anos	Masculino	Internamento lar	Viúvo
B.	67 anos	Feminino	Casa da Filha	Viúva
F.	78 anos	Feminino	Casa Própria (sozinha)	Viúva
Gl.	65 anos	Masculino	Casa Própria (com a mulher)	Casado
Gr.	82 anos	Feminino	Casa da Filha	Viúva
H.	69 anos	Feminino	Casa Própria (sozinha)	Solteira
J.	82 anos	Masculino	Casa Própria (com a mulher e o filho)	Casado
M.	65 anos	Masculino	Casa Própria (com a mulher, filha, genro e neta)	Casado
M1	79 anos	Feminino	Casa Própria (sozinha)	Viúva
M2*	79 anos	Feminino	Internamento Lar	Viúva
MJ.	74 anos	Feminino	Casa Própria (sozinha)	Viúva

*Falecida

Instrumentos

Conte-me a sua história: Para uma abordagem centrada na pessoa junto de indivíduos de idade avançada na

Região Autónoma da Madeira.
Cátia Freitas 2014

Neste estudo foi pedido aos sujeitos que contassem a sua história de vida. Foi adoptado um tipo de entrevista semiestruturada, uma vez que não se pretendiam apenas respostas curtas, mas que os sujeitos contassem quase espontaneamente aquilo que lhes era mais importante. Assim, com base neste tipo de entrevista, foi dado seguimento a uma conversa de cariz aparentemente informal.

A história de vida é um instrumento relativo à narrativa pessoal do indivíduo. Presume uma abordagem naturalista e construtivista, como também uma relação de empatia e de colaboração entre o entrevistador e o entrevistado. Através deste instrumento, é-nos concedido, pelo sujeito, o percurso de vida e a forma como lidou com as mais diversas adversidades (Atkinson, 2002, cit. por Cunha, 2005).

A história de vida tem como principal função retractor as experiências vivenciadas por indivíduos, grupos ou até mesmo organizações. Existem dois tipos: a completa, que trata toda a experiência de vida dos sujeitos, e a tópica, que se foca numa etapa específica da vida dos sujeitos (Minayo, 1993, cit. por Boni & Quaresma, 2005). O tipo utilizado neste estudo foi a história de vida completa, de modo a termos uma visão mais abrangente do percurso do sujeito.

Procedimentos e Considerações

No processo de recolha de histórias de vida houve primeiramente um contacto presencial com os possíveis participantes. Em primeiro lugar, e no caso dos participantes do lar, estabeleceu-se um contacto com o Director do mesmo. Foram explicados os objectivos do estudo, os procedimentos e as questões de confidencialidade. O mesmo procedimento foi adoptado com os participantes que realizaram a entrevista na sua própria casa.

Como em outros estudos, este também teve presente os cuidados éticos e deontológicos. Após a explicação dos objectivos do estudo e da garantia de confidencialidade, relativa à informação que seria obtida, os participantes não consideraram ser necessário a assinatura de um termo de consentimento informado. Foi também dada informação acerca da gravação das entrevistas, não tendo havido qualquer tipo de impedimento.

No lar, o Director mostrou-se interessado e procedeu à marcação do dia e hora em que se poderiam realizar as entrevistas. O primeiro contacto com os utentes foi feito na parte da tarde, visto ser a altura em que existe uma maior afluência de pessoas ao centro de dia/convívio. Os dois utentes internados que participaram no estudo foram indicados pela direcção do lar por terem capacidades mentais para o fazer. Num primeiro contacto, fomos apresentados pelas

assistentes do lar e esclarecemos questões pertinentes. Foi-nos cedida uma sala, a biblioteca, para estarmos num ambiente calmo e privado. Em relação aos sujeitos que se encontravam no centro de dia, inicialmente poucos se mostraram interessados em participar, sendo pouco receptivos e algo desconfiados. Depois de cativado o interesse das primeiras pessoas, as restantes também quiseram colaborar.

Quanto às pessoas que foram entrevistadas em casa, primeiro, foram-lhes explicadas todas as questões importantes e mostraram-se interessadas em participar e ficaram contentes por terem alguém que as quisesse conhecer e ouvir.

A gravação das entrevistas causou alguma inibição inicial nos sujeitos mas, no decorrer da entrevista, os sujeitos acabaram por esquecer-se da presença do gravador.

A maioria dos participantes assumiu uma “atitude pedagógica”², visto que era grande a diferença de idades entre os mesmos e o entrevistador.

As histórias foram recolhidas através de duas entrevistas a cada sujeito e, em alguns casos, foi apenas realizada uma única entrevista, devido à indisponibilidade do lar³. Na primeira intervenção/entrevista procedeu-se à integração do sujeito no estudo, na qual se se extraiu a informação geral possível. Na seguinte, complementou-se a informação questionando o sujeito sobre áreas que tivessem ficado menos esclarecidas através da narração espontânea. A extensão de cada entrevista varia muito de sujeito para sujeito. Alguns sujeitos contaram a sua história de vida sem qualquer entrave. Outros, pelo contrário, limitaram-se a contar aquilo que foi perguntado, seguindo uma linha cronológica desde a infância até à idade actual. Optou-se por deixar o sujeito narrar livremente a sua história de vida, de modo a respeitar a importância dada, pelo sujeito, à sua narrativa, mas também como forma de perceber que tópicos ocupam a mente dos sujeitos.

Após a recolha das histórias de vida, foi feita a transcrição das entrevistas. Após a transcrição, as histórias de vida foram lidas e revistas de modo a identificar categorias emergentes com base nos dados obtidos e assim construir um memorando, que servisse de suporte para a análise e discussão dos resultados.

² Como se quisessem dizer que um dia a pessoa que as estava a escutar poderia vir a passar por histórias idênticas; algumas, as “coisas boas da vida” desejando que assim fossem, outras – as coisas trágicas da existência- esperando que ou não acontecessem ou que se dessem o mais tarde possível na vida (por exemplo: a morte de alguém amado).

³ Em alguns casos, quando ficaram algumas questões por esclarecer com os participantes e de acordo com a sua disponibilidade, foi realizada uma segunda entrevista. Tal aconteceu com quatro dos participantes.

IV – Apresentação e Discussão dos Resultados

De seguida serão apresentadas as categorias emergentes resultantes do tratamento dos dados obtidos, assim como as subcategorias.

Categorias e Subcategorias:

(1) Reflexão sobre a vida (passado)

- Todas as generalidades que tenham sido verbalizadas. Por exemplo: referência à família de origem, ao trabalho, às actividades profissionais ou outras – desde que com carácter de reflexo acerca “do que foi” ou “de quem foi”⁴.

(2) Saúde

- Casos/Histórias de doença

2.1. Própria,

2.2. De familiares,

2.3. De outros,

2.4. Outras considerações.

(3) Trabalho

- Tarefas Profissionais e outras ocupações referidas

3.1. Profissão/ocupação em idade activa,

3.2. Outras actividades para lá da profissão,

3.3. Alternativas (Emigração),

3.4. Considerações acerca da reforma,

3.5. Considerações acerca da (in) utilidade do próprio tempo.

(4) Momento actual

- Sobre a permanência no lar ou sobre a vida em casa, ou em casa de algum familiar

4.1. Como ocupar os dias,

4.2. Que rotinas estabeleceu ou lhe estabeleceram,

4.3. Que Actividades prefere e porquê.

(5) Rede social

- Quem são as pessoas mencionadas

5.1. Familiares Directos,

5.2. Outros familiares,

5.3. Vizinhos/Amigos,

5.4. Pessoas dos serviços de saúde e/ou da acção social,

⁴ Diferente da categoria 7 pois aqui está presente o peso da “memória”.

5.5. Outros.

(6) Reflexão sobre a vida (momento presente)

- Acerca do dia-a-dia

6.1. Escolhas de actividades diárias,

6.2. Dificuldades com as actividades diárias (por questões de doença, por imposição, por dificuldades económicas),

6.3. Impressão de apreço por parte dos outros (sentir-se aceite/estimado),

6.4. Impressão de inutilidade, perda de tempo (dos outros em relação ao tempo que lhe dispensam),

6.5. Outras considerações.

(7) Balanço⁵

- Expressões pessoais e/ou ideias recorrentes

7.1. Desejos e medos,

7.2. Angústias antigas revividas,

7.3. Angústias de idade avançada,

7.4. Preparação para a proximidade da própria morte,

7.5. Crenças ou práticas religiosas.

Os registos das narrativas serão apresentados através de frases e/ou palavras que permitam a transmissão da ideia base, tal como foram proferidas pelos indivíduos. Para cada citação será apresentado um código correspondente ao indivíduo que proferiu tal discurso. Os códigos correspondentes aos indivíduos foram a estratégia adoptada para garantir a confidencialidade dos relatos.

De seguida, será apresentado o memorando obtido com a análise dos dados:

Tabela 2: Dados das narrativas

Categorias	Sub categorias	Registos	Quem
Reflexão sobre a Vida (passado)		"... eu fui mãe solteira". "Mas a minha filha casou, casou com um professor". "Foi uma vida dura...". "Eu nunca tive sorte com homens". "Mas também a minha vida de princípio também não foi muito fácil".	H.
		"Hoje está muita crise, sim, no ponto em que não há trabalhos ... naquele tempo era mais ... não havia, de maneira nenhuma também, também não havia	

⁵ Diferente da categoria 1 por se tratar mais de um "balanço" acerca da vida.

		trabalhos”. “Antigamente, as mulheres não deixavam os maridos, assim como agora. É verdade, isto é verdade... A minha mãe ... se fosse hoje em dia, que eu fosse como minha mãe, ah se eu arranjava outro...”.	MJ.
		“Nunca guardei dinheiro ... mas viajei!”. “Mas já dei a volta ao mundo, de barco, de avião... Já dei a volta ao mundo”.	A.
		“Depois cresci, saí de casa alheia para casar, casei e tive uma vida, graças a Deus então, muito boa”. “Eu como era um pouco travessa e responda o meu pai mandou-me para a casa duma senhora. Fui para essa casa para ser dama de companhia da senhora”. “O meu marido era muito boa pessoa.”. “Não tive uma vida nada fácil ... nada fácil”. “Até que, no fim, arranjou uma amante e outra amante ... Uma vida muito triste”.	M1
		“A nível de respeito era melhor antes do 25 de Abril, porque antes do 25 de Abril a Polícia tinha a competência de ir aos estabelecimentos fiscalizar todo o estabelecimento antes da hora de abertura, isso pertencia à polícia”. “Foi boa, nunca ninguém me faltou ao respeito, graças-a-deus, tive essa honra, tive um louvor quando me vim embora”.	J.
		“Olhe, eu casei muito novinha...”.	Gr.
		“Dava-me muito bem com o pai, mãe e também irmãos”.	Gl.
		“É como em todo o lado, a gente encontra pessoas boas e pessoas más. Eu, felizmente encontrei muita gente boa e fiz grandes amigos. Mas a gente não estava lá para arranjar amigos, a gente estava lá para ganhar dinheiro, para trabalhar”.	F.
		“Eu tive 25 anos fora da minha terra, deixei ela com a minha cunhada, a irmã de meu marido e foi assim...”.	B.
		“Foi bom, no geral. Houve momentos maus, momentos bons ... como tudo, na vida”.	M.
		“Eu dediquei-me àqueles que necessitavam”.	M2
Saúde	Doença (pessoal)	Depressão	H.
		“Eu agora também adoeci, eu tive uma queda muito feia...”.	Gr.
		AVC	Gl.
		Trombose	B.
		Dores de Cabeça	MJ.

		“Eu tive doente, doente do pulmão. Estive internada nos Sanatórios ...”.	M1
		Glaucoma Doença de coração “E eu tive num dos melhores hospitais do mundo, mas eles não me podem dar cura”.	M2
		Enfarte “Tenho a doença ... já tenho um Pacemaker, já tenho o segundo, a partir daí tenho andado sempre controlado”. “... ando com o doutor da próstata, já há 8 anos, ele queria que eu fosse operado, não era nada maligno, mas eu disse: “Senhor doutor não, desculpe, dê-me tratamento, mas operar ...”. “E eu sinto, porque eu conheço-me, porque também sofro de estômago, tive aqui a leite 6 meses ...”.	J.
	De familiares	“E foi a doença do meu marido...”.	Gr.
		Doença da irmã	
		“Ele bebia muito e foi internado...e pronto... morreu” (marido).	B.
		Doença na perna (filha) Doença (marido)	MJ.
		“Tinha uma irmã também que vivia muito bem, mas depois começou a ter Alzheimer...”.	M2
		“Ela também foi operada de barriga aberta do câncer (cancro), foi tirado o útero, esteve internada já 18 meses” (mulher).	J.
	Outras considerações	“... a doença toma conta da gente...”.	H.
		“Não há dinheiro que pague o nosso juízo ...”.	Gr.
Trabalho	Profissão/ocupação em idade activa	Empregada Doméstica	H., M1
		Empregada de uma Frutaria	Gr.
		Agricultor Empregado num Grémio da Lavoura	Gl.
		Empregado/a num Hotel (Jersey)	Gl., B.
		Bordado Bar Próprio (Venezuela)	F.
		Empregada agrícola (Jersey)	B.
		Doméstica	MJ.
		Empregado numa padaria	M.
		Empregado de Balcão	M., J.
		Negócio Próprio	

		“Levadeiro”	M.
		Empregado numa mercearia Condutor	A.
		Dama de companhia “Isso aí já não era estar a fazer companhia ... aí já era escrava!”.	M1
		Empregada num hotel “Trabalhei em St. James’s Hospital...”. Assistente de enfermagem	M2
		Ajudante do pai num barco de carga Cobrador Polícia	J.
	Outras actividades	Bordado	F., MJ.
		Serviço militar	M., J.
		“Arranjei uma casa na L., tive morando na L. 10 anos, tomei conta da fazenda e da casa”.	J.
	Emigração	Emigração para Jersey (UK)	Gl., B.
		Emigração para a Caracas (Venezuela)	F., M.
		Emigração para Angola	A.
		Emigração para Londres (UK)	M2
	Reforma	Dinheiro da Reforma	Gr.
		Reforma por Invalidez	Gl.
		“Fui trabalhar para o Governo (Estado) até à data da reforma e agora estou reformado, reformei-me o ano passado”.	M.
		“Depois reformei-me, cuidava de um casal, de dois velhinhos, que eram meus vizinhos...” “Mas eu entremeio, quando se estava de férias, vim aqui à Madeira e comprei um apartamento no Funchal (numa zona boa) para quando eu me reformasse, vir para a minha terra”.	M2
		“Eu quando foi para me reformar, já podia ter vindo mais cedo ...”. “Depois vim para a reforma em 88, o T., como fui empregado dele, disse-me se eu queria ir para lá. Como eu não tinha nada de reserva ...”.	J.
	(in) Utilidade actual	“Vou trabalhando, fazendo alguma coisa... Vou trabalhando na “fazenda” (agricultura), plantando batatas, couves ... uma coisa assim”.	M.
“Sou cozinheiro, enfermeiro, arrasto ela (mulher) quando é preciso”.		J.	
Momento actual	Ocupação diária	Centro de Dia	H., Gr., B., MJ.
		Lida da casa	Gl., M1,

Conte-me a sua história: Para uma abordagem centrada na pessoa junto de indivíduos de idade avançada na

			F.
		Centro de Convívio	F., M1
		“Eu gosto de estar mais aqui no meu quarto a descansar ... (lar)”.	A.
	Rotinas impostas	“Eu nunca pensei que viesse para aqui, para a “casa dos velhos”, para não me deixarem em casa, puseram-me aqui”.	Gr.
		“Meu irmão é que me pões aqui, se ele me perguntasse se eu queria vir para aqui, eu dizia que Não. Que eu não gosto de estar aqui ...”.	B.
		“Eu preferia tar em casa do que tar na casa dela, mas olha assim aconteceu, pronto...”.	
	Actividades escolhidas	Ajuda num <i>part-time</i> a mulher.	Gl.
		Ginástica, natação	F.
		“Eu vejo televisão o dia todo. Eu prefiro estar a ver televisão, e pronto.”	B.
		“Sim, eu gosto de pintar as unhas ...”.	
		“Tem-se que limpar os nossos pés, é verdade ... É triste quem não pode”.	MJ.
Rede Social	Familiares directos	Marido	Gr., F., B., MJ., M1, M2
		Pai	Gl., H., MJ., M1, M2
		Mãe	Gl., Gr., H., F., MJ., M1, M2
		Irmãos	Gl., Gr., F., B., M2
		Filhos	Gl., MJ., A., M1, J., Gr., B., M.
		“A minha filha sempre foi tudo o que eu tinha”.	H.
		“A minha filha é Professora na Universidade de Coimbra”.	A.
		Mulher	Gl., A., J.
		Netos e netas	MJ., M., M1, Gr.
		Bisnetos	M1
		Ex-Namorado	M2
	Outros familiares	“ ... tinha uma sobrinha que me vinha dar os remédios à noite e de manhã”.	H.

		Sobrinhos	Gr., M2
		Genro	Gr.
		Ex-mulher	Gl.
		Cunhada	B.
		Sogro Sogra	J.
	Vizinhos/ amigos	“Velhinho” de quem cuidou Senhora de quem cuidou	M2
		Amigos e Conhecidos: T., F.M., B., C., A., B1, Mulher do B., U., F., D., M.	J.
		Utentes do Lar	MJ.
	Pessoal médico/ acção social	Assistentes do Lar	H.
		P.J.(médico)	J.
Outros (padres, por ex.)	Sr. Padre	Gr.	
Reflexão sobre a vida (presente)	Escolhas	“Tenho a minha casinha, estou só na minha casa ... enquanto eu puder mexer com os meus pés e que a minha cabecinha, que eu tiver juizinho, que eu puder destinar ainda a minha vida, de acolá não vou”.	MJ.
		“Depois do almoço, vejo as novelas e depois então bebo um copo, à tarde”.	M.
	Dificuldades	“Olhe como não há disto (dinheiro) a gente agora não passeia, quando estávamos no lar antigo a gente passeava por tanto lado, agora não ... é a crise (risos)”.	Gr.
		“Vim para aqui para o lar porque já não podia”.	A.
		“De maneira que estou aqui, não é por minha ... preferia estar em casa, mas como não tenho ninguém, já não tenho os meus, morreu a minha irmã também aqui...”.	M2
		“O meu dia-a-dia tá normal, mas o que me chateia mais, me chateia não posso, tenho que aceitar, é a doença, de minha mulher”.	J.
	Impressão de apreço	“Só essa, ela é que cuida de mim ... veste-me e lava-me e faz tudo, então”.	Gr.
		“E hoje estou feliz (sorriso), tenho filhos, tenho netos, tenho bisnetos. Sou muito feliz, graças a Deus”.	M1
	Impressão de inutilidade	“Eu vejo televisão o dia todo ... Não faço mais nada... É assim o dia todo”.	B.
	Outras considerações	“Dizem que isto agora (crise) está reles mas oxalá que não chegue ao que era dantes”.	H.
“Já não se pode confiar nas pessoas...”.			
“Olhe eu sinto-me muito triste, muito triste...”.		Gr.	

		“Não há dinheiro está crise!”.	F.
		“Quem é novo e quem é jovem também, também está triste para os jovens, porque eu tenho muita pena deste tempo que vai agora...”.	MJ.
		“... como tudo na vida”.	M.
Balanço ou ideias recorrentes	Desejos	“Eu gostava muito de ficar bem, como antes da depressão.”.	H.
		Ver os netos com uma vida satisfatória a nível pessoal e profissional. Reconciliação entre as filhas.	Gr.
		Regressar definitivamente à sua terra natal.	Gl.
		Voltar à sua terra natal (realizado).	F.
		“Ai, oxalá e Nosso Senhor promettesse que eu ainda fosse em minha vida, se eu visse as minhas netas empregadas”.	MJ.
		“O meu maior desejo é ter força para continuar a andar e a fazer as minhas coisinhas”.	
		“Olhe é continuar a ir vivendo mais ou menos, bebendo um copinho e fazendo assim umas coisinhas na fazenda”.	M.
	“O meu maior desejo é continuar assim com força para fazer a minha vidinha no dia-a-dia e com a minha mulher ao lado, com saúde”.	J.	
	Medos	Doença	H., M., J.
		“...eu tenho medo de perder o meu juizinho...”.	Gr.
		“É ficar entravada na cama ou sem juízo. Só espero que Deus me leve antes disso”.	MJ.
		“Ficar acamado, mais vale que uma pessoa morra que ficar acamado e a dar trabalho”.	M.
		Ficar cega, por causa da doença.	M2
	Angústias antigas	“...três filhos sem pai e sem mãe (sobrinhos) ... quem tinha a obrigação de cuidar era eu ...”.	Gr.
		“Tive 2 abortos espontâneos. Não tive filhos, não podia ter”.	F.
		Roubo no seu apartamento (Venezuela).	
		“Eu tinha o dinheiro no nome dela, ela fez os 18 anos, mal fez os 18 anos foi lá ao Banco e levantou o dinheiro todo”.	B.
		“Só recebia bilhetes é que o dinheiro que lhe mandava já tinha acabado, nunca recebi um postal de aniversário ...”.	
		“O meu pai esteve muito tempo embarcado, eu cá não conheço pai, fiquei para nascer...”.	MJ.
		“Tive alguns sustos também, me atracaram várias	M.

		vezes”.	
		<p>“Tudo o que fazia à minha mãe, dava-lhe “pancume”, era ... uma, uma tristeza mesmo.”</p> <p>“E ele então não me queria em casa, só eu é que andei em casa alheias, porque eu era muito confiada, retilava muito, brigava, podia levar uma taponna, umas vergastadas de correia mas eu não, eu não me calava”.</p> <p>“E então os miúdos já eram maiores do que eu, eu era mais pequena; andava/parecia um “santo cristo”. Era dentadas, era beliscões ... tudo o que eles queriam, eles faziam; porque eram os meninos, eu não podia dizer nada!”.</p>	M1
	Angústias actuais	<p>“Desde ontem, anteontem, que eu estou preocupada. Que eu pensei, passou o fim-de-semana e ela (filha) não me ligou esta semana...”.</p> <p>“Mas a mágoa que eu tenho da minha filha é, se ela não quer falar com a irmã, porque é que não fala comigo?!”.</p> <p>“Sim, gosto ... o que eu não gosto ... faz-me dor ver, é quando vêm os doentes de cima (do internamento), uns de cadeiras de rodas que as vezes estão ali (a gemer) ...”.</p>	H. Gr. MJ.
	Morte	<p>Morte do Marido</p> <p>“A minha mãe morreu e o meu pai também morreu”.</p> <p>Morte da mulher</p> <p>Morte do “velhinho” de quem cuidava Morte da irmã “ ... namorava quando era mais nova, e ele morreu quando o irmão ia conduzindo o carro, morreram os 2 e eu tive um desgosto muito grande”.</p> <p>Morte de irmãos</p> <p>Morte da sogra Morte de uma senhora em contexto de trabalho</p>	Gr., F., B., MJ., M1, M2 MJ. A. M2 Gr., M2, B. J.
	Crenças ou religião	<p>“Oh meu Santíssimo”.</p> <p>“Meu Deus sacramental...”.</p> <p>“...Graças-a-Deus”.</p> <p>“Todas as noites rezo por todas as alminhas do purgatório...”.</p>	Gr.
		<p>“Rezo pelo meu marido, tenho saudades dele. Era a minha companhia. Só Deus a quem sabe como ele me faz falta”.</p> <p>“... o Jesus é bom...”.</p>	MJ.

		“Vou todos os dias ali à Igreja de manhã, faço as minhas orações ...”.	MJ., M2
	Outras	“Eu cá gosto de viver em Jersey mas não há terra como a nossa”.	Gl.
		“Nunca se está bem neste mundo, a gente neste mundo...”.	MJ.
		“Eu penso que quase todas as pessoas que emigram gostam de voltar à sua terra. Quase 50 anos, nunca me esqueci da minha terra”.	M2
		“... diziam mal de Salazar, ele pagava pouco mas rendia mais, era contado os metros de terra, era contado parreiras de vinha, cada árvore contada uma por uma, e tudo tinha um preço”.	J.

O contexto histórico influencia as narrativas e ressalta características específicas do século XX, como: a importância da religião; a condição das mulheres, nomeadamente a maneira como eram tratadas, as suas liberdades e obrigações; os valores e as dificuldades vividas. Também sobressaem aspectos ligados à insularidade, por exemplo no que diz respeito aos locais para onde emigraram estes indivíduos [A. (Angola), B. (Jersey – UK), F. (Caracas – Venezuela), Gl (Jersey – UK), M. (Caracas – Venezuela), e M2 (Londres – UK)].

Surge quase sempre uma ideia implícita de um tempo passado, que já foi e de um tempo presente, “um agora”. Os sujeitos, no geral, adoptaram uma narração que seguia uma linha temporal, apesar de haver saltos temporais e de, outros sujeitos, se fixarem numa fase mais específica da sua vida. Foi este o caso de M1, que relata maioritariamente o período da sua infância, com tristeza, desilusão e revolta. Dos 11 sujeitos entrevistados, M. e Gl. foram os sujeitos que mais mantiveram uma postura defensiva, não se alongando nas narrativas, nem mesmo quando questionados mais especificamente sobre algum aspecto. Este facto, contudo, pode também ser tratado como um indicador importante para quando se lida com indivíduos de idade avançada e permite-nos perceber que, nos casos em que os sujeitos não mostram à vontade numa dada intervenção, devemos respeitá-los e garantir que não sofram quaisquer pressões no sentido de os obrigar a revelar o que não desejam.

A tarefa de desenvolvimento subjacente, nesta fase da vida, vai resultar na integridade do Ego ou no desespero. A integridade resulta de um desenvolvimento bem-sucedido e engloba a aceitação do passado sem remorsos e sem desespero perante a inevitabilidade da morte, como já foi referido anteriormente. Na categoria “Reflexão sobre a vida (passado)” podemos verificar que existe uma variedade de reflexões sobre o passado de cada um. H. conta que, apesar de ter sido mãe solteira, a única filha casou com alguém que lhe dá alguma estabilidade financeira. Refere que nunca teve sorte nos relacionamentos amorosos e que teve uma vida muito dura,

desde a infância. Por sua vez, MJ. faz uma retrospectiva relativa à falta de trabalho que existia “naquele tempo” e faz uma comparação com a crise e a falta de trabalho com que os jovens se deparam actualmente. Fala ainda da condição das mulheres antigamente, dando o exemplo específico da mãe que, mesmo após o marido ter emigrado e não ter contactado mais a família, não refez a sua vida amorosa. Quando A. faz a reflexão sobre a sua vida mostra-se satisfeito por, apesar de não ter “guardado dinheiro”, ter viajado, dando a volta ao mundo. Por outro lado, temos o caso de M1, que é uma pessoa que relembra o passado com revolta e rancor. Esse rancor tem como alvo principal o pai que não a queria em casa por ela ser “respondona”, sendo a única filha a ser “vendida” como dama de companhia a uma família. Relata também a vida de traições por parte do pai para com a mãe. M1 refere: “Não ‘tive uma vida nada fácil ... nada fácil”. O casamento foi para M1 um momento importante e teve um grande impacto na sua vida, pois passou a ter a sua própria família e a segurança afectiva necessária, que anteriormente não teve, em casa dos seus progenitores. Por último, nesta categoria, temos J., que faz uma reflexão acerca do trabalho que exerceu e como o 25 de Abril teve impacto na sua profissão. Os sujeitos que emigraram também fazem uma reflexão sobre essa fase: “É como em todo o lado, a gente encontra pessoas boas e pessoas más. Eu, felizmente encontrei muita gente boa e fiz grandes amigos. Mas a gente não estava lá para arranjar amigos, a gente estava lá para ganhar dinheiro, para trabalhar” (F.). Para M., emigrar para a Venezuela “Foi bom, no geral. Houve momentos maus, momentos bons ... como tudo, na vida”; para B. o esforço maior que fez quando emigrou foi deixar a filha com uma cunhada: “Eu ‘tive 25 anos fora da minha terra, deixei ela com a minha cunhada, a irmã de meu marido e foi assim...”. M2 foi uma pessoa sempre dedicada aos outros, quer a nível profissional, visto que era assistente de enfermagem, quer a nível familiar, pois comprou uma casa para os pais terem melhores condições de vida. M2 refere: “Eu dediquei-me àqueles que necessitavam”. Gl. relembra a sua infância e diz: “Dava-me muito bem com o pai, mãe e também irmãos”. Por último, Gr., que ficou viúva há pouco tempo e está ainda no processo de luto, refere: “Olhe, eu casei muito novinha...”, o que atendendo à sua idade no momento da entrevista, nos faz pensar que este casamento foi o grande marco da sua vida, de “muito novinha” (19anos) aos 82 anos, altura em que se tornou viúva.

A prática de exercício físico, na vida das pessoas idosas, é de extrema importância para a prevenção de doenças (Almeida & Quintão, 2012). Da nossa amostra apenas um dos sujeitos (F.) referiu fazer exercício físico, por ser bom para a sua saúde. M., por estar empenhado na actividade agrícola, é também um sujeito activo. Os restantes, apesar de haver quem faça a lida doméstica (MJ, M1, Gl. e J.), não praticam qualquer actividade física. A categoria “Saúde” é abrangida pela doença pessoal, de familiares e de outras pessoas, abarcando também considerações que os sujeitos tenham feito acerca deste tema. Para alguns sujeitos, este tema, é

central (J., H., M2) enquanto outros nem sequer o mencionam (M., F., A.). H. fala da depressão que ainda tenta superar e de como esta doença tem afectado o seu dia-a-dia. Gr. relata uma queda que a deixou incapacitada, passando a habitar com uma das filhas. Gl. relembra o AVC que o deixou reformado por invalidez. B. teve uma trombose que a deixou incapacitada. Passou a frequentar o centro de dia e mudou-se para a casa da filha. MJ. menciona que costuma ter com frequência dores de cabeça. M1 teve um problema no pulmão. M2 vai perdendo a visão aos poucos por causa do glaucoma⁶ e é seguida pelo médico devido a problemas de coração. Por último, J. conta o episódio em que sofreu um enfarte, passando a usar um *pacemaker* e fala também dos problemas de estômago e de próstata. Para além dos problemas de saúde de cada sujeito, estes falaram dos problemas dos familiares mais próximos. Gr., B. e MJ falam das doenças dos respectivos maridos e MJ menciona ainda a doença de uma das filhas. Gr. conta como a doença de uma das irmãs, que acabou por falecer, mudou a sua vida, devido a esta ter ficado com a guarda dos sobrinhos. M2 refere a doença de Alzheimer da irmã. J. faz alusão à doença da mulher, como uma das suas principais preocupações. Foram anotadas algumas considerações que os sujeitos fizeram acerca da doença:

H. – “... a doença toma conta da gente...”, e,

Gr. - “Não há dinheiro que pague o nosso juízo ...”.

Com estas considerações podemos perceber o medo que os sujeitos têm da própria doença e de como valorizam a saúde mental e física. Fazer caminhadas seria o exercício mais adequado a esta população, visto que caminhar proporciona aos indivíduos algumas vantagens, tais como: a melhoria da atitude mental e da autoconfiança (DGS, 2001, cit. por Páscoa, 2008). A depressão é um problema de saúde pública que afecta pessoas de várias faixas etárias. Neste estudo, H. relata ter vivido com uma depressão que lhe dificultou a vida diária. Para ultrapassar este problema, contou com a ajuda de uma sobrinha que a incentivou a frequentar o centro de dia, para conviver com outras pessoas. Para além da força de vontade, conta também com o auxílio de medicamentos. Esta possibilidade, de frequentar um centro de dia, é uma mais-valia para a prevenção da depressão, visto que fazer parte de uma associação minimiza a possibilidade de ter a doença (Teixeira, 2010).

Na categoria “Trabalho” encontramos uma panóplia de profissões/ocupações profissionais que foram desempenhadas pelos sujeitos em idade activa. São elas: empregada doméstica (H. e M1), empregada de uma frutaria (Gr.), agricultor (Gl.), empregado de um gémio da lavoura (Gl.), empregados de um hotel em Jersey – Reino Unido (Gl. e B.),

⁶ “O glaucoma é uma patologia ocular que causa danos progressivos no nervo óptico e caracteriza-se por uma perda de tecido nervoso que causa a perda de visão” (Associação de Profissionais Licenciados em Optometria, 2013).

bordadeira/costureira (F.), trabalho num negócio próprio (bar) - Venezuela (F.), empregada agrícola em Jersey – Reino Unido (B.), doméstica (MJ.), empregado numa padaria (M.), empregados de balcão (M. e J.), negócio próprio - Venezuela (M.), “levadeiro”⁷ (M.), empregado numa mercearia (A.), condutor - Angola (A.), dama de companhia (M1), empregada num hotel (M2), assistente de enfermagem em Londres (M2), ajudante num barco de carga (J.), cobrador num autocarro (J.), polícia (J.) e há quem refira que tenha ido para uma casa onde: “Isso aí já não era estar a fazer companhia ... aí já era escrava!” (M1). Como podemos observar quase todos os sujeitos, à excepção de H., Gr. e MJ., tiveram várias profissões/ocupações ao longo da vida. Ao longo das histórias de vida é também visível que os homens dão mais relevância a este tema do que as mulheres. À excepção do sujeito que foi polícia, todos os outros exerceram profissões pouco especializadas. Visto que a maioria dos sujeitos apenas frequentou a 4ª classe, tiveram que fazer trabalhos pesados e pouco remunerados para conseguirem sobreviver.

Os sujeitos focam o seu discurso, maioritariamente, na etapa da vida activa, no trabalho que exerceram, e não tanto no período da reforma. Para além da actividade profissional principal, os sujeitos mencionaram outras actividades, tais como: o bordado (F. e MJ.), o serviço militar (M. e J.) e actividades agrícolas (J.). Sete dos 11 sujeitos que contaram a sua história de vida relataram problemas económicos num ou noutro período de vida. A maioria dos sujeitos, à excepção de M2, parece pertencer à classe social média e média baixa⁸. Seis dos 11 sujeitos emigraram, indo à procura de melhores condições de vida, visto que as condições financeiras das famílias de origem não eram satisfatórias. Visto que a formação superior não foi opção de nenhum dos sujeitos, para obterem melhores condições de vida, optaram pela emigração, como uma alternativa (B., M., M2, Gl., F. e A.), para ultrapassar os problemas e as carências económicas. Os destinos mais desejados pelos habitantes da Madeira, na altura, eram: o Brasil, a Venezuela e a África do Sul. Muitos foram também aqueles que emigraram para a ilha inglesa, Jersey (Na minha terra, 2013). A emigração para Jersey era uma emigração maioritariamente sazonal e iam, para esta ilha, trabalhar na hotelaria. Passaram, mais tarde, a permanecer lá o ano todo, com o aparecimento na ilha da actividade agrícola, com as típicas “farms” (Madeira no mundo, 2013). A emigração para a Venezuela fez-se em duas fases. A primeira fase (1940 a 1960) foi feita por necessidade e a segunda fase (1961 a 1974) para fugir ao serviço militar. Quem emigrou para este país fê-lo devido à facilidade de entrada. Um país que era cobiçado pelas facilidades de investimentos em negócios e com uma moeda forte

⁷ Responsável pela distribuição da água das levadas, que encaminham e regam as terras na Região Autónoma da Madeira.

⁸ Atendendo a que os sujeitos não foram questionados especificamente sobre este aspecto, esta consideração deve-se ao que relataram ao longo das entrevistas.

(Nascimento, 2009).

Dos sujeitos do estudo que emigraram, os destinos escolhidos foram: a Venezuela - Caracas (duas pessoas – F. e M.), UK - Jersey (duas pessoas – Gl. e B.), UK - Londres (M2) e Angola (A.). Os sujeitos (F. e M.) que emigraram para a Venezuela tiveram, os dois, o seu negócio próprio, do qual retiraram bons lucros, o que possibilitou a construção e manutenção da vida quando voltaram à sua terra natal. Por outro lado, quem emigrou para Jersey (G. e B.) conseguiu acumular dinheiro para construir uma casa na sua terra, mas não o suficiente para viver desafogadamente na reforma. Embora não obtivessem tantos lucros, quem emigrou para Jersey não passou por sustos (assaltos), como quem emigrou para a Venezuela, como pudemos perceber pelos relatos que fomos escutando.

O tema “Trabalho” foi central durante a maior parte do discurso de quatro sujeitos: F., M., M1 e J. Os dois primeiros estiveram emigrados e trabalharam muito, mesmo perante adversidades, para terem uma vida mais desafogada. Os dois últimos, M1 e J., não emigraram mas trabalharam muito. M1 nasceu numa família muito pobre e, mesmo depois de ter casado, manteve uma vida de alguma pobreza. J. trabalhou toda a sua vida e adiou ao máximo a entrada na reforma, pois não sabia o que deveria fazer, ou seja, não tinha planos para o período da reforma. J. partilha da ideia de Silva (2010): “O homem sem trabalho é um cérebro sem a ferramenta transformadora. Viver é, antes de tudo, trabalhar” (p.10). A falta de planeamento no período da reforma é comum a todos os sujeitos que, à excepção da frequência do centro de dia, de tarefas domésticas ou agrícolas, não têm qualquer plano traçado de objectivos que desejem realizar. É, por isso, notório um certo vazio na sua vida diária. Segundo Guedes (2007), em Portugal a reforma não é planeada pelos sujeitos, o que pode contribuir para o aumento das dificuldades em se adaptar a esta nova fase. Noutros países, são preparados programas que são aplicados aos sujeitos, na pré-reforma, de modo a facilitar esta passagem.

Reformar-se implica desvincular-se de papéis sociais activos, o que exigirá ao sujeito uma readaptação à vida e uma reestruturação do seu quotidiano (Guedes, 2007). Este tema não foi muito desenvolvido pelos sujeitos. Temos o exemplo de um indivíduo que adiou ao máximo a entrada na reforma (J.) e que, mesmo após se ter reformado, procurou desenvolver outra actividade, como foi o caso de J. e M2. O primeiro (J.), reformado da profissão de polícia, foi trabalhar como empregado num bar, onde já havia trabalhado anteriormente. M2 após se ter reformado da profissão de assistente de enfermagem, passou a cuidar de um casal de idosos. Por outro lado, M. pediu a reforma antecipada e Gl. reformou-se por invalidez. Ou seja, temos dois sujeitos que não tinham especial vontade de se reformarem e outros dois que se reformaram mais cedo, embora um destes tenha sido “forçado”, por motivos de saúde. Atcheley (1989, cit. por Guedes, 2007) “menciona que o nível educacional e o tipo de trabalho variam na razão

inversa do desejo da reforma. Por outro lado, factores como a saúde (condições físicas), situações económicas, planeamento e ocupação de tempo livre interferem, de forma satisfatória, na vivência da reforma” (p.34).

Se tivermos em consideração as narrativas dos sujeitos, na subcategoria “(in) Utilidade actual” podemos verificar que M. e J. se sentem úteis no seu dia-a-dia. M. ocupa-se na agricultura e J., que é o principal cuidador da mulher, refere: “Sou cozinheiro, enfermeiro, arrasto ela quando é preciso”. Apesar de não proferirem directamente a sua inutilidade, alguns sujeitos, que frequentam o centro de dia, demonstram alguma falta de motivação por se sentirem inúteis, como é o caso de B. que refere: “Eu vejo televisão o dia todo ... Não faço mais nada... É assim o dia todo”. Podemos conferir tal citação na categoria “Reflexão sobre a vida (presente)”, na subcategoria “Impressão de inutilidade”.

Se analisarmos o “Momento actual” dos indivíduos, obtemos informações acerca da “Ocupação diária” dos sujeitos. A maioria dos sujeitos frequenta o centro de dia (H., Gr., B., e MJ.) e o centro de convívio (F., e M1). O centro de dia e o centro de convívio são a mesma instituição, a única diferença é que no centro de dia as pessoas entram de manhã, enquanto no centro de convívio as pessoas comparecem só depois do almoço. A. costuma passar os seus dias, no lar, a descansar; por sua vez, Gl. passa os dias em casa, a fazer a lida da casa, enquanto a mulher, 15 anos mais nova, trabalha. No caso dos sujeitos mais debilitados, deparamo-nos com algumas “rotinas impostas” por familiares. Eis o exemplo de Gr., que refere: «Eu nunca pensei que viesse para aqui, para a “casa dos velhos”, para não me deixarem em casa, puseram-me aqui»; e de B., quando confrontada com a escolha ou não do centro de dia: “Meu irmão é que me pôs aqui, se ele me perguntasse se eu queria vir para aqui, eu dizia que **Não**. Que eu não gosto de estar aqui ...”; e ainda: “Eu preferia ‘tar em casa do que ‘tar na casa dela, mas olha assim aconteceu, pronto...”. Para além de lhe ter sido imposta a frequência do centro de dia, B., por motivos de doença, teve de abandonar a sua própria casa e ir viver para a casa da filha. Apesar de serem impostas rotinas aos sujeitos mencionados, outros têm a liberdade de escolha de algumas actividades. Gl. apesar de estar reformado, ajuda, por vezes, a mulher num *part-time*. F., para além de frequentar o centro de convívio, escolheu como actividades a ginástica e a natação. B. diz: “Eu vejo televisão o dia todo. Eu prefiro estar a ver televisão, e pronto.”. B., como não está no centro de dia por iniciativa própria, optou por se isolar dos restantes utentes, não convivendo com os mesmos. MJ dá primazia às actividades estéticas como pintar as unhas e tratar dos pés.

Todos os sujeitos mencionam pessoas importantes nas suas vidas, quer sejam familiares, amigos, colegas e conhecidos. Os sujeitos mencionam os seus familiares, os seus entes que já faleceram, mas também aqueles que ainda estão vivos, como é o caso de filhos e netos. A

maioria dos sujeitos centram-se na família. J., por exemplo, fala da família, mas também fala dos seus conhecidos e amigos que, de vez em quando, se encontram para conviver. Nesta categoria foram mencionados familiares directos, como: o marido (Gr., F., B., MJ, M1 e M2), que nestes casos que já faleceu; o pai (Gl., H., MJ, M1 e M2), que dois destes sujeitos não conheceram (H. e MJ) e M1, que refere que o pai foi uma pessoa horrível; a mãe (Gl., Gr., H., F., MJ, M1 e M2), que é um elemento muito importante nas vidas dos sujeitos, pois referem que foi uma pessoa lutadora e, no geral, boa mãe; os irmãos (Gl., Gr., F., B., e M2); os filhos (Gl., MJ, A., H., M1, J., Gr., A., B. e M.), sendo que há quem refira: “A minha filha sempre foi tudo o que eu tinha” (H.) e ainda quem fale da profissão da filha com muito orgulho: “A minha filha é Professora na Universidade de Coimbra” (A.); a mulher (Gl., A. e J.); os netos e as netas (MJ, M., M1 e Gr.); os bisnetos (M1); e apenas um sujeito fala de um antigo namorado (M2), que morreu num trágico acidente de automóvel.

Existem outros familiares que também foram mencionados: sobrinhos (Gr., M2 e H.), para H. a sobrinha é uma ajuda importante no seu dia-a-dia; um genro (Gr.); uma ex-mulher (Gl.); uma cunhada (B.); um sogro e uma sogra (J.). Falou-se de amigos e colegas que, já fizeram ou que, em alguns casos, ainda fazem parte da vida dos sujeitos. M2, após a reforma, cuidou de um casal e acabou por se tornar um grande apoio na vida de ambos. MJ, por exemplo, fala dos utentes do lar e J. que, ao longo da entrevista, falou de vários amigos e conhecidos, uns que já faleceram, outros com quem ainda convive: T., F.M., B., C., A., B1, mulher do B., U., F., D. e M. Nesta categoria ainda se inserem pessoal médico/acção social, sendo nomeadas as assistentes do lar (H.), um médico, P.J. (J.) e um padre (Gr.). Esta é uma fase especialmente vulnerável ao isolamento social, nomeadamente nos casos de perdas, como as mulheres que ficaram viúvas. Estas constituem uma maioria em Portugal (Guedes, 2007), verificando-se o mesmo no nosso estudo. Apesar de ser um momento de especial vulnerabilidade, as mulheres em situação de viuvez, neste estudo, não optaram por se isolar e adoptaram uma postura contrária, de convívio social, frequentando assim os centros de dia e de convívio, como já foi mencionado. Desta realidade não faz parte B., que, não escolhendo frequentar o lar, decidiu, mesmo no lar, se isolar.

A amostra teórica deste estudo pertence maioritariamente ao meio rural. Como já foi mencionado, este é um contexto vantajoso, visto que permite ao sujeito beneficiar do sentido de identidade e de uma rede de suporte social (Sequeira & Silva, 2002). Nesta amostra verifica-se tal facto, à excepção de M2 que, por ter estado emigrada durante muito tempo, perdeu esse suporte social e consequentemente foi “obrigada” a ficar a viver no lar, por não ter ninguém (familiares ou amigos), que a leva a sentir alguma tristeza e solidão.

Quando falamos da vida presente, englobamos escolhas feitas pelos sujeitos,

dificuldades pelas quais passaram, damos-nos conta da impressão que os sujeitos têm acerca de si próprios, nomeadamente de apreço ou inutilidade, e ainda nos são dadas outras considerações acerca da vida. Quando nos debruçamos sobre as escolhas dos sujeitos, obtemos as seguintes narrativas: “Tenho a minha casinha, estou só na minha casa ... enquanto eu puder mexer com os meus pés e que a minha cabecinha, que eu tiver juizinho, que eu puder destinar ainda a minha vida, de acolá não vou” (MJ.), e, “Depois do almoço, vejo as novelas e depois então bebo um copo, à tarde” (M.). Estas são escolhas pessoais feitas pelos sujeitos que, só são possíveis porque os sujeitos se encontram bem a nível físico e psicológico. As dificuldades sentidas são maioritariamente a nível de restrição do local onde se encontram (lar). Gr., por exemplo, refere que gostaria de passear mais como era hábito no lar antigo. A. menciona que teve de entrar para o lar porque já não tinha autonomia para se manter sozinho. Na mesma linha se encontra M2, que refere: “De maneira que estou aqui, não é por minha ... preferia estar em casa, mas como não tenho ninguém, já não tenho os meus, morreu a minha irmã também aqui...”. J., por sua vez, refere que uma das suas principais dificuldades é a doença, a sua e da mulher. Gr. sente algum apreço por parte de uma das filhas, pois refere: “Só essa, ela é que cuida de mim ... veste-me e lava-me e faz tudo, então”. M1 também se sente estimada pelos filhos, netos e bisnetos, relatando que se sente muito feliz. Outros sujeitos fizeram as suas leituras também sobre a vida actual. H. fala da conjuntura actual do País e compara-a ao tempo de antigamente, referindo: “Dizem que isto agora (crise) está reles mas oxalá que não chegue ao que era dantes”. H. conta que já não pode confiar nas pessoas. Gr. confidencia: “Olhe eu sinto-me muito triste, muito triste...”, esse sentimento de tristeza é pautado pela morte recente do marido, pela deterioração da sua saúde e pelo desentendimento entre as filhas. A conjuntura actual do País é também mencionada por outros dois sujeitos, F. e MJ. Por último, M., quando questionado sobre o seu dia-a-dia, diz: vai indo “... como tudo na vida”, o que evidencia alguma desmotivação, que pode ser explicada pela recente entrada na reforma e pela tentativa de adaptação a esta nova fase.

Ao longo da entrevista, os sujeitos foram transmitindo algumas ideias recorrentes, os seus desejos, os seus medos, as suas angústias (antigas e actuais), confidenciaram as mortes dos seus familiares e a preocupação (implícita) com a sua própria morte, crenças religiosas e outras ideias, que nos permite fazer um balanço daquilo que os sujeitos pensam, sentem e vivenciam. Quando nos damos conta dos desejos dos sujeitos, apercebemo-nos que estes simplesmente desejam continuar a viver: “Olhe é continuar a ir vivendo mais ou menos, bebendo um copinho e fazendo assim umas coisinhas na fazenda” (M.); “O meu maior desejo é continuar assim com força para fazer a minha vidinha no dia-a-dia e com a minha mulher ao lado, com saúde” (J.); e “O meu maior desejo é ter força para continuar a andar e a fazer as minhas coisinhas” (MJ).

Outros têm o desejo de ver os familiares com uma vida satisfatória, como é o caso de Gr. que refere que deseja ver os netos com uma vida pessoal e profissional de sucesso e que deseja que as suas filhas, que estão zangadas, se reconciliem. MJ tem também como desejo ver as netas com emprego e bem na vida: “Ai, oxalá e Nosso Senhor promettesse que eu ainda fosse em minha vida, se eu visse as minhas netas empregadas”. Há quem deseje ficar bem de saúde: “Eu gostava muito de ficar bem, como antes da depressão.” (H.). E, por último, temos os desejos dos emigrantes que são, no geral, comuns a todos: voltar à sua terra natal (Gl. e F.). Embora F. também tenha sido emigrante, já se encontra na sua terra natal, tendo já realizado este desejo. Por outro lado, Gl. ainda se encontra emigrado e, por isso, anseia pela concretização deste desejo. Relativamente aos medos, podemos verificar que há em comum o medo da doença, seja física ou mental, tanto dos próprios sujeitos como daqueles de quem eles mais gostam. Para H., M. e J. o maior medo é a doença. Gr., por sua vez, refere: “...eu tenho medo de perder o meu juízo...”. MJ, quando questionada sobre os seus medos, diz: “É ficar enturada na cama ou sem juízo. Só espero que Deus me leve antes disso”, a mesma ideia é partilhada por M. que refere: “Ficar acamado: mais vale que uma pessoa morra que ficar acamado e a dar trabalho”. Por fim, temos um medo eminente, provocado pela doença de M2, que tem perdido aos poucos a visão e teme mesmo ficar cega.

Ao longo da entrevista os sujeitos partilharam as suas angústias passadas e as actuais. Gr. partilha a fase na qual, devido à morte de uma irmã, teve de tomar conta dos seus sobrinhos, sendo uma responsabilidade acrescida na sua vida: “...três filhos sem pai e sem mãe (sobrinhos) ... quem tinha a obrigação de cuidar era eu ...”. F. fala das suas angústias na Venezuela, nomeadamente os roubos de que foi alvo, e também refere os motivos pelos quais não teve filhos: “Tive 2 abortos espontâneos. Não tive filhos, não podia ter”, sendo algo que actualmente não a incomoda, nem lhe causa tristeza. B. confia o passado conturbado com a filha, a única filha, e como a distância afectiva entre ambas foi algo marcante nas suas vidas. Este afastamento culminou com um episódio, marcante para B., em que a filha foi ao banco levantar todo o dinheiro que havia, conseguido com o trabalho dos pais em alguns anos de emigração: “Eu tinha o dinheiro no nome dela, ela fez os 18 anos, mal fez os 18 anos foi lá ao Banco e levantou o dinheiro todo”, e recorda com alguma mágoa: “Só recebia bilhetes é que o dinheiro que lhe mandava já tinha acabado, nunca recebi um postal de aniversário ...”. MJ conta que não conheceu o pai: “O meu pai esteve muito tempo embarcado⁹ (...) eu cá não conheço pai, fiquei para nascer...”. M. revela que na Venezuela não havia segurança e que: “Tive alguns sustos também, me atracaram¹⁰ várias vezes”. M1 revela também as suas angústias passadas e como

⁹ Significa: emigrado.

¹⁰ Significa: assaltaram.

teve uma vida complicada enquanto criança. Revela que o pai maltratava a mãe: “Tudo o que fazia à minha mãe, dava-lhe “pancume”¹¹, era ... uma, uma tristeza mesmo.”; e o porquê de não ter crescido em casa com os pais e os irmãos: “E ele então não me queria em casa, só eu é que andei em casa alheias, porque eu era muito confiada, refilava muito, brigava, podia levar uma taponas, umas vergastadas de correia mas eu não, eu não me calava”. Para além deste mau ambiente familiar, M1 foi trabalhar, ainda criança, para uma casa onde o pai a colocou. Aí também a vida não lhe foi facilitada: “E então os miúdos já eram maiores do que eu, eu era mais pequena; andava/parecia um “santo cristo”¹². Era dentadas, era beliscões ... tudo o que eles queriam, eles faziam; porque eram os meninos, eu não podia dizer nada!”. Por estas palavras e pela sua postura ao longo da entrevista apercebemo-nos que M1 é uma pessoa magoada com o passado e que, por não ter sido protegida enquanto criança, teve de crescer e de se defender sozinha.

Actualmente, as angústias dos indivíduos passam pela doença e pelas preocupações com a família. H., que sempre viveu para proporcionar o melhor à filha, sente a sua ausência e fica preocupada quando a filha não lhe telefona: “Desde ontem, anteontem, que eu estou preocupada. Que eu pensei: passou o fim-de-semana e ela (filha) não me ligou esta semana...”; neste caso a filha parece que não dá a atenção necessária à mãe, sendo uma sobrinha que faz a supervisão da medicação, das consultas e de tudo o que é necessário no seu dia-a-dia. Gr. tem a angústia de ver as suas duas filhas zangadas e também de uma das filhas não falar com a mãe, questionando: “Mas a mágoa que eu tenho da minha filha é: se ela não quer falar com a irmã, porque é que não fala comigo?!”. Para MJ, o que a angustia mais é ver a debilitação dos utentes do internamento, que são colocados no período da manhã em contacto com os utentes do centro de dia: “Sim, gosto ... o que eu não gosto ... faz-me dor ver, é quando vêm os doentes de cima (do internamento), uns de cadeiras de rodas que às vezes estão ali (a gemer) ...”. MJ falou com o pessoal técnico do lar a demonstrar o seu desagrado perante tal situação e, por vezes, diz ir mais tarde para o lar, apenas para não estar em contacto com esses utentes. Como menciona Guedes (2007), no lar os sujeitos não só têm que se deparar com a sua debilitação física mas também com a dos outros e conseqüentemente com a morte.

O tema “Morte” foi recorrente nas narrativas dos sujeitos. Apenas dois sujeitos (Gl. e M.) não referiram este tema nas suas histórias de vida, sendo que têm em comum o facto de serem os mais novos desta amostra e, talvez por isso, ainda não seja algo que os “atormente”. Das sete mulheres entrevistadas, apenas uma delas nunca casou, sendo que as restantes seis, apesar de terem casado, encontram-se todas viúvas. Assim, a morte do marido é um tema

¹¹ Significa: pancada.

¹² Significa que estava em más condições físicas devido aos maus-tratos.

recorrente. Por outro lado, dos quatro homens, apenas um deles é viúvo. M2 teve, ao longo do seu percurso, de se confrontar com algumas mortes que a deixaram abalada. Ainda nova passou pela morte de um namorado, que originou a emigração para Londres, de modo a tentar superar esta perda. As duas pessoas mais próximas de M2 morreram, há pouco tempo, no lar onde M2 está: a irmã e um “velhinho” de quem cuidou. Outras mortes foram lembradas, por outros sujeitos, tais como: as mortes de irmãos (Gr. e B.), a morte dos pais (MJ), a morte da sogra (J.) e a morte de uma senhora, que J. presenciou em contexto de trabalho.

Se tivermos em conta a definição de transição da terceira para a quarta-idade, feita por Baltes e Smith (2003, cit. por Amado, 2008), encontramos na nossa amostra três sujeitos na quarta-idade. Destes, um deles (Gr.) centrou-se no tema “morte”. Visto que nesta fase já faleceram 50% dos coortes, justifica-se o peso deste tema e a preocupação demonstrada pelos sujeitos, quando confrontados com a morte de pessoas da mesma geração e com a sua própria morte.

O objectivo da religião pode variar de pessoa para pessoa, consoante a situação em que se encontrem ou ainda consoante o momento de vida que estejam a atravessar. A procura de significado ou sentido para a vida talvez seja a função mais importante da religião (Botelho, s.d.). Dos 11 sujeitos entrevistados, três deles proferiram crenças religiosas e relataram os seus rituais, sendo o género feminino (Gr., MJ e M2) o que se destaca. Os rituais praticados são: “Todas as noites rezo por todas as alminhas do purgatório...” (Gr.); “Rezo pelo meu marido, tenho saudades dele. Era a minha companhia. Só Deus a quem sabe como ele me faz falta” (MJ); e “Vou todos os dias ali à Igreja de manhã, faço as minhas orações ...” (MJ e M2). Ou seja, rituais básicos da população católica. Para além destes rituais, ao longo da entrevista, foram também proferidas expressões, tais como: “Oh meu Santíssimo”, “Meu Deus sacramental...”, “...Graças-a-Deus” (Gr.); e “... o Jesus é bom...” (MJ). Por norma, é a população idosa que mais evidencia crenças e ideais religiosos. Segundo Freitas (2010), existe um aumento de 70% da religiosidade com o avançar da idade e os comportamentos que já existiam, na idade adulta, intensificam-se na idade avançada.

Muitas foram as ideias recorrentes e balanços que os sujeitos fizeram da sua própria vida. Os sujeitos que estiveram/estão emigrados partilham de uma mesma ideia: “Eu cá gosto de viver em Jersey mas não há terra como a nossa” (Gl.) e “Eu penso que quase todas as pessoas que emigram gostam de voltar à sua terra. Quase 50 anos, nunca me esqueci da minha terra” (M2). MJ devido aos seus medos, nomeadamente a doença, refere: “Nunca se está bem neste mundo, a gente neste mundo...”. Por último, temos uma ideia de J. que se prende com a conjuntura do País e com as vantagens do regime salazarista: “... diziam mal de Salazar, ele pagava pouco mas rendia mais, era contado os metros de terra, era contado parreiras de vinha,

cada árvore contada uma por uma, e tudo tinha um preço”.

Como já foi referido, Guerreiro (2008) menciona que os sujeitos que mais necessitam de aconselhamento são aqueles que habitam sozinhos e com mais de 75 anos. Por outro lado, os homens com menos de 75 anos, que habitam em família, têm menos necessidade de aconselhamento. No nosso estudo verificámos que dos dois sujeitos que vivem sozinhos com mais de 75 anos (M1 e F.), apenas um deles manifesta necessidades de aconselhamento. É o caso de M1 que, por estar muito magoada com o passado, manifesta sentimentos de revolta e, por isso, necessita de uma pessoa que a oiça e a aconselhe sem juízos de valor e com total confidencialidade. Os dois homens com menos de 75 anos, Gl. e M., são aqueles que menos colaboraram espontaneamente e menos se envolveram, daí não podermos concluir que não precisam de aconselhamento. Têm, porém, uma boa rede social e uma vida activa, trabalhando na agricultura ou nas tarefas domésticas. Num contexto diferente estão quatro sujeitos que necessitam de aconselhamento: H., M2, B. e Gr. Os dois primeiros (H. e M2) evidenciam sentimentos de desamparo e solidão. M2, por viver no lar, sente-se sozinha e a degradação da sua saúde aflige-a. H., apesar de ser mais nova e de ter uma filha, sente-se igualmente sozinha e com uma doença (depressão) que lhe transtorna a vida. B. e Gr. vivem com as filhas, mas, enquanto Gr. tem uma boa relação com uma das filhas, não fala com a outra filha e sente-se angustiada por isso. B. vê-se numa posição de dependência e apesar de ter tido alguns atritos com a filha e não terem sido criados laços afectivos entre as duas, é agora dependente dela, partilhando residência.

V – Conclusões e Referência a Algumas Limitações

Numa sociedade cada vez mais individualista poderá ser considerada uma mais-valia, para o desenvolvimento pessoal e também profissional, a capacidade de escuta activa. Acredito que esta capacidade deveria ser considerada como um dos pré-requisitos aquando do ingresso nas faculdades de psicologia, pois um profissional que não consegue ouvir não irá compreender integralmente quem está a “tentar aconselhar”. Ouvir em aconselhamento não é só receber a informação que nos é transmitida, é muito mais que isso: é ouvir empaticamente aquilo que a outra pessoa nos está a dizer, é dar-lhe voz e espaço para partilhar aquilo que lhes está guardado na memória, é permitir que vidas tão vividas nos transmitam verdadeiros ensinamentos que só os anos, tão sábios, nos podem oferecer. São nestes momentos de escuta e posterior reflexão que ponderamos e reflectimos sobre nós mesmos e sobre quem nos rodeia, sobre o nosso comportamento e sentimentos, e na verdade no modo como nos poderemos tornar ou ser pessoas melhores.

A riqueza das histórias de vida não é quantificável e o investigador, que está em campo, tem uma percepção muito clara disso. É uma sabedoria que pode ser apelidada de popular, que não consta nos livros de instrução das faculdades e que se vai tornando mais completa com o amadurecimento pessoal e profissional.

Os idosos não são apenas pessoas com muita idade, têm sentimentos e histórias para partilhar. Quando recebemos esta riqueza de informação, é-nos também transmitida a emoção, os sentimentos, que as pessoas experienciam ao recordar alguns acontecimentos. Alguns são recordados com alegria, outros com tristeza e outros ainda com saudade.

O exercício do aconselhamento, em circunstâncias da perda de companheiros, amigos ou familiares, representa uma validação e valoração importante da sua vida e experiência (Rainsford, 2002; Knight, 1999; cit. por Lima, 2012). Neste estudo verificámos necessidades específicas de aconselhamento. O aconselhamento psicológico, nesta população, seria uma mais-valia nos mais variados contextos: quando as pessoas estão a passar por um processo de luto; e quando se sentem sozinhas, sendo por isso necessário encontrar alternativas para colmatar essa solidão. Seria também importante nos casos em que os indivíduos que se encontram na pré-reforma, pois é um período de transição. A falta de planeamento, no período da reforma, é comum a todos os sujeitos do estudo, sendo por isso importante a aplicação de programas na pré-reforma, conjuntamente com o aconselhamento psicológico, para que os indivíduos se sintam mais activos, estabelecendo metas e objectivos a desenvolver nessa nova etapa da vida.

Os sujeitos que habitam na sua própria casa, no geral, sentem-se mais úteis do que os

que vivem em casa de familiares ou no lar, visto que, por poderem escolher a sua própria rotina diária, fá-los beneficiar do sentido de identidade. A maioria dos sujeitos que frequenta o centro de dia e de convívio fá-lo de livre vontade, embora alguns o façam por imposição de familiares. Quando questionados sobre a preferência de habitação, todos referiram que preferem/preferiam viver na sua própria casa e, por isso, seria importante pensar em alternativas às típicas formas de habitação para a população idosa (em casa sozinhos, com familiares ou internados no lar). Seria importante permitir que os indivíduos pudessem usufruir de um sítio tão acarinhado e pelo qual trabalharam, que é a sua casa, durante um maior período de tempo.

Os indivíduos focaram o seu discurso na etapa de vida activa e mencionaram várias ocupações ao longo da vida. No geral, profissões pouco remuneradas e pouco especializadas, sendo que a maioria apenas concluiu a 4^a.classe. Verificámos que os homens dão mais relevância ao tema “trabalho” do que as mulheres. Os sujeitos que emigraram fizeram-no por motivos financeiros e por melhores condições de vida. As famílias de origem dos sujeitos eram pobres e, no geral, tinham como actividade principal a agricultura. Os sujeitos que emigraram manifestaram um desejo comum: voltar definitivamente à terra natal. Assim como os pais, os filhos dos sujeitos, à excepção de três dos entrevistados, não prosseguiram estudos superiores. Os pais dessa época incentivavam os filhos a procurar trabalho, um bom marido/mulher, casar e ter filhos. E, caso o casamento não corresse bem, deveriam permanecer com os cônjuges, por questões sociais e religiosas. As crenças religiosas foram um dos temas desenvolvidos por alguns dos sujeitos, sobretudo do género feminino. A solidão é um sentimento visível, vivido por algumas pessoas. Este sentimento deve-se, na maioria, à ausência dos familiares mais próximos.

Todos os sujeitos mencionaram pessoas que lhes foram/são importantes e que os marcaram, quer pela positiva quer pela negativa. Em Portugal existem em maior número viúvas do que viúvos (Guedes, 2007). Esta amostra confirma tal facto, visto que todas as mulheres que casaram estão viúvas, ou seja, das sete mulheres que participaram no estudo, seis são viúvas e uma delas nunca casou. No caso dos homens, dos quatro que participaram no estudo, apenas um se encontra viúvo, todos os outros permanecem casados.

A saúde física e mental é, para os sujeitos, algo muito importante e com grande impacto nas suas vidas e dos seus familiares. Apesar do exercício físico ser de extrema importância na prevenção de doenças, apenas um dos sujeitos demonstra ter consciência de tal facto.

No geral, os sujeitos tiveram um desenvolvimento bem-sucedido, com algumas excepções (quatro). São elas, casos de revolta e de remorsos por situações do passado, assim como o desespero perante a debilitação física e a inevitabilidade da morte.

A presente investigação, embora tenha sido realizada de modo a que os seus resultados

venham a contribuir para a área do aconselhamento psicológico com pessoas de idade avançada, contem algumas limitações que devem ser tidas em conta da sua implicação para a possível intervenção. Outra limitação é o facto de a análise não ser imune a alguma subjectividade. Devemos ter em conta que esta investigação apenas contou com um juiz independente na análise *grounded*. Em investigações futuras poderíamos optar, por exemplo, por pedir a colaboração de um profissional da área da gerontologia ou área afim (assistente social, responsável do lar,/centro de dia; embora, para tal, essa colaboração pudesse interferir em alguma profundidade das narrativas dos sujeitos, especialmente no que respeita às reflexões acerca do tempo presente).

O contexto em que a amostra foi recolhida (meio rural) não permite tecer considerações sobre o que poderão ter sido histórias de vida de indivíduos a viver (ou que sempre tenham vivido) em meio urbano, por exemplo.

Devido à restrição geográfica, onde as histórias foram recolhidas, correspondendo a uma região específica do País e assumindo que cada região tem as suas próprias especificidades, este trabalho acaba por ter um problema de ordem ética: de certa forma, o anonimato não é absoluto uma vez que a localidade em causa tem poucos habitantes e as “histórias” dos seus locais podem ser, se esmiuçadas, identificadas.

Futuramente, para colmatar alguns pontos fracos deste estudo, dever-se-iam incluir sujeitos do contexto urbano e um maior número de indivíduos das mais variadas regiões do País.

Em suma, apesar de se tratar de uma primeira abordagem deste género (recolha de narrativas/histórias de vida) verificámos, entretanto, que esta nossa iniciativa já resultou numa melhoria nos serviços disponibilizados pelo lar/centro de dia, pois desde início de Fevereiro (2014) passou a contar com a presença de serviços de psicologia no lar.

Referências

Allan, G. (2003). A critique of using grounded theory as a research method. *Electronic Journal of Business Research Methods*. Vol. 2, 1, 1-10.

Almeida, L. & Quintão, S. (2012). Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Med. Port.*, 25 (6): 350-358.

Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. Universidade Nova de Lisboa - Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada.

Associação de Profissionais Licenciados de Optometria. (2013). Acedido em Fevereiro de 2014 em www.aplo.pt/SaúdeVisual/PatologiasOculares/GlaucomaeHipertensãoOcular.aspx.

Boni, V. & Quaresma, S. (Janeiro-Julho de 2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 68-80.

Botelho, J. (s.d.). *O significado existencial da religiosidade na velhice*. Acedido em Dezembro, 2013, em <http://www.envelhecerativo.psc.br/>.

Brandão, L., Smith, V., Sperb, T., & Parente, M. (2006). Narrativas Intergeracionais. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19 (1), 98-105.

Cabral, P. (s.d.). *História de Vida - Experiência em elaborar relato escrito junto a um idoso*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC: Pós Graduação em Gerontologia.

Charmaz, K. (s.d.). A construção da teoria fundamentada – Guia prático para a análise qualitativa. Convite à teoria fundamentada. In Porto Alegre: Artmed (1ª Edição 1995).

Correa, M. & França, S. (s.d.). *Histórias do "Arco da Velha": Memória e experiência narrativa com idosos*. UNESP - Faculdade de Ciências e Letras de Assis.

Cozinheiro, S. & Vieira, R. (2007). A entrevista biográfica na (re) construção de cinco histórias de ser e se tornar idoso (a). *Actas do III Congresso Internacional*. Cabeceiras de Basto: Centro de Investigação Identidades e Diversidades, do Instituto Politécnico de Leiria.

Cunha, A. (2005). *Crescer e envelhecer de uma forma especial ... História de vida de uma centenária*. Dissertação de Mestrado: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Duarte, R. (2002). Pesquisa Qualitativa: Reflexões Sobre o Trabalho de Campo. Departamento de Educação da Pontifícia - Universidade Católica do Rio de Janeiro: *Cadernos de Pesquisa*, 115, 139-154.

Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton.

Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológica*. Universidade do Minho: Centro de Estudos em Educação e Psicologia. 49-76.

Ferreira, A. (2009). *Qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspectiva do próprio e do cuidador*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Ferro, M. (2010). *Teoria crítica e aconselhamento: Para uma intervenção multicultural com os estudantes da cooperação na Universidade de Coimbra*. Tese de Doutoramento. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Freitas, A. (2010). *Espiritualidade e sentido de vida na velhice tardia*. Pós-Graduação em Ciências da Religião. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Gonçalves, M., Santos, A., & Matos, M. (2011). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2); 129-139.

Gonçalves, D. A. C. (2008). Televisão e Adopção de estilos de vida saudáveis: Um exemplo de aplicação da Grounded-Theory. In *VI Congresso Português de Sociologia - Mundos Sociais: Saberes e Práticas*. Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 1-17.

Gonçalves, M., & Gonçalves, Ó. (1998). Political functions of the concept of identity: Psychology, self and power. In *Constructivism in the Human Sciences*, 3, 2 (pp. 129-151). ProQuest Psychology Journals.

Guedes, J. (2007). *O internamento em lar e a identidade dos idosos*. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Guerreiro, S. (2008). *Idosos: Necessidades de aconselhamento em diferentes contextos*. Faro: Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 - Resultados pré-definidos. Acedido a 5 de Dezembro de 2013, em: <http://www.ine.pt>.

Lima, M. (2012). *Intervenção em grupo com adultos de idade avançada*. Sumário da Lição. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Madeira no mundo. (2013). Acedido em Novembro, 2013, em <http://madeiranomundo.gov-madeira.pt/ilhasdocanal.php#top>.

Morato, H. (2007). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moreira, P., Gonçalves, Ó., & Matias, C. (2011). Clients' narratives in psychotherapy and therapist's theoretical orientation: an exploratory analysis of Gloria's narratives with Rogers, Ellis and Perls. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11, 2, 173-190.

Moreira, P., & Gonçalves, Ó. (2010). Therapist's theoretical orientation and patients' narrative production. Rogers, Lazarus, Shostrom and Cathy revisited. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 1,2, 227-244.

Na minha terra. (2013). Acedido em Novembro, 2013, em <http://www.naminhaterra.com/portal.php?pagina=MADEIRA>.

Nascimento, J. (2009). *Emigração madeirense para a Venezuela (1940-1974)*. Tese de mestrado. Universidade da Madeira: Funchal.

Nogueira, S. (2006). *Aconselhamento psicológico como experiência de crescimento em direcção à maturidade: uma proposta de clarificação do desafio de Carl Rogers*. Dissertação de Mestrado em Relação de Ajuda. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Novo, R. (2003). *Para além da Eudaimonia – O Bem-estar Psicológico em mulheres na idade Adulta avançada*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Nye, R. D. (2002). Carl Rogers e a Fenomenologia Humanista. In R. D. Nye. *Três Psicologias: Ideais de Freud, Skinner e Rogers*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 105-141.

Otto von Bismarck. In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2014. [Consult. 2014-02-23]. Disponível na www: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$otto-von-bismarck](http://www.infopedia.pt/$otto-von-bismarck)>.

Páscoa, P. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Monografia. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências da Saúde/Escola Superior de Saúde.

Pinto, C. M. (2012). A teoria fundamentada como método de pesquisa. *XII Seminário Internacional em Letras: Língua e Literatura da (pós-) modernidade*. Universidade Católica de Pelotas.

Rodrigues da Cruz, I. (2011). *A mudança narrativa em terapia centrada no cliente*. Universidade do Minho: Escola de Psicologia.

Rogers, C. R. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edual - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.

Rogers, C. R., & Sanford, R. C. (1984). Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan and B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (vol. 4, pp. 1374- 1388). Baltimore: Williams & Wilkins.

Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Kock (Ed.). *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of psychotherapeutic personality changes. *Journal of Counselling Psychology*, 21(2), 95-103.

Rosa, A. F. (2010). *Idosos mais idosos - Narrativas, ciclo de vida e estilos de vida*. Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde.

Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (XX): 505-516.

Silva, A. (2010). *Direito do trabalho no pós-moderno*. Belo Horizonte: RTM.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice - Um Novo Público a Educar*. Colecção: Idade do Saber. Edições Ambar.

Spar, J. & La Rue. A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8: 91-98.

Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos. Um estudo avaliativo exploratório e implementação - piloto de um programa de intervenção*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia.

Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento Psicológico em contextos de saúde e doença - Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1 (XVIII): 3-14.

Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado: Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Tese de Mestrado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Zimerman, G. (2000). *Velhice - aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: ArtMed.