

**ISCSP**

INSTITUTO SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

**U LISBOA**

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

# Participação: Intervenção Gerontológica com pessoas Idosas Institucionalizadas

**Joana Filipa Carlos Do Vale**

Orientador: Prof. Doutora Stella Bettencourt da Câmara

Trabalho de Projeto para obtenção de grau de Mestre  
Em Gerontologia Social

*Lisboa*  
*2020*

[WWW.ISCSP.U LISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.U LISBOA.PT)

# Participação: Intervenção Gerontológica com pessoas Idosas Institucionalizadas

*Joana Filipa Carlos do Vale*

*Orientador: Prof. Doutora Stella Bettencourt da Câmara*

Trabalho de Projeto para obtenção de grau de Mestre  
Em Gerontologia Social

Júri:

Presidente:

—

-Doutora Fátima Maria de Jesus Assunção

Vogais:

- Doutora Carla Cristina Graça Pinto

- Doutora Stella Margarida de Oliveira António Bettencourt da Câmara

*Lisboa  
2020*

## **Resumo**

A Participação nas estruturas residenciais deve ser potenciada por contribuir para um maior envolvimento e para o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas. A bibliografia referencia benefícios ao nível físico, psicológico, social e holístico sobre como as pessoas idosas se integram no ambiente onde estão inseridas.

O presente trabalho tem como objetivo identificar de que forma a participação das pessoas idosas institucionalizadas é influenciada pelas atividades de Horticultura.

Este projeto teve lugar numa estrutura residencial para pessoas idosas, com um grupo selecionado de participantes. De acordo com as suas vontades e aspirações, e com as suas orientações iniciais, deu-se início à implementação da horta. As tarefas realizadas foram ajustadas às condições físicas e psicológicas dos participantes, mas sobretudo às suas opiniões nos modos de fazer: os participantes tiveram o controlo total das atividades, sendo o investigador apenas orientador e observador. Para a avaliação, utilizou-se a técnica de inquérito por entrevista na fase anterior à implementação da horta e no final da realização do projeto.

Através da metodologia mista para interpretação dos resultados, a participação foi analisada em 4 categorias: Expressão, Ação, Colaboração e Influência. Verificaram-se significativas alterações na participação das pessoas envolvidas, não só pela influência de cada história de vida, mas também pela existência de um estímulo novo, acessível e desafiante. Foram identificados benefícios físicos, psicológicos, sociais e holísticos que comprovam o envolvimento e a participação das pessoas institucionalizadas, independentemente do seu grau de dependência.

O presente trabalho, para além de evidenciar a importância da participação das pessoas idosas e os inúmeros benefícios que acarreta, evoca também a necessidade de futuros estudos dentro da mesma temática, de forma a promover e a incentivar a participação nas suas vidas e principalmente dentro das instituições.

**Palavras-Chave:** Gerontologia; Institucionalização; Ambiente; Participação; Horticultura; Qualidade de vida.

## **Abstract**

Participation in senior care homes must be enhanced by contributing to greater involvement and to increase the quality of life of the elderly. Preliminary studies have reported the benefits on a physical, psychological, social and holistic level, for elderly people to adjust themselves in their environment.

This work aims to identify how the participation of institutionalized elderly people is influenced by Horticulture activities.

This project took place in a senior care home, with a selected group of participants. With their initial guidance, according to their wishes and aspirations, the garden began its implementation. The tasks performed were adjusted to the physical and psychological conditions of the elders, and giving a major importance to their opinions in the ways of doing: the participants had total control over the activities, and the researcher being only an advisor and observer. For the evaluation, the interview survey technique was used in the two phases, prior to the implementation of the garden and at the end of the project.

Through the use of mixed methodology for interpreting the results, participation was analyzed in 4 categories: Expression, Action, Collaboration and Influence. There were significant changes in the participation of the people involved, not only due to the influence of various life histories, but also by the existence of a new, accessible and challenging stimulus. Physical, psychological, social and holistic benefits have been identified and are proof of the involvement and participation of institutionalized people, regardless of their degree of dependence.

This work, in addition to highlighting the importance of the participation of elderly people and the countless benefits it brings, also evokes the need for future studies within the same theme, in order to promote and encourage people's participation in their lives and mainly inside institutions.

**Keywords:** Gerontology; Institutionalization; Participation; Environment; Horticulture; Quality of life.

## **Agradecimentos**

À minha mãe, por todas as oportunidades que me deu na vida.

Ao meu namorado, por toda a compreensão e apoio na conquista deste objetivo.

À professora Stella Bettencourt da Câmara por todas as palavras de incentivo e por ter acreditado sempre no meu trabalho, ideias e pontos de vista e também por me colocar muitas vezes a pensar de forma crítica.

À Administração, Equipa Técnica, e todos os elementos da Equipa da Instituição onde tenho a felicidade de trabalhar, por me apoiarem sempre na realização de novos projetos e ideias.

A todas as pessoas idosas com quem já me cruzei no meu percurso profissional, porque este trabalho é para eles e com eles.

## Índice

<b>Resumo</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>5</b>
<b>Índice de Figuras</b> .....	<b>7</b>
<b>Índice de Gráficos</b> .....	<b>7</b>
<b>Índice de Tabelas</b> .....	<b>8</b>
<b>Índice de Apêndices</b> .....	<b>9</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>10</b>
<b>Parte 1- Enquadramento Teórico</b> .....	<b>12</b>
<b>Perspetivas do Envelhecimento e da Institucionalização</b> .....	<b>12</b>
1.1- Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social .....	<b>12</b>
1.2- Envelhecimento em Portugal .....	<b>15</b>
1.3- Institucionalização .....	<b>17</b>
<b>2- Gerontologia</b> .....	<b>20</b>
2.1- Gerontologia Ecológica/ Ambiental .....	<b>23</b>
2.2- Influência do meio para a população Idosa .....	<b>24</b>
2.3- Horticultura para Pessoas Idosas .....	<b>26</b>
<b>3 - Participação</b> .....	<b>28</b>
3.1. Definição do conceito de Participação .....	<b>28</b>
3.2. Participação das Pessoas Idosas .....	<b>29</b>
3.3. Participação a nível institucional .....	<b>30</b>
<b>4 - Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo</b> .....	<b>31</b>
4.1. Qualidade de Vida.....	<b>31</b>
4.2. Envelhecimento Ativo .....	<b>33</b>
<b>Parte 2 - Metodologia de Investigação</b> .....	<b>35</b>
2.1. Delimitação do problema e Objetivos de estudo.....	<b>35</b>
2.2. População.....	<b>35</b>
2.3. Instrumentos para recolha de dados .....	<b>36</b>
2.4. Procedimentos para a análise e o tratamento de dados .....	<b>39</b>
<b>Parte 3 - Análise e Discussão de Resultados</b> .....	<b>39</b>
3.1. Análise descritiva .....	<b>39</b>
3.2- Análise dos inquéritos por entrevista .....	<b>42</b>
3.3. Análise dos diários de observação.....	<b>52</b>
3.4. Análise de outros dados .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Conclusões</b> .....	<b>55</b>
<b>Reflexões Finais</b> .....	<b>56</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>58</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>67</b>

## Índice de Figuras

Figura 1- Desenho do estudo. Elaboração própria.....38

Figura 2 – Modelo de Análise. Elaboração Própria. ....38

## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Idades e média de idades dos participantes. Elaboração própria.....40

Gráfico 2- Razões que levaram à institucionalização dos participantes. Elaboração própria .....41

Gráfico 3- Divisão dos participantes por grau de dependência segundo a escala de Katz. Elaboração própria.....41

Gráfico 4- Número de anos de institucionalização por participante e média. Elaboração própria.....42

Gráfico 5- Principais razões identificadas pelos participantes para a implementação da horta na instituição. Elaboração própria.....43

Gráfico 6- Principais motivações identificadas pelos participantes para colaborarem nas atividades da horta. Elaboração própria.....44

Gráfico 7- Número de referências dos benefícios da participação por indivíduo e média geral. Elaboração própria.....45

Gráfico 8- Número de idas à horta por participante, durante o período de março 2019 a outubro de 2019. Elaboração Própria .....53

Gráfico 9- Média de ocorrências registadas por participantes em comparação com os não participantes durante o período de janeiro 2019 a janeiro de 2020. Elaboração própria .....54

### **Índice de Tabelas**

Tabela 1- Adaptação da tabela das teorias do Envelhecimento de Lange & Groosman (2016).....21

Tabela 2- Níveis de envolvimento segundo Piskur et al., (2013).....29

Tabela 3- Estereótipos ou constrangimentos à participação identificados pelos participantes. Elaboração própria.....44

Tabela 4- Benefícios da participação, respetivo número de referências e exemplos. Elaboração própria.....46

Tabela 5- Exemplos de participação Ação no discurso dos participantes. Elaboração própria.....48

Tabela 6- Exemplos de participação Colaboração no discurso dos participantes. Elaboração própria.....49

Tabela 7- Exemplos de participação Influência no discurso dos participantes. Elaboração própria .....50

Tabela 8- Estereótipos e constrangimentos associados à participação identificados no segundo momento de avaliação. Elaboração própria.....5

## **Índice de Apêndices**

Apêndice 1 - Inquérito por entrevista 1 .....	67
Apêndice 2 - Inquérito por entrevista 2 .....	68
Apêndice 3 – Diários de Observação .....	70

## **Introdução**

O Envelhecimento populacional tão demarcado por todo o mundo, leva à emergência de medidas inclusivas que permitam às pessoas idosas viverem com qualidade de vida, ao longo de todo o seu processo de envelhecimento. Envelhecer acarreta mudanças biológicas, psicológicas e sociais que podem comprometer a autonomia, participação e a perda de controlo da sua vida o que por vezes trás como consequência a institucionalização.

A institucionalização das pessoas idosas é vista como último recurso e última morada, raramente é encarado como um projeto de vida, mesmo quando a qualidade do estabelecimento é elevada e existe real bem-estar (Jacob, 2012). As principais consequências da institucionalização, segundo Rocha (2013) citando Motta (1992), são o desenraizamento, a perda ou alteração de papéis sociais, a convivência com estranhos, o anonimato, a segregação e o isolamento, a submissão a regulamentos, e a inatividade.

O presente projeto pretende mostrar evidências de melhorias na qualidade de vida de pessoas idosas institucionalizadas através da participação no projeto de uma horta. O mote principal deste projeto é aferir a importância da participação para as pessoas idosas institucionalizadas e para isso partiu-se da seguinte questão: As atividades de Horticultura podem potenciar a participação dos Idosos Institucionalizados melhorando a sua qualidade de vida?

O objetivo geral deste projeto passou por identificar de que forma a participação das pessoas idosas institucionalizadas é influenciada pelas atividades de Horticultura. Os objetivos específicos passaram por: identificar as razões que levaram as pessoas idosas a ser institucionalizados; caracterizar os indivíduos com base na sua história de vida; identificar motivações e estereótipos ligados à participação e ao envelhecimento; e por fim identificar as dimensões e os tipos de participação.

Este projeto é uma experiência inovadora, uma vez que através da literatura considerada, grande parte dos estudos realizados neste âmbito são conduzidos pela vontade dos investigadores e não dos participantes. Pretendeu-se assim que a participação fosse o fio condutor para a mudança e a transformação social desta realidade. Segundo Vieira, (2017) citando Quintas e Sánchez, (1999:15) a participação, não só potencia a própria cultura atual como sinal de identidade, como também ajuda à criação de novas alternativas que emanam do seu dinamismo interno para solucionar os problemas sociais colocados.

Concluiu-se que as atividades de horticultura potenciaram a participação tanto na expressão, como na colaboração, na influência e também na ação, das pessoas mais velhas envolvidas neste estudo. Foram reportados benefícios físicos, psicológicos, sociais e holísticos até nos participantes que participaram apenas de forma passiva. Houve também melhoria das condições de saúde, mais tempo passado no exterior e mais autonomia. Pode concluir-se através dos resultados obtidos que, seja a horticultura uma atividade do passado, ou uma atividade nova, acresce de enormes benefícios aos que dela participam seja de que forma for. A promoção da participação a nível institucional, através das atividades de horticultura realizadas, melhora a qualidade de vida das pessoas idosas que delas usufruem.

Os exemplos criados através desta investigação melhoraram também a imagem das instituições no que respeita à participação através das atividades de horticultura. Ao conseguir-se determinar porque razão as pessoas participaram mais, é fundamental para que estas técnicas possam ser replicadas de futuro, de forma a criar um maior envolvimento da pessoa no final de vida. Considera-se que este estudo é enriquecedor no âmbito da Gerontologia Social, mais especificamente da Gerontologia Ambiental, uma vez que é realizado tendo em conta uma abordagem centrada na pessoa idosa e no ambiente em que está inserido. Promover e comprovar cientificamente estudos como este, oferece aos técnicos no terreno, novas ferramentas para intervir junto desta população. Quanto mais se proporcionar oportunidades de participação às pessoas idosas institucionalizadas, maior será o contributo para esta área de estudo.

## **Parte 1- Enquadramento Teórico**

### **Perspetivas do Envelhecimento e da Institucionalização**

#### **1.1- Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social**

O Envelhecimento pode ser analisado em biológico, psicológico e social. O Envelhecimento biológico tem em conta as alterações que acontecem ao longo de todo o ciclo de vida dos indivíduos, mas que são mais acentuadas após os 60 anos de idade. Estas alterações de indivíduo para indivíduo são essencialmente caracterizadas pela diminuição da taxa metabólica, em efeito da diminuição das trocas energéticas do organismo (Sequeira, 2010). Os organismos vivos envelhecem como um todo, enquanto os seus órgãos, células e estruturas sub-celulares têm envelhecimentos diferenciados. Enquanto as sequências de mudanças associadas ao Envelhecimento são semelhantes, a maneira como experienciamos as mudanças físicas são mais individualizadas, uma vez que são fortemente influenciadas pelos estilos de vida adotados. (Cancela, 2008)

A maior parte das alterações físicas associadas ao Envelhecimento saudável- senescência- têm poucos efeitos na qualidade de vida das pessoas idosas. Já as mudanças que resultam da doença ou da adoção de estilos de vida não saudáveis, não são consideradas parte de um envelhecimento saudável, mas sim patológico. (Miller et al, 2011) As mudanças físicas relacionadas com a idade mais comuns são segundo Amarya et al, 2018:

- a. Perda da densidade óssea e da medula óssea.
- b. Perda de cabelo, principalmente nos homens e despigmentação;
- c. Perda de cerca de 5cm de altura devido à redução do espaço entre as vértebras da coluna vertebral.
- d. Maior pigmentação da pele e aparecimento de rugas, assim como a perda da elasticidade da pele.
- e. Dentes tornam-se mais sensíveis à temperatura; maior probabilidade de cáries e perda de dentes;

f. Aumento de peso até aos 50 anos e progressiva diminuição do peso devido à perda de massa muscular.

O Envelhecimento psicológico acontece como consequência do Envelhecimento biológico e tem como principal objetivo o estudo dos padrões de mudança comportamental associados ao envelhecimento, fazendo distinção entre os que são característicos da velhice dos que são partilhados por outras faixas etárias. (Neri, 2013; Sequeira, 2010;)

Tal como o envelhecimento biológico, o psicológico também sofre influência de fatores patológicos, genéticos, ambientais e sociais. O Envelhecimento Psicológico engloba assim diversos sistemas que afetam a saúde: o cognitivo, o emocional, o motivacional, e o comportamental. As áreas de maior destaque são a inteligência, a genética, a cognição e área emocional. As principais alterações psicológicas da Envelhecimento são:

**a. Inteligência:** A inteligência divide-se em fluida, que apresenta uma diminuição da velocidade e precisão no processo de informação com o avançar da idade; e a inteligência cristalizada que se mantém e aperfeiçoa ao longo da vida, sendo afetada pela experiência pessoal de cada indivíduo.

**b. Memória:** A memória divide-se em memória a curto e a longo prazo; a memória a curto prazo deteriora-se com a idade, nomeadamente na recordação de informação nova. A memória a longo prazo, mantém-se estável.

**c. Cognição:** Os domínios da cognição mais afetados pelo envelhecimento são as habilidades preceptivo-motoras, a atenção, a linguagem, raciocínio prático, as funções executivas e a velocidade, que declinam todas ao longo do tempo.

As alterações patológicas a nível psicológico dão origem a patologias como as perturbações neurocognitivas ligeira ou major, que afetam bastante o processo de Envelhecimento e comprometem a qualidade de vida das pessoas idosas que delas padecem.

Segundo Grossman & Lange (2006), as primeiras teorias sobre o envelhecimento vieram das disciplinas psicossociais em que se considera o envelhecimento como um processo que dura toda a vida caracterizado por transições. As teorias psicológicas relacionam essas transições ao desenvolvimento da personalidade ou do ego e os desafios associados a várias fases da vida. Estas teorias caracterizam-se sobretudo pelos processos mentais, emoções, atitudes, motivação e personalidade, que influenciam a adaptação às questões físicas e sociais, como por exemplo na Lifespan Theory. Segundo Neri (2006),

esta Teoria compreende o desenvolvimento como um processo contínuo, que ocorre de modo diferente de pessoa para pessoa, estando diretamente relacionada com a plasticidade comportamental para mudanças inerentes à idade. A Teoria da Lifespan passa então pelo agregado de experiências e vivências que ocorrem ao longo de toda a vida e que vão ditar a forma como o indivíduo se vai adaptar às alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. Segundo o autor desta teoria, Paul Baltes & Kliegl (1987), a plasticidade mantém-se mesmo com perdas significativas.

O Envelhecimento Social considera as mudanças dos papéis e posições sociais, bem como a necessidade de lidar com as perdas das relações próximas. (OMS, 2015) Socialmente, envelhecer acarreta mudanças significativas como a reforma com consequente perda de papéis sociais na área profissional. Também a perda de papéis e funções dentro da própria família, e a adaptação necessária face às mudanças que ocorrem na sociedade em geral, tem bastante influencia nesta fase de vida.

A reforma é o ato de passar de pessoa ativa a pessoa inativa no mundo laboral. Esta está profundamente associada ao Envelhecimento uma vez que é a idade em que os indivíduos são considerados idosos. Segundo Bandeira et al., (2014), o direito ao trabalho passou a ser limitado pela idade, solução que agradou as empresas que começaram a antecipar a cessação das atividades profissionais depois dos 50 anos.

Para Fernandes (2008), a perda de posição social é uma forma de exclusão social, pois os indivíduos ganham o estatuto de desvalorizado ou reformado. A autora considera que a visão da reforma é ambígua no sentido em que, uma vez reformado o indivíduo tem oportunidade de viver tranquilamente com um salário para o qual já trabalhou ao mesmo tempo que esta representação interfere com a identidade social que este deixa de representar. Muitas vezes, a reforma é considerada um baixo rendimento e não permite que a pessoa viva com as condições necessárias, o que aumenta ainda mais o estigma de ser idoso. A falta de planificação para esta fase de vida pode levar a perdas significativas a nível emocional e social.

Em termos familiares, este sistema social é um dos que mais mudanças tem verificado na sociedade ocidental neste último século. Segundo Azeredo (2014), “a família tem sofrido profundas alterações tanto a nível demográfico, como em número de elementos e de gerações. Em termos demográficos, com a entrada da mulher no mundo laboral e a consequente diminuição do número de nascimentos, assim como o aumento da longevidade,

as pirâmides demográficas sofreram alterações em todos os países, existindo pela primeira vez, um maior número de gerações vivas”. (pag.172)

A possibilidade criada pela modernidade, pela especialização dos cuidados e das ajudas técnicas, torna a tarefa de cuidar mais simples e muitas das vezes esta pode ser passada a profissionais, não sendo considerada de momento uma “obrigação” da família da pessoa idosa. Ainda assim, muitos destes cuidados trazem encargos para as famílias, que sejam eles, emocionais ou financeiros, acabam por desgastar os cuidadores e também as pessoas cuidadas, que se veem muitas das vezes como um “peso” para a sua família.

Apesar de tudo, a família continua a ser a principal fonte de proteção, educação e socialização, sendo fulcral para o cuidado e respetiva qualidade de vida das pessoas idosas.

## **1.2- Envelhecimento em Portugal**

Segundo António (2013), o envelhecimento demográfico traduz-se pelo aumento da população idosa e da muito idosa no total da população, e decorre fundamentalmente da baixa taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida, quer à nascença, quer aos 65 anos de idade, associadas à baixa taxa de mortalidade infantil.

Segundo, Dias & Rodrigues (2012) “as mudanças sociais e demográficas verificadas em Portugal corresponderam a uma das mais rápidas e estruturais alterações de toda a Europa. Portugal mantinha, no período posterior à segunda guerra, uma das mais jovens populações da Europa”. (pág.182) De acordo com as projeções do INE (2020) para a população portuguesa entre 2018-2080, o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa.

Assim Portugal passa de ter uma das populações mais jovens da Europa no início do século XX, para uma das populações mais envelhecidas do mundo em pleno século XXI. Bandeira *et al* (2014) aponta como causas do envelhecimento demográfico em Portugal, a emigração europeia, a queda de fecundidade que se agravou no início da década de 80, e a baixa taxa de mortalidade. Relativamente à mortalidade as projeções do INE (2020), definem como hipótese central a continuação das tendências atuais do melhoramento na

mortalidade e a manutenção do ritmo de crescimento da esperança de vida, que em 2080 será de 87,92 anos para homens e 93,30 anos para mulheres.

Face a estas transformações verificadas na sociedade, nomeadamente as alterações demográficas iniciadas no século XX, a passagem de famílias alargadas para famílias nucleares que condicionam as redes de apoio aumentando o risco de isolamento, tornaram imperativo a adoção de novas formas de intervenção junto da população mais idosa. Para António (2013), “é imprescindível que as respostas aos desafios que decorrem do processo de envelhecimento tenham um carácter holístico e transversal, na medida em que dizem respeito ao ciclo da vida humana e a todas as dimensões da vida social”.

Com o intuito de combater o isolamento individual e social, promover a autonomia assim como garantir um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos específicos como é o caso da população mais idosa, foram sendo implementadas de forma progressiva na sociedade portuguesa um vasto conjunto de serviços e equipamentos sociais de suporte (Gonçalves, 2009). Segundo a Publicação do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) do Ministério do Trabalho e da Segurança Social (MTSS) que nos fala sobre a dependência, as primeiras respostas sociais criadas apareceram na década de 50/60, baseavam-se na institucionalização e denominavam-se asilos. Segundo António (2013), no período após a constituição de 1976, as pessoas idosas começam a ser reconhecidas como indivíduos ativos, autónomos e que devem estar integrados”, defendendo-se a manutenção da pessoa idosa na sua residência e a criação de equipamentos e serviços mais adaptados a esta ideia. Assim, na década de 80, surgem diversificadas formas de apoio à pessoa idosa como o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), centro de convívio (CC), Centro de Dia (CD), Centro de noite (CN), Acolhimento Familiar (AF), Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e posteriormente já na década de 2000 surge Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI).

As respostas sociais para as pessoas idosas em Portugal, correspondem a 41,26% de todas as respostas existentes e, só em 2018 mais de 60% das novas aberturas contemplam instituições de apoio à pessoa idosa. (Carta Social, 2018) Das respostas sociais dirigidas à pessoa idosa todas tem registado uma diminuição de ocupação desde 2000, no entanto a contrariar esta tendência surgem as ERPI's como única resposta que aumentou a sua taxa de ocupação. Uma população cada vez mais envelhecida, a atingir recordes de longevidade e permanecendo o máximo de tempo possível em sua casa, pode explicar a diminuição da

utilização do SAD e dos CD, que eram os serviços em conjunto com as ERPI's com mais utilizadores. Saindo de casa apenas em último recurso, a única resposta que pode satisfazer as necessidades desta população é de facto a institucionalização.

### **1.3- Institucionalização**

Viver mais anos está associado a uma perda gradual de autonomia. Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2002), o conceito de autonomia refere-se à capacidade percebida de controlar situações e decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as regras e preferências pessoais. Isto significa que, com o aumento da longevidade, o indivíduo está mais sujeito à perda das capacidades de cuidar de si e de tomar decisões, conduzindo a um aumento da dependência. Esta perda de capacidades físicas e psicológicas, ainda que aconteça de forma gradual (excluindo casos de doença aguda), têm um forte impacto na vida dos indivíduos e da sua família.

Segundo Almeida (2008), “o problema social que decorre do envelhecimento populacional e particularmente do aumento do número de idosos, tem também origem nas alterações que ocorrem a nível social e ao nível da própria estrutura das relações familiares”. (p.78) Apesar de existir em Portugal uma tradição familiar de cuidar dos mais velhos, a verdade é que a vida atual, com a entrada das mulheres (principais cuidadoras) no mercado de trabalho, com a migração dos mais jovens e, com famílias cada vez menores, criou a necessidade de partilhar a responsabilidade de cuidados para outras instituições e com o estado.

Os cuidados de longa duração são definidos para WHO (2002) como sistemas de atividades sustentadas por cuidadores informais ou profissionais de forma a garantir que a pessoa que já não é capaz de realizar as suas atividades de vida diária (AVD) consegue manter a sua qualidade de vida. Os sistemas de cuidados de longa duração têm inúmeros benefícios para os que deles usufruem tais como dignidade, redução dos custos dos cuidados de saúde por doenças agudas, apoio às famílias nos custos em saúde, ampliação dos papéis sociais da mulher e por último, contribuição para a coesão social. (WHO, 2002)

As condições que levam uma pessoa à institucionalização, trazem, regra geral, uma rotura com a vida anterior, nomeadamente em termos de funcionalidade e autonomia, e vão ser potenciados com a entrada na instituição. Segundo Paúl (2005), “há vários modelos explicativos dos resultados negativos das mudanças residenciais, que passam pela

incapacidade de alguns idosos conseguirem prever o que se vai passar, pelo desacerto entre as expectativas e a realidade e a mudança em si, enquanto geradoras de stress, pela alteração do quotidiano, exigindo novas adaptações e pressupondo a existência ou não de recursos para lidar com certas situações”.( p.261)

O conceito de institucionalização de idosos está profundamente marcado por uma carga negativa, no entanto alguns autores encontram com facilidade aspetos positivos no mesmo. Segundo Gineste & Pellissier (2007), a mudança para uma instituição para pessoas idosas não é, por si só, um fator de mal-estar. Ao sujeitar-se um indivíduo à saída da sua casa, à redução da sua rede de contactos anteriores, oferece-se possibilidade de novas relações e muitas das vezes de melhores condições da vida funcional, assim como cuidados ajustados. Para estes autores, tal como para Paúl (2005), não é a mudança em si, mas a maneira como ela se processa.

Segundo Carmo (2014), cada ser humano tem um ritmo e um perfil de desenvolvimento próprios que diferem dos perfis de outros indivíduos do mesmo grupo etário e que podem mesmo alterar-se ao longo do ciclo de vida. Na fase da institucionalização, as mudanças trazidas por este processo vão depender das especificidades de cada pessoa, e será um processo vivido de uma forma única. No entanto, a capacidade de lidar com esta mudança exige mecanismos de compensação de forma a controlar os impactos do ambiente sobre si mesmo.

Segundo Pereira (2012),“a institucionalização é um veículo privilegiado para o bom uso social da ciência e, nesse sentido, é um dos muitos ganhos inequívocos da pós - modernidade”. Para o autor o problema da institucionalização emerge quando o apoio prestado substitui em demasia, afastando as pessoas idosas da realização de tarefas/ atividades ou de decisões que ainda têm capacidade de realizar de forma autónoma. Também Paúl (2005) considera que a institucionalização é vista como uma segregação das pessoas idosas para ambientes mais protegidos, que tornam irrelevantes as mudanças sociais e políticas que influenciam a comunidade geral. A pessoa passa então a ser regida pelas políticas e visão institucional onde está inserida. Este pode ser também um elemento destabilizador do equilíbrio dos indivíduos que passam por esta experiência, uma vez que o exercício da sua autonomia pode chocar com as regras e as políticas do meio envolvente. Segundo Gineste & Pellissier (2007), quaisquer que fossem os hábitos das pessoas, as suas preferências e gostos, elas são obrigadas a submeter-se aos horários, gestos e práticas, decididos independentemente delas.

Este tipo de constrangimentos acontece porque em Portugal, e também em outros países, os modelos institucionais estão ainda muito apoiados nos modelos originais: os asilos ou as instituições totais. Goffman (1987), define pela primeira vez as instituições totais como um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. Obviamente que este tipo de instituições, foi buscar ao modelo hospitalar a sua essência para criação dos lares de idosos, mas a verdade é que os hospitais foram criados para problemas de saúde a serem tratados no mais curto espaço de tempo e não para viver.

Com a integração da noção de qualidade de vida e de respeito pelas pessoas, ausentes nas instituições de outrora, foi importante que estes começassem a figurar entre os principais objetivos de uma grande maioria das ERPI's.

O autor Atienza (2010) considera que em todas as residências para idosos devem garantir-se: alojamento, cuidados pessoais e alimentação; Atenção social e psicológica; Atividades socioculturais e de tempos livres; integração e participação; comunicação com as famílias; Assistência médica e sanitária; Atenção geriátrica e cuidados de reabilitação; outros serviços: cabeleireiro; Podologia; Centro de dia e/ou de noite, etc.

Entre os objetivos básicos dos centros para pessoas idosas devem constar:

- Potenciar a autonomia da pessoa idosa: deve-se incidir na recuperação funcional tanto física como psicológica;
- Atuar com respeito e dignidade;
- Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas através de uma boa alimentação, tratamentos individualizados que melhorem as funções e atividades que desenvolvam a sua criatividade e que os façam sentir-se realizados.

Assim, há alguns anos muitos destes espaços quiseram mudar a sua abordagem e começaram a construir espaços diferenciados de hospitais e mais semelhantes a hotéis. A ideia era dar mais conforto e também proporcionar uma experiência distinta de estar institucionalizado, mas muitas das regras de funcionamento que regem estes espaços estão já enraizadas. Outro problema prende-se em que os hotéis são criados para providenciar um escape da vida real. Segundo Vitale-Aussem (2019) estes espaços têm um ambiente de uma fantasia temporária onde tudo é feito pelos hóspedes, para que eles se sintam bem. O problema é que as residências para idosos não são para descansar da vida real, muito menos são uma vida temporária de fantasia, segundo a autora.

Existem em Portugal alguns projetos pioneiros ao que à institucionalização de pessoas idosas diz respeito, que se diferenciam dos modelos atuais. Um dos exemplos é a Aldeia de S. José de Alcalar no Algarve, que apesar de ser construída de raiz funciona como uma aldeia lar, onde os idosos vivem em comunidade. Segundo Fontes (2011), a participação dos idosos na vida da Aldeia é um dos elementos caracterizadores deste projeto, uma vez que o funcionamento, a organização e a dinâmica da aldeia está a cargo dos seus residentes. Apesar da participação nas atividades da aldeia não ser de carácter obrigatório, é-lhes dada a oportunidade de fazerem o que quiserem com o objetivo de se sentirem uteis, “funcionando em comunidade, em entreajuda”.

## 2- Gerontologia

A Gerontologia é uma área científica recente que se dedica ao estudo das alterações morfológicas, físicas, psicológicas e sociais consequentes da passagem do tempo. Trata-se de uma visão que integra várias áreas científicas como a biologia, a psicologia, a sociologia, entre outras (Fontaine, 2000; Paúl, 2012;).

Segundo Câmara (2019), a paternidade da palavra gerontologia pertence a Élie Metchnikoff (1845- 1916) que a usa pela primeira vez em 1903, no seu livro *Études sur la nature humaine: Essai de Philosophie Optimiste*. No entanto, será apenas após a segunda guerra mundial que a gerontologia se vai afirmar enquanto área de estudos. Para Paúl (2012) e Câmara (2019), contribuíram para isso os progressos da medicina que aumentaram significativamente a esperança média de vida, a imensa investigação científica sistemática nesta área, os estudos demográficos e económicos que colocaram em destaque as modificações nas estruturas etárias da sociedade e finalmente a criação da The Gerontological Society America (GSA) em 1945.

Face à diversidade de conhecimentos que a Gerontologia acarreta, esta área é considerada multidisciplinar. Por essa mesma razão na GSA a sua publicação inicial, The Journal of Gerontology, foi dividido em 1955, em série A e série B. A série A passou a dedicar o seu conteúdo às ciências biológicas e médicas (Geriatría) e a série B passou a dar ênfase às ciências psicológicas (Psicogerontologia) e às ciências sociais (Gerontologia Social) (Paúl, 2012). Para Câmara (2019) a Gerontologia pode ser assim distinguida em dois grupos diferentes: a básica e a social. Também Fernandez-Ballesteros (2000) é da

mesma opinião considerando que a Gerontologia ao estudar as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento se diferencia da Gerontologia Social que, por sua vez, estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no envelhecimento, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o envelhecimento enquanto processo.

Estas áreas da Gerontologia seguem diversas teorias que emergem de áreas distintas e que lhe dão suporte enquanto área científica. As teorias segundo Pául (2012) servem para explicar e sistematizar os fenómenos observados permitindo a criação de novas hipóteses de estudo assim como fundamentar as intervenções. Segundo Lange & Grossman (2006) existem várias teorias do envelhecimento que fundamentam a Gerontologia, as mais citadas surgem das áreas da biologia, sociologia e psicologia, como os autores descrevem na tabela seguinte:

<b>Teorias da Biológicas do Envelhecimento</b>		
Estocásticas		
Teoria dos Radicais Livres	Hayflick (1985)	As membranas de DNA e RNA assim como as proteínas são danificadas pelos radicais livres que causam danos celulares e conduzem ao envelhecimento celular.
Teoria do desgaste	Van Cauter, Leproult, & Kupfer (1996)	As células envelhecidas não conseguem funcionar.
Não estocásticas		
Teoria do Envelhecimento Programado	Thompson (1995)	As células dividem-se até que não serem mais capazes devido ao encurtamento dos telómeros o que desencadeia a morte celular.
Teoria Genética	Slagboom, Bastian, Beekman, Wendorff & Meulenbelt (2000)	As células estão programadas geneticamente para envelhecerem e morrerem.
Teoria neuro-endócrina	Rodenbeck & Hajack (2001)	Problemas de comunicação entre o hipotálamo e a glândula pituitária causam doenças; o aumento da resistência à insulina potencia o envelhecimento.
<b>Teorias Psicológicas do Envelhecimento</b>		
Teoria das necessidades Humanas	Maslow (1954)	Cinco necessidades básicas induzem o comportamento humano na busca da satisfação das mesmas.

Teoria do Individualismo	Jung (1960)	É um processo através do qual o ser humano evolui de um estado infantil de identificação para um estado de maior diferenciação, o que implica uma ampliação da consciência.
Teoria do Desenvolvimento psicossocial	Erickson (1963)	Oito estágios de vida correspondem a diferentes objetivos de vida.
Teoria do Life Span	Baltes (1987)	Os vários estágios de vida são previsíveis e estruturados em papéis, relações, valores e objetivos.
Teoria da Otimização Seletiva e compensação (Envelhecimento bem-sucedido)	Baltes (1990)	Os indivíduos lidam com as perdas decorrentes do envelhecimento através da seleção, otimização e compensação de atividades / funções. Os pontos críticos da vida são morbidez, mortalidade e qualidade de vida. A otimização seletiva com compensação facilita o envelhecimento bem-sucedido.
<b>Teorias Sociológicas do Envelhecimento</b>		
Teoria da Atividade	Havighrust & Albrecht (1953)	Estar ativo e ocupado é determinante para encontrar satisfação na velhice.
Teoria do Desvinculação	Cumming & Henry (1961)	O afastamento gradual das relações e da sociedade serve para manter o equilíbrio e promover a reflexão nas pessoas idosas.
Teoria Continuidade	Havighrust, Neugarten & Tobin (1968)	A personalidade influencia a satisfação com a vida e mantém-se consistente ao longo do tempo. A manutenção dos padrões passados que se repetem conforme os adultos vão envelhecendo permitem uma adaptação ao declínio e permitem contemplar a morte.
Teoria da Estratificação Etária	Riley <i>et al</i> (1972)	A sociedade encontra-se estratificada em grupos etários que são caracterizados por diferentes recursos, papéis entre outros. As pessoas dentro dos diferentes grupos etários partilham similaridades em crenças, atitudes e expectativas em relação às diferentes transições.
Teoria Pessoa-Ambiente	Lawton (1982)	O ser humano é afetado pela força do ego, pela mobilidade, saúde, cognição, percepção sensorial e meio ambiente. A competência do ser humano muda a capacidade de adaptação às alterações ambientais.
Teoria da Gerontotranscendencia	Tornstam (1994)	A pessoa idosa transforma-se através da aceitação da perspectiva de que é parte do universo. A transformação bem-sucedida inclui um foco externo, aceitando a morte iminente, relacionamentos significativos, a conexão intergeracional e a unidade com o universo.

Tabela 1 Adaptação da tabela de teorias do envelhecimento de Lange & Grossman (2016)

## 2.1- Gerontologia Ecológica/ Ambiental

Nas últimas quatro décadas, segundo Wahl & Weisman (2003), o contexto ambiental do envelhecimento teve um papel muito importante na Gerontologia Ambiental - focado na descrição, explicação e otimização da relação entre a pessoa idosa e o seu ambiente sócio espacial emergindo como um campo por si só.

Segundo Parmelee & Lawton (1991) e também Wahl & Oswald (2016), o psicólogo Powel M. Lawton (1977) foi o precursor desta área, onde desenvolveu a argumentação, teórica e empírica, reconhecendo a influência do ambiente físico, social, organizacional e cultural na vida das pessoas idosas. Segundo Wahl & Oswald (2016) a Gerontologia Ambiental tem por base três princípios: a) a importância da interação pessoa ambiente e o desenvolvimento dessa co-construção; b) a importância de considerar explicitamente o meio ambiente, com foco na dimensão físico-espacial; c) importância de se otimizar a validade ecológica na pesquisa.

Para Wahl & Weisman (2003) e Parmelee & Lawton (1991) a Gerontologia ambiental está focada nas particularidades das habitações das pessoas idosas, preocupando-se com a natureza e os impactos das modificações de residência até ao envelhecimento institucional e às configurações dos cuidados especializados em ambientes multigeracionais.

Já Wahl & Oswald (2016) têm uma visão mais abrangente e concluem que o uso do conceito de ambiente em gerontologia é um empreendimento multicamadas. Por exemplo, ambiente é usado de forma muito específica ou muito abstrata; de forma social ou físico-espacial. Estes autores citando Lawton e Hahemow (1973) consideram que a teoria ecológica do envelhecimento mostra que a capacidade adaptativa e comportamental às pressões ambientais físico-sociais existentes, diminui profundamente à medida que as pessoas envelhecem, devido a um número crescente de limitações funcionais. No entanto, outro fator interessante desta teoria está relacionado com o facto de os ambientes desafiadores poderem revelar reservas latentes e novas aprendizagens.

Parmelee & Lawton (1991), na sua revisão de literatura sobre ambiente e envelhecimento encontraram sem margem para dúvidas, um enorme relevo na autonomia. Embora os termos em destaque passassem também por “competência”, “controle” entre outros, muita da literatura enfatizou a necessidade de as pessoas idosas manterem a sua

autonomia percebida e exercida na fase de transição da sua residência privada para ambientes residenciais especiais. Isto implica a percepção e a capacidade de ação efetiva e independente da pessoa.

O Envelhecimento institucional tem sido um dos grandes temas da Gerontologia Ambiental durante toda a sua existência. (Paúl, C., 2005; Wahl & Weiseman, 2003) A perspectiva de análise da vida institucional assume múltiplas vertentes, desde os cuidados básicos, ao ponto de vista organizacional, à configuração da arquitetura e ao design dos espaços tendo sempre como objetivo principal a influência do ambiente no bem-estar subjetivo, dentro do paradigma do controle.

Wahl & Weiseman (2003) consideram que as três funções básicas do ambiente para as pessoas idosas são: a manutenção, o estímulo e o suporte. A função ambiental da manutenção realça o papel da previsibilidade e da estabilidade do ambiente, como por exemplo a familiaridade com os ambientes domésticos onde há ligação afetiva e que permitem a sensação de continuidade. O estímulo vem associado a uma mudança de ambiente e do surgimento de uma nova gama de estímulos e os seus efeitos no comportamento da pessoa idosa, como a procura de novos hobbies ou passatempos que aumentem as redes sociais e de suporte da pessoa idosa, através de novos estímulos. Relativamente ao suporte podemos pensar nele como capacidade de compensação de competências perdidas ou reduzidas que pode ser traduzida por adaptações da casa e do ambiente ao seu redor para compensar estas perdas e manter os hábitos de vida do indivíduo.

Segundo Batistoni (2014), durante muito tempo, os investigadores consideravam a mudança de residência como um fator de risco para o bem-estar e funcionalidade das pessoas idosas. Porém, estudos atuais têm demonstrado que esta mudança também pode ser fonte de desenvolvimento na velhice, uma vez que promove o aparecimento de novos processos adaptativos.

## **2.2- Influência do meio para a população Idosa**

Segundo Paúl (2005) e também Wahl & Weiseman (2003), o ambiente físico onde as pessoas idosas estão inseridas pode influenciar de forma positiva ou negativa, o evoluir do processo de envelhecimento. Estes efeitos podem ser diretos ou indiretos e podem afetar áreas como a autonomia, a participação, a interação social, entre outros. Para Paúl (2005), o meio é um facilitador de estímulos novos e, face à diversidade de necessidades das

para as pessoas idosas é fundamental alargar o leque de alternativas residenciais e, paralelamente otimizar essas soluções de forma a que as mudanças possam resultar favoráveis.

Segundo Nahemow & Lawton, (1973) na Gerontologia Ecológica, quanto mais competente for um organismo em termos de saúde, inteligência, força de carácter, papéis sociais ou culturalmente evoluído, menos será a proporção de variação no comportamento atribuível a objetos físicos ou condições ao seu redor. Com grandes níveis de competência, o indivíduo conseguirá sofrer menos influências do meio. Contudo, a redução destas competências ou privação das mesmas, aumenta a sua dependência comportamental da condição externa. Assim, na situação de pessoa idosa institucionalizada, supõe-se que o indivíduo esteja a sofrer influências do meio que o envolve.

Os ambientes institucionais continuam a estar no centro das atenções para muitos estudos de investigação não só pela sua influência no bem-estar subjetivo e na qualidade de vida das pessoas idosas, mas também, como foi visto anteriormente, por estes ambientes terem de ser pensados para dar às pessoas que deles necessitam autonomia e capacidade de participar e usufruir da sua velhice. Segundo Detweiler (2012), seja qual for a razão que leva à institucionalização, é determinante continuar a estudar e a refletir sobre que possibilidades podemos oferecer, face à heterogeneidade do público alvo.

Outra condição determinante é, não só o foco no interior destes espaços projetados para as pessoas idosas, mas também nos espaços exteriores, como acontece com o projeto promovido pela OMS das cidades amigas da pessoa idosa. Segundo a OMS (2007), as pessoas mais velhas, em especial, têm necessidade de viver em meios envolventes que lhes proporcionem apoio e capacitação, para compensar as mudanças físicas e sociais associadas ao envelhecimento. Esta necessidade foi reconhecida como uma das direções prioritárias do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento, defendido pelas Nações Unidas em 2002. No projeto das Cidades Amigas das Pessoas Idosas é dada ênfase aos espaços exteriores e edifícios, transportes e habitação. Segundo a OMS (2007), uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades. Para a OMS (2007), “o ambiente exterior e os edifícios públicos exercem um impacto fundamental sobre a mobilidade, a independência e a qualidade de vida dos idosos”.

No presente trabalho centramo-nos nos espaços exteriores nomeadamente na influência que os jardins e os espaços ligados à natureza têm nas pessoas idosas, nomeadamente nas pessoas institucionalizadas. Reynolds (2016), compreendeu no seu estudo que as pessoas idosas que viviam em instituições reportavam inúmeros benefícios sobre a natureza e o jardim das mesmas, apesar de os usarem pouco. Os participantes valorizavam de forma profunda a natureza e isso deve ser tido em conta na construção de residências de longa duração para pessoas idosas. Outro fator que exige ponderação é o facto de as pessoas, mesmo do interior, quererem observar, as mudanças da natureza: as plantas a crescerem, a interação dos animais com a natureza, as mudanças sazonais, as flores a desabrocharem, etc. Como refere Reynolds (2016) “Quando os indivíduos adultos são colocados de forma permanente em ambientes internos, estamos a ignorar a necessidade fundamental de permanecermos conectados à natureza, que no mínimo, é através da visão de janelas. Desconsiderar isso, e toda a pesquisa sobre os benefícios da natureza é desvalorizar o final de vida dos idosos que vivem em cuidados residenciais”. (p.309)

O conceito “*Grey and Green*” surge pela primeira vez em 2000 por Wright & Lund, e chama a atenção para o papel do meio natural em contraste com o ambiente fabricado para a promoção do envelhecimento bem-sucedido, mostrando uma nova perspetiva face aos artigos já apresentados neste domínio. (Wright & Wadsworth, 2014). Os jardins e as hortas representam maior parte das vezes uma profunda ligação com a vida através do cuidado de organismos vivos que também retribuem com nutrição, estética e significado existencial. Nesse sentido já Relf (2006) tinha apresentado um modelo de desenvolvimento de programas de horticultura e interação com plantas, que se baseava na interação, reação e ação. A interação representava a habilidade das atividades de horticultura na promoção da mudança social a vários níveis; a reação representava a resposta inata dos humanos às plantas e ambientes naturais e por fim, a ação revelava o impacto do ato de cultivar e de cuidar de plantas vivas.

### **2.3- Horticultura para Pessoas Idosas**

A prática de atividades de horticultura e jardinagem nas instituições para pessoas idosas, assume em muitos estudos um papel de atividade ocupacional com benefícios na melhoria dos problemas de saúde e autonomia dos seus participantes. Nas instituições as

hortas terapêuticas oferecem aos idosos a opção de deixar a unidade residencial para um ambiente natural projetado para promover o exercício e estimular todos os sentidos. (Detweiler *et al.*, 2011)

Desde a antiguidade que muitos hospitais e centros psiquiátricos pensavam nos seus jardins como um espaço envolvente que contribuísse para o processo terapêutico das pessoas doentes. A primeira vez que este tipo de interação homem-natureza foi estudado foi com Benjamim Rush, “pai” da psiquiatria americana que nos anos 40, começou a verificar inúmeros benefícios em doentes que padeciam de stress pós traumático após a guerra (AHTA, 2011).

Estes espaços pelos seus elementos naturais, sejam eles plantas, animais, fontes de água, etc., criam uma envolvência especial que é utilizado como método de promoção da saúde e também de ajuda na recuperação de papéis sociais muitas vezes reduzidos pela existência de limitações. A jardinagem oferece às pessoas idosas, oportunidades de realizar exercícios ao ar livre. Além disso, semear ou plantar fortalece a motricidade fina e estimula psicologicamente. Este cultivo oferece oportunidades de colher legumes, frutas e flores frescas, o que pode ajudar financeiramente, capacitando quem pratica este tipo de atividades (Cunha, 2012; DiNardo & Flager, 2005).

Apesar de ser uma atividade terapêutica muito utilizada nos Estados Unidos da América onde existe até a Associação de Horticultura Terapêutica (AHTA), em Portugal este recurso ainda não é muito explorado por investigadores e técnicos das áreas subjacentes. Para a prática deste tipo de atividades, dado que a população idosa pode apresentar limitações a nível físico ou motor, existe forma de contornar esses impedimentos. Além de poderem ser realizadas em qualquer tipo de espaço, estas atividades permitem que através de canteiros elevados ou de sistemas de plantação vertical, todos possam aceder e cultivar o espaço (Cunha, 2012). Estes jardins/hortas devem conter essencialmente elementos familiares típicos da região onde estão inseridos e as atividades lá realizadas devem ser familiares às pessoas idosas por já as terem desempenhado em outras fases da sua vida (Detweiler *et al.*, 2011). Em instituições com ambientes como jardins e hortas, criados para pessoas idosas, os estudos focam-se no uso, nos elementos que promovem o uso e nos benefícios percebidos pelos seus participantes. Como a população que utiliza as instituições é tão heterogénea, são muitos os fatores que podem influenciar o uso dos jardins. O que ainda não é muito estudado é como as pessoas idosas em ambientes institucionais valorizam a natureza nomeadamente se viveram a sua vida toda no campo,

ou se viveram em ambientes urbanos, ou se tiveram experiências positivas ou negativas associadas à natureza e que de alguma forma influenciam o uso dos jardins (Reynolds, 2016).

Dos benefícios da participação de pessoas idosas em atividades de horticultura destacam-se a redução do *stress* e a promoção do bem-estar, o aumento da autoestima (Reynolds, 2016; Cunha, 2012; Detweiler, *et al.*, 2011; Heliker *et al.*, 2000; Relf, 2006); a redução da depressão (Reynolds, 2016; Heliker, 2000); melhoria da coordenação motora, a redução de quedas e melhor recuperação, melhoria da qualidade do sono (Detweiler, *et al.*, 2011; Cunha, 2012; Heliker, 2000); uma maior interação social, melhor integração, aumento da responsabilidade por si e pelos outros, entre outros (Cunha, 2012; Detweiler, *et al.*, 2011; Heliker *et al.*, 2000; Relf, 2006).

Associados a todos estes benefícios, o espaço da horta/jardim pretende focar a atenção no ambiente natural e não tanto em temáticas fraturantes como as limitações, e afins associadas à própria instituição (Detweiler, *et al.*, 2012).

### **3 - Participação**

#### **3.1. Definição do conceito de Participação**

A palavra participação segundo o dicionário de língua portuguesa é definida como ato ou efeito de participar; envolvimento em determinada atividade, fazer parte; Segundo Vieira (2017), “ a participação é (...) uma relação construída na ação. Esta relação pressupõe uma atitude consciente e informada dos sujeitos na tomada de decisão individual e coletiva, e pressupõe também, uma “caminhada” de construção de conhecimentos, construída face a um objeto conhecido e negociado, implicando cooperação e conflito, em condições aleatórias onde o inesperado pode surgir a cada instante.” (p.128)

A Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (UNECE) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizam o conceito de participação social relacionada com as noções de integração, inclusão e atividade social. No Boletim da UNECE (2009), a integração e a participação estão ligadas através na noção de coesão social que é um elemento vital para uma sociedade saudável. A participação, segundo Jarré (2016), é infundavelmente um sistema bilateral onde todos são informados e comunicam,

na melhor das hipóteses, na criação de políticas, estratégias e ações integradas, que solucionem problemas e permitam melhores decisões.

### 3.2. Participação das Pessoas Idosas

A Participação das pessoas idosas levanta questões que não se colocam com outras faixas etárias, segundo Almeida (2016). São duas as formas distintas em como a participação das pessoas idosas aparece na literatura: a participação cívica e a participação social.

A participação social é tida como o envolvimento em atividades/grupos, sendo influenciada por diversos fatores, tais como a idade cronológica, a existência de doenças, género, etnia, motivações e estilo de vida (Dahan-Oliel *et al.*, 2008). Isto pode afetar de forma positiva ou negativa a forma como a pessoa participa e interage com o mundo à sua volta, no entanto é um facto que a participação diminui ao longo da vida.

Segundo Gineste & Pellissier (2007), para o indivíduo que lida com doença, luto, isolamento, diminuição das capacidades, entre outros, a melhor maneira de lhes fazerem frente é “deixar-lhe o máximo de controlo e de visão sobre a vida e o seu meio envolvente”. (p.135) Por isso a participação das pessoas idosas é determinante para um envelhecimento saudável e de sucesso. Coordenar esforços de forma a motivar e a potenciar a participação das pessoas idosas, pode muitas vezes fazer a diferença entre a participação e o isolamento. Para a OMS (2007), é preciso ter atenção também às pessoas que não desejam participar, uma vez que a sua vontade deve ser respeitada.

Para Piskur *et al.*, (2013) citando Levasseur *et al.*,(2010) para acontecer a participação efetiva tem de existir envolvimento dos intervenientes. Esse envolvimento é descrito em seis níveis:

Níveis	Descrição dos níveis de envolvimento
Nível 1	Realização de uma atividade em preparação para estar com outras pessoas.
Nível 2	Estar com outras pessoas
Nível 3	Interação com outras pessoas sem contacto físico
Nível 4	Realização de atividades com outras pessoas.
Nível 5	Ajudar outras pessoas
Nível 6	Contribuir para a comunidade

Tabela 2- Níveis de envolvimento segundo Piskur *et al.*, (2013)

Para estes autores, a taxonomia é considerada como uma operacionalização dos conceitos de participação, participação social e envolvimento social. Assim o conceito de participação está em todos os níveis, a participação social vai do nível 3 ao 6 e o envolvimento inclui os níveis 5 e 6.

Os benefícios da participação estão associados a melhores níveis de saúde física e cognitiva, assim como a uma maior longevidade (Piskur, *et al.*, 2013; Cachadinha *et al.*, 2011; Dahan-Oliel *et al.*, 2008 Agahi *et al.*, 2006). Estes benefícios estendem-se também ao domínio da saúde mental uma vez que as pessoas ao participarem mais, reduzem as hipóteses de ter perturbações neurocognitivas. Também a prevenção do isolamento social e da manutenção das atividades/ papéis sociais oferecem proteção contra as perturbações neurocognitivas (Cachadinha *et al.*, 2011). Estes argumentos confirmam a importância de encorajar a participação em diferentes tipos de atividades nas pessoas idosas (Dahan-Oliel *et al.*, 2008).

A Participação social das pessoas mais velhas não trás apenas benefícios a nível individual, mas também para as comunidades e para a sociedade em geral. O envolvimento em atividades sociais produtivas, assim como em atividades intergeracionais onde existe partilha de conhecimentos e entreajuda, promovem uma maior coesão social, dando maior independência às pessoas idosas e também aos outros participantes. A redução de atividades individuais na velhice, aumentam as competências e as redes de apoio das pessoas idosas.

Experiências relacionadas com o “Envelhecimento Ativo” na literatura da UNECE (2009) mostram que as pessoas mais velhas que estão integradas na sociedade têm uma maior qualidade de vida, assim como vidas mais longas e saudáveis. As sociedades precisam pensar numa forma efetiva de integrar as pessoas idosas e garantir que contribuimos todos para a coesão de uma sociedade para todas as idades.

### **3.3. Participação a nível institucional**

Segundo Agahi *et al.*, (2006) de acordo com a teoria da continuidade do envelhecimento, os indivíduos não mudam muito ao longo do seu processo de envelhecimento, mantendo um padrão de continuidade. A reforma, o luto, e as mudanças fisiológicas que levam a constrangimentos das funções executivas dos indivíduos, acabam por afetar as atividades de vida diária, as relações sociais, as prioridades e o uso do tempo. De acordo com a teoria da continuidade, manter os padrões de pensamento, atividades e hábitos é uma estratégia

bastante eficaz de adaptação. No entanto, se a necessidade de apoio ou a falta de saúde levam as pessoas mais velhas a serem institucionalizadas, supõe-se que será mais difícil manter os padrões de vida anteriores. Isso vai depender da capacidade de adaptação das pessoas idosas à mudança. São praticamente inexistentes os estudos que falam sobre a participação de pessoas idosas institucionalizadas, o que nos leva a duas questões: ou maior parte dos investigadores estão enviesados sobre as condições físicas, psicológicas e sociais das pessoas idosas institucionalizadas, considerando que estas podem não ter capacidade de participar, ou não se considera pertinente este tipo de investigações.

Outra questão que poderá ser levantada será o facto de a população institucionalizada ser um grupo de pessoas que, por necessitarem de apoio de profissionais para manter os seus padrões de vida, é tida como inativa ou sem capacidade de participar. Este fator associado ao facto de grande parte das pessoas diminuir a sua participação ao longo da vida, pode contribuir para a inexistência de literatura nesta área.

Segundo Jarré (2016), a participação é baseada no princípio de “nada sobre eles, sem eles”, reconhecendo que aqueles que são afetados pelas decisões têm o direito de ter uma palavra a dizer antes destas serem tomadas e implementadas. Nas instituições para pessoas idosas, são exceções os que envolvem as pessoas idosas nas decisões não só da sua vida diária como também nas políticas e visões institucionais. As decisões residenciais, questionam a capacidade de manutenção dos ambientes existentes e a busca de novas configurações mais adequadas para atender as necessidades das pessoas que nelas residem. (Wahl & Weisman, 2003)

## **4 - Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo**

### **4.1. Qualidade de Vida**

A Qualidade de Vida (QDV) é um conceito complexo e difícil de operacionalizar, no entanto é um tema crescente, transversal e imensamente explorado. A QDV pode ser definida como a perceção individual da posição do indivíduo na sua vida, no contexto, na sua cultura, dos seus valores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, em que as suas maiores influencias são a saúde física, o estado psicológico, as crenças pessoais, as relações sociais e a relação com o ambiente (WHO, 1999).

Apesar das diferentes conceções para o termo, existe concordância entre grande parte dos autores (Paskulin *et al.*, 2010; Fernández-Ballesteros, 1998;) de que, para avaliar a Qualidade de Vida, é necessária a utilização de uma abordagem multidimensional. Ainda que não exista consenso sobre as dimensões que constituem este conceito, as dimensões que são citadas com mais frequência são a física, a psicológica, a social e a espiritual (Paskulin *et al.*, 2010).

A QDV é um conceito determinante para o Envelhecimento, tendo conquistado uma atenção crescente no ramo da Gerontologia, uma vez que é considerado um conceito fundamental no âmbito da atenção e no campo da intervenção para a população idosa, sendo um indicador particularmente relevante para a análise das condições de vida (Castellón, 2003). Também Paúl (2005), partilha esta ideia de que é necessária “compreensão da diversidade no sucesso do envelhecimento, uma vez que se trata de um grupo heterogéneo, baseada na perspectiva ecológica é fundamental para a criação de políticas optimizadoras da QDV dos idosos”. (p.11)

Assim sendo, o ambiente de vida das pessoas idosas é fulcral para a adaptação e capacitação perante qualquer nível de limitação física, cognitiva ou social (WHO, 2010). O meio pode funcionar, como já foi visto anteriormente, como um meio de compensação das limitações resultantes do processo de envelhecimento quando se consegue concretizar um conjunto de alterações que facilitam a vivência de forma autónoma no domicílio (Silva, 2015).

Fernández- Ballesteros (1998) analisou a QDV das pessoas idosas que vivem nas suas casas comparando-as com pessoas idosas que vivem em instituições. O seu estudo centrou-se na avaliação do estado mental, saúde, habilidades funcionais, nível de atividades, integração social, satisfação com a vida, serviços sociais e de saúde, qualidade do ambiente, condições económicas, e nível cultural e educacional. Através do seu estudo a autora concluiu que a qualidade de vida das pessoas que vivem na sua casa e as que vivem em instituições são semelhantes.

Mas não só o ambiente onde o indivíduo está inserido pode ser um fator determinante para a sua QDV. A capacidade da pessoa idosa se manter ativa é um dos determinantes da QDV, quer nas atividades ligadas à autonomia e à independência na realização das suas atividades de vida diária (AVD'S), como na participação em atividades sociais como a participação cívica e social, são aspetos considerados por vários autores (Almeida, 2016; Paúl, 2005; WHO, 2002;).

## 4.2. Envelhecimento Ativo

A Organização Mundial de Saúde define o Envelhecimento Ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (WHO, 2002). Como diz o próprio relatório, a palavra “Ativo” refere-se à continuação da participação na vida social, económica, cultural, espiritual e na vida cívica, não somente na capacidade de estar fisicamente ativo ou de estar ativo no mundo laboral. Pessoas que estejam já em situação de reforma ou que tenham constrangimentos a nível da mobilidade ou outros devem contribuir para a sua família, os seus pares, comunidade e nações. O Envelhecimento Ativo tem como objetivo aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas há medida que envelhecem (Jarré, 2016). Para que se alcancem estes objetivos, o envelhecimento ativo assentou inicialmente em três pilares: Saúde, Segurança e Participação. Em 2015, a OMS juntou aos três pilares básicos, um novo pilar, a aprendizagem ao longo da vida que influencia o bem-estar, a empregabilidade, a solidariedade intergeracional e a promoção de oportunidades, etc.

Em Portugal foi definida a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025. A ENEAS consolida-se num conjunto de linhas orientadoras de ação onde a participação assume destaque, juntamente com a saúde, segurança e a medição, monitorização e investigação. Na participação está presente a “promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida incluindo estratégias de promoção da literacia em saúde e incentivo à criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e da participação das pessoas idosas na sociedade e nos processos de decisão que afetam a sua vida. (p.20)

Apesar de muito claro o conceito, nem sempre este tem sido replicado da melhor forma. Os projetos são muitas vezes criados para as pessoas idosas, mas nem sempre são criados com elas a dar a sua opinião e com uma participação verdadeiramente ativa. A experiência do Envelhecimento Ativo mostra que as pessoas Idosas que estão integradas na sociedade têm uma maior QDV, assim como uma vida mais longa e saudável. A sociedade tem de considerar de forma mais demarcada a participação das pessoas Idosas numa sociedade mais coesa (UNECE, 2009). Assim, as pessoas idosas devem, através dos

programas de Envelhecimento Ativo, ser empoderadas para ir ao encontro ou até descobrir os seus interesses e de que forma querem usufruir dos seus tempos de lazer, construindo conquistas de vida. Estas intervenções devem ser construídas de forma a oferecer uma grande variedade de oportunidades de forma a chegar a toda a população, atendendo às suas especificidades. Daqui resultaram reconstruções identitárias, de projetos de vida, de reinvenção de formas de inclusão social e frequentemente o enfrentamento de estereótipos e de formas assumidas de exclusão social (Pimentel & Silva, 2012).

## **Parte 2 - Metodologia de Investigação**

### **2.1. Delimitação do problema e Objetivos de estudo**

Este projeto segue uma modalidade de pesquisa descritiva que visa à identificação, registo e análise das características, fatores e variáveis que se relacionam com a participação das pessoas idosas institucionalizadas. Esta investigação assume uma abordagem mista, que pode ser caracterizada como um estudo de caso tendo como objetivo servir como referência para outros estudos e investigações sobre estas temáticas. Este projeto segue a definição de Yin (2001) para um estudo de caso, que define como uma “investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos”.

A pergunta de partida que levou à formulação deste projeto foi: As atividades de Horticultura podem influenciar a participação das pessoas idosas institucionalizados melhorando a sua qualidade de vida? O objetivo geral foi identificar de que forma a participação e a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas é influenciada pelas atividades de Horticultura.

Os objetivos específicos passam por: enumerar as razões que levaram os participantes a ser institucionalizados; comparar a participação de indivíduos com ou sem prática de atividades horticolas; identificar as motivações para a participação; analisar a influencia da participação na qualidade de vida dos participantes; identificar estereótipos ligados à participação e ao envelhecimento; e por fim identificar as dimensões e os tipos de participação.

Pretendeu-se com a realização deste projeto comprovar a hipótese de que a Horticultura enquanto estratégia de intervenção, conduz a alterações na participação das pessoas idosas institucionalizadas.

### **2.2. População**

O contexto da recolha de dados desta pesquisa teve lugar numa ERPI de cariz particular, na zona de oeste sul do distrito de Lisboa, onde foi implementada uma horta. A população alvo desta pesquisa foram pessoas idosas institucionalizados sem restrição

de idade ou género, com diversas causas para a institucionalização e diferentes graus de autonomia.

O presente estudo foi realizado num universo de 60 indivíduos, de onde participaram 25 que aceitaram participar e/ ou tinham condições para o fazer.

### **2.3. Instrumentos para recolha de dados**

Para a recolha da informação foram usadas técnicas documentais e não documentais. As técnicas documentais visaram fundamentar este projeto cientificamente, traduzindo-se em pesquisa documental e bibliográfica, com recurso a documentos oficiais, artigos científicos, teses de mestrado e doutoramento.

A informação pessoal dos participantes foi conseguida através de recurso aos documentos institucionais.

Nas técnicas não documentais foram realizados dois inquéritos por entrevista (anexo 1 e 2) e observação participante como instrumento complementar à recolha de informação. Foi escolhido o método de inquéritos por entrevista de forma a privilegiar a opinião e a influência de todos os participantes, tendo consciência de que, como afirma Carmo e Ferreira (2015), os participantes são recipientes de informação relevante, mas também um filtro da própria informação. Essa vivência pessoal é muito importante para avaliar o contexto, uma vez que o grupo de participantes neste projeto é bastante heterogéneo.

Nestes inquéritos por entrevista os participantes foram inicialmente chamados para expressar a sua opinião sobre o projeto e sobre de que forma este deveria acontecer. No primeiro momento, antes da implementação da horta na instituição, todos os residentes foram chamados para dar a sua opinião sobre este assunto. O primeiro inquérito por entrevista (anexo 1), foi aplicado no início do mês de março de 2019, e constituído por 6 questões abertas e focadas nos interesses e opiniões de cada participante com o objetivo de conhecer o seu interesse em ter uma horta na instituição e em participar neste tipo de atividades.

O segundo inquérito por entrevista (anexo2), foi aplicado após finalização do projeto que aconteceu no mês de Janeiro de 2020. Este inquérito por entrevista, constituído por 14 perguntas, teve como objetivo identificar as formas de participação de cada indivíduo,

identificar benefícios e estereótipos associados à participação e ainda sugestões para a continuação do projeto.

Os dois inquéritos por entrevista foram aplicados a 19 participantes que apresentavam todas as características cognitivas necessárias para responder às perguntas previamente definidas. Para os outros 6 participantes, que não apresentaram características para responder aos inquéritos por entrevista, foi utilizada a observação participante. Carmo e Ferreira (2015) salientam as vantagens da adoção deste tipo de observação, que possibilita um entendimento marcado sobre as vivências desta população, permitindo um conhecimento integrado na cultura.

Para a observação participante, o investigador assumiu uma postura de observador a nível macro, realizando uma avaliação global da cultura organizacional e do contexto do estudo, e também a nível micro, de forma a obter uma visão holística da interação dos indivíduos, partindo sempre de uma abordagem empática, procurando significações. Este instrumentou visou o registo da interação com o espaço da horta de todos os participantes, que pelas mais diversas razões, não possuíam capacidade para responder aos inquéritos por entrevista. Para isso foi criado um guião de observação onde foi registada a presença dos participantes no espaço diariamente e também o tipo de participação (ativo e passivo), assim como foram registadas notas relevantes. Para avaliar a participação ativa os indicadores utilizados foram os seguintes: interação com os elementos do espaço, nomeadamente plantas e animais e outros participantes e/ou residentes, participação nas atividades de horticultura que envolviam colher alimentos, apanhar ervas, regar, semear, plantar, etc. Para a participação passiva foram usados como indicadores: a não interação com os elementos presentes no espaço, situações de observação não participante e caminhadas pelo espaço.

De forma a avaliar o impacto do projeto na qualidade de vida dos participantes, foram recolhidos dados através da plataforma informática da instituição que agrega a informação diária em registo de ocorrências<sup>1</sup>. Esta informação espalha o estado de saúde, físico e psicológico dos residentes face aos acontecimentos do dia a dia refletindo o seu bem-estar.

Os objetivos destes elementos de recolha de informação foram identificar as formas de participação que cada participante experimentou, assim como listar os benefícios e os

---

<sup>1</sup> As ocorrências correspondem a situações como: agitação, agressão, convulsões, desorientação, dificuldade respiratória, dor, ferida, diarreia, hemorragia, hipo/híper glicémia, hipo/híper tensão arterial, nódoa negra, obstipação, queda, recusa alimentar, recusa de medicação, tonturas, tosse com expetoração, tosse seca, urina com mau cheiro, vómito ou outras.

constrangimentos apresentados e o seu impacto na qualidade de vida, como pode ser verificado pela imagem 1, onde se encontra o desenho do estudo.

Toda a recolha de dados procurou garantir o anonimato e a confidencialidade de todos os participantes.

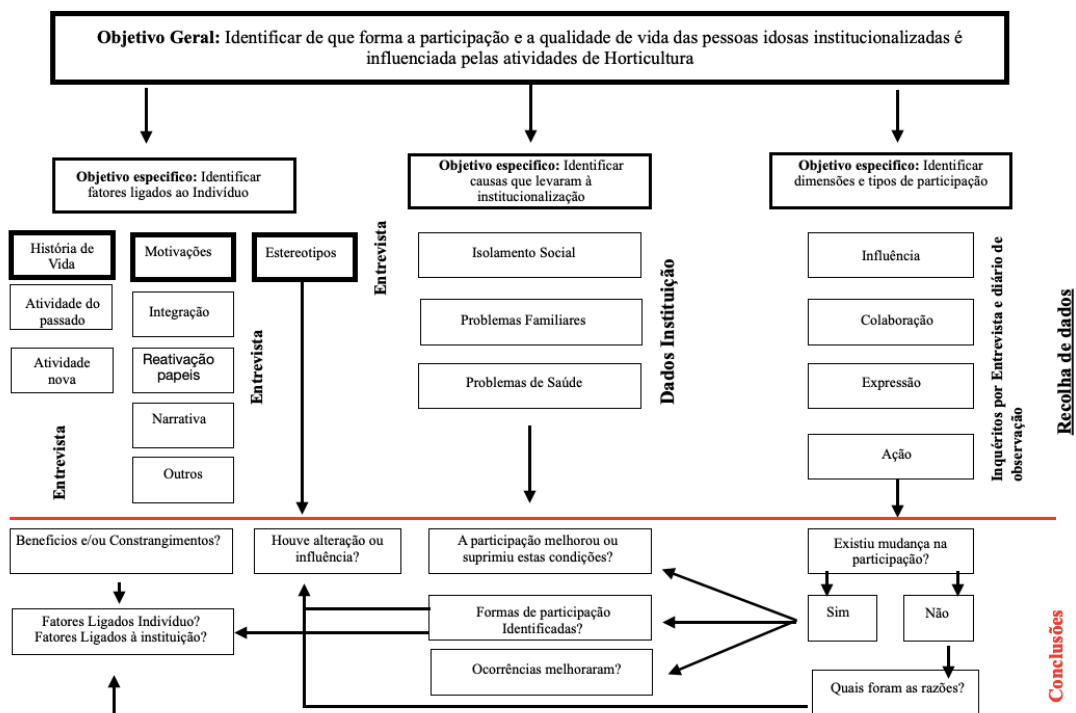


Figura 1 Desenho do estudo. Elaboração Própria.

Conclui-se a metodologia com o seguinte modelo de análise, representado na figura 2.

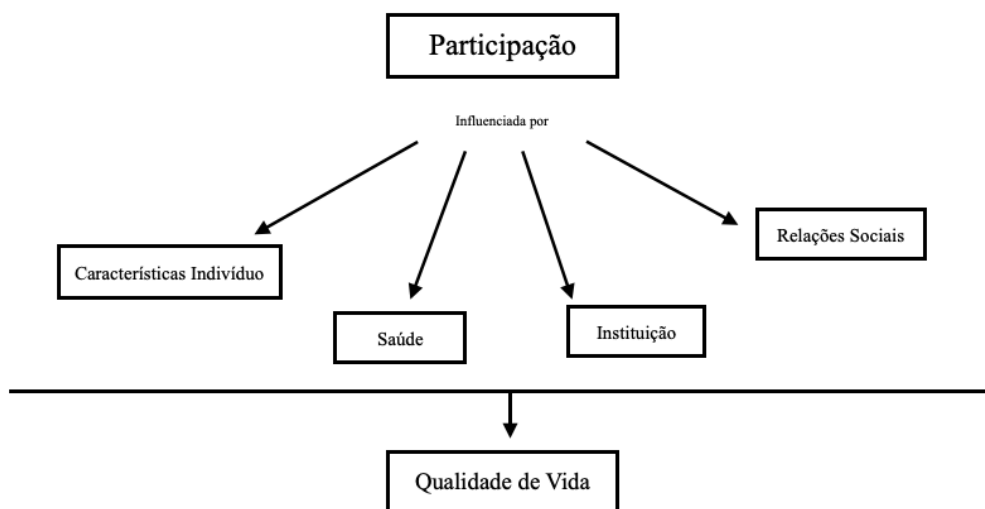


Figura 2 Modelo de Análise. Elaboração Própria.

## **2.4. Procedimentos para a análise e o tratamento de dados**

Os dados recolhidos foram tratados através de dois programas informáticos: o programa “*MySenior*”, software utilizado pela instituição para registo de ocorrências e atividades, assim como para registo de dados pessoais e avaliações por parte dos técnicos e o Programa “*WebQDA*” para análise do discurso dos residentes.

Iniciou-se o tratamento de dados pela caracterização dos participantes do projeto através de dados específicos como sexo, idade, habilitações literárias, profissão exercida, razões que levaram à institucionalização, patologias associadas e contacto com atividades de horticultura. Seguindo-se a análise dos dados específicos à frequência do espaço da horta pelos residentes com recurso ao registo de atividades diárias e aos diários de observação, assim como das ocorrências gerais de participantes e não participantes do projeto, para poder encontrar diferenças/ semelhanças entre os dados aferidos.

Por último, foram examinados através do programa “*webQDA*”, os inquéritos por entrevista realizados aos participantes selecionados. O tratamento de dados nesta fase passou pela análise do discurso dos mesmos de forma a identificar os benefícios das atividades realizadas, assim como os constrangimentos e as diferentes formas de participação que se pretendiam observar.

## **Parte 3 - Análise e Discussão de Resultados**

De seguida apresentam-se e discutem-se os resultados através da análise descritiva, dos inquéritos por entrevista, do diário de observação e de outros dados relevantes para o presente projeto.

### **3.1. Análise descritiva**

Para a análise descritiva da população em estudo, realizou-se uma caracterização da amostra por idade, sexo, habilitações literárias, profissão anteriormente exercida, razões que levaram à institucionalização, tempo de residência na instituição e contacto anterior com as atividades de horticultura.

- Idade

Pela análise dos dados individuais dos participantes recolhidos através da sua documentação institucional, podemos verificar que os participantes apresentavam idades compreendidas entre os 69 e os 95 anos de idade, com uma média de idades que rondou os 82,32 anos, de acordo com a distribuição mostrada no gráfico 1.

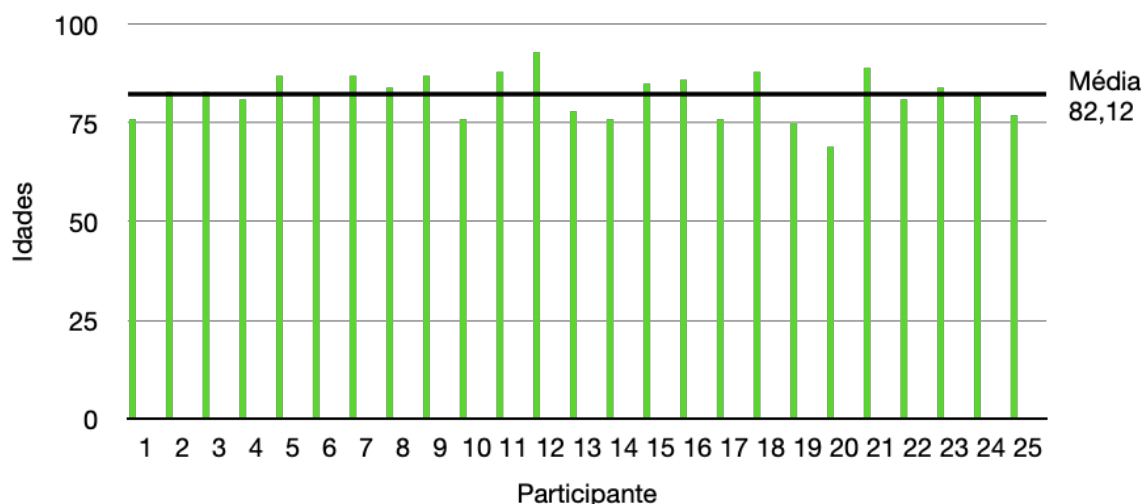


Gráfico 1- Idades e média de idades dos participantes. *Elaboração própria.*

- Sexo

Esta amostra de participantes é composta por 84% de pessoas do sexo feminino e 16% de pessoas do sexo masculino.

- Habilitações Literárias

Relativamente ao grau de escolaridade dos participantes, dois participantes (6,9%) sabem ler e escrever, não tendo completado o ensino primário, 6 completaram o ensino primário (20,7%), 1 completou o ensino básico (3,44%), 10 têm curso técnico profissional (34,4%), 4 tem licenciaturas (13,7%) e 2 doutoramento (6,9%).

- Profissão Exercida

As atividades profissionais desempenhadas pelos participantes antes da reforma vão desde atividades domésticas, limpezas profissionais, gerência de pequenas empresas, gerência de hotéis, agentes de segurança pública, enfermagem, medicina, cargos administrativos da função pública e ensino universitário.

- Razões da Institucionalização

No que respeita às razões que levaram os participantes a serem institucionalizados, foram identificados 3 grandes grupos: Problemas de Saúde, Isolamento Social e Problemas Familiares. Como pode ser observado no gráfico 2, as razões prendem-se grandemente com problemas de saúde (76%), sendo ainda expressivo o isolamento social, (20%) e muito pouco expressivo os problemas familiares (4%), dentro da amostra analisada.

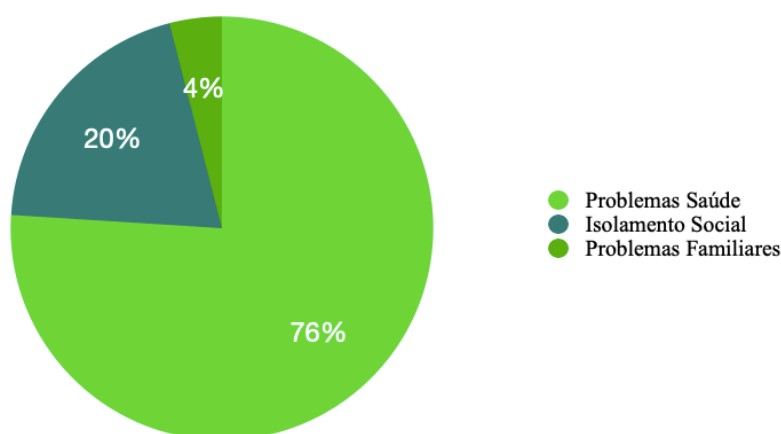


Gráfico 2 Razões que levaram à institucionalização dos participantes no projeto. Elaboração própria.

As principais patologias de saúde identificadas são do foro neurológico (70%) onde existem diversos tipos de demências e depressões, do foro cardiovascular (20%) e do foro respiratório (10%).

Os motivos que levam estes indivíduos a serem institucionalizados influenciam os diferentes graus de dependência física que, por sua vez, é influenciada pelas anteriores questões de saúde avaliadas através da aplicação individual da escala de Katz, como pode ser verificado no gráfico 3.

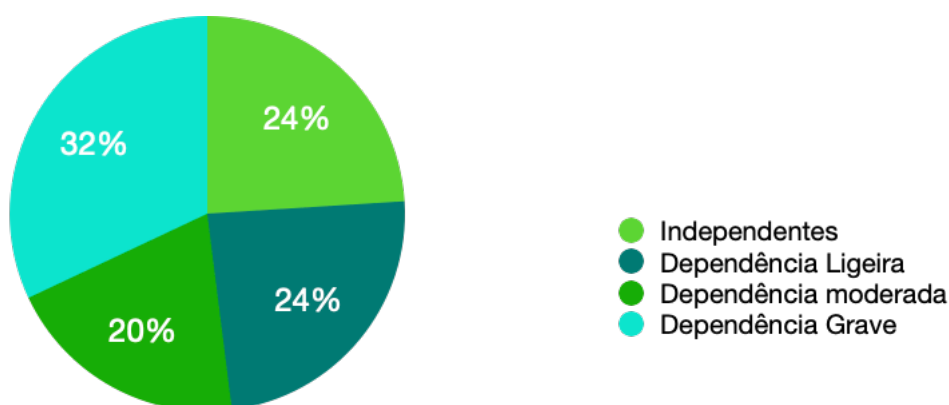


Gráfico 3 Divisão de participantes por Grau de dependência segundo a Escala de Katz. Elaboração Própria.

Existe uma uniformidade entre os vários graus de dependência nos participantes deste projeto.

- Tempo de Residência na Instituição

Quanto ao tempo de residência na instituição dos participantes, este varia dos 4 meses aos 12 anos, sendo que a média de residência é de 3,6 anos entre os participantes. Podendo estes dados ser confirmados no gráfico 4.

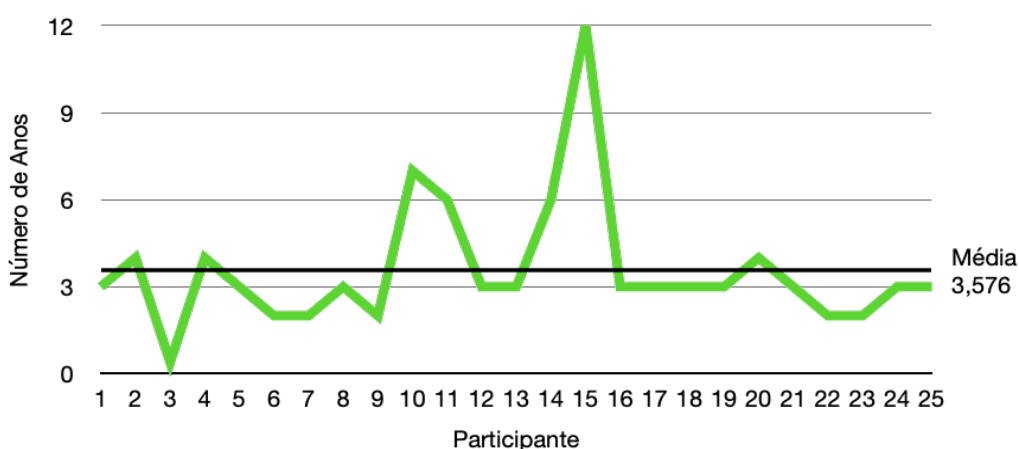


Gráfico 4 Número de anos de institucionalização por participante e média. Elaboração própria.

- Contato com atividades de horticultura

Relativamente às atividades de horticultura, 64% dos participantes já tinha tido contacto com este tipo de atividades em alguma fase da sua vida, tanto nível profissional como recreativo. Apenas 26% dos participantes, nunca tiveram ao longo da sua vida contacto com este tipo de atividades.

### 3.2- Análise dos inquéritos por entrevista

Dos 18 participantes elegíveis no momento da realização do primeiro inquérito por entrevista, 17 (94,4%) concordaram com a implementação da horta, apontando como principais razões, os motivos apresentados no gráfico 5.

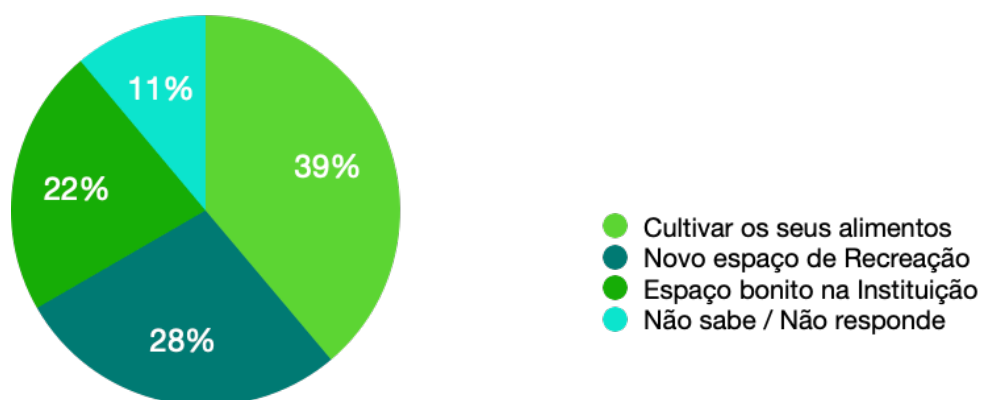


Gráfico 5 Principais razões identificadas pelos participantes para a implementação da horta na instituição. Elaboração Própria.

As respostas foram agrupadas nas categorias acima apresentadas, sendo que a mais expressiva neste grupo foi a razão: cultivar os seus próprios alimentos(38,8%), sendo apresentados argumentos como “... gosto muito dessas coisas e sabemos aquilo que comemos”, “...é muito útil porque temos comida saudável”, “Basta ter produtos biológicos para termos acesso a produtos melhores para comer” e “para sabermos o que realmente comemos e para produzirmos o que comemos”.

Foi também considerada a resposta: Novo espaço de recreação (27,8%), com respostas como “Podemos fazer piqueniques”, “Podemos por lá música também”, “Um bailarico lá fora é que era” e por fim um espaço bonito para a instituição (22,2%) ilustrado por comentários como “Acho uma ótima ideia porque é bonito e útil.”, “Devíamos ter os muros cheios de flores”.

A questão 2 tinha como objetivo averiguar se os residentes já tinham tido contacto com as atividades de horticultura e demonstrou que 64% dos participantes já tinha tido contacto com este tipo de atividades em alguma fase da sua vida, tanto nível profissional como recreativo. Apenas 16% dos participantes, nunca tiveram ao longo da sua vida contacto com este tipo de atividades. As respostas demonstram a familiaridade com este tipo de atividades: “Eu tinha hortas, tínhamos lá trigo e milho e outras coisas que eram precisas”, “tive sim, plantava morangos, batatas feijão verde...” ou então demonstram desconhecimento “Nunca tive horta e o meu jardim era uma varanda.”, “Os meus pais tinham terras, mas eu não gostava. Ia somente apanhar figos e apanhar azeitona”.

As questões número 3 e 4 pretendiam que os participantes enumerassem os motivos pelos quais esta atividade poderia ser importante para si ( gráfico 6 ) e se, estariam

disponíveis para contribuir para essas atividades. Os resultados mostram que 77,8 % dos participantes se encontravam disponíveis para participar nas atividades de horticultura, enquanto 22,2% afirmou não estar disponível.

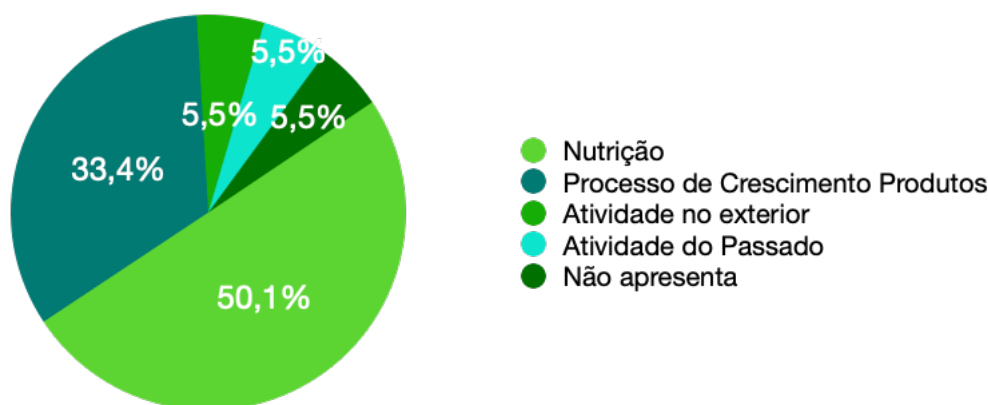


Gráfico 6 Principais motivações identificadas pelos participantes para colaborarem nas atividades de horticultura. *Elaboração Própria.*

Ao analisar as entrevistas foi possível sistematizar alguns dos fatores limitadores da participação identificados inicialmente pelos participantes. Apesar de muitos dos participantes se mostrarem disponíveis à partida, foi notória a presença de estereótipos relativos à sua participação e ao envelhecimento, assim como outros constrangimentos que à partida, afetariam a sua participação. Os mesmos foram enumerados na tabela 2.

Estereótipos ou Constrangimentos à Participação	“ Não consigo ir lá sozinha na cadeira de rodas”
	“As minhas dores já não me permitem fazer estas coisas.”
	“Já não tenho idade para estas andanças”
	“ Não acho que possa ajudar em nada agora”
	“Não posso ajudar em nada”
	“Não percebo nada de horticultura”
	“Não sei como ajudar”

Tabela 3 Estereótipos ou Constrangimentos à Participação apresentados pelos participantes. *Elaboração Própria.*

Nas seguintes questões, 5 e 6, foi pedido aos participantes que indicassem atividades a serem realizadas no espaço da horta e também que plantas gostariam de ver lá. Na parte das atividades apenas 38,8% dos participantes fizeram sugestões, enquanto os outros (61,2%) não responderam ou disseram que não sabiam.

Relativamente às plantas, todos sugeriram alguma espécie que desejava ver plantada na horta. Este foi o primeiro momento em que foi possível avaliar alguns dos domínios da participação considerados para este projeto.

Como foi anteriormente referido, segundo Jarré (2016), a participação é baseada no princípio de “nada sobre eles, sem eles” e por isso este projeto pretendeu que a opinião de todos os residentes da instituição, tivesse influência neste projeto, antes de ele ser concretizado. Embora o projeto tenha sido projetado pelos técnicos da instituição, este inquérito foi essencial para trazer as ideias dos participantes e compreender as suas motivações iniciais. A partir do momento da recolha de informação, todas as plantas sugeridas pelos residentes da instituição, foram colocadas no espaço da horta de forma a criar apontamentos individuais e emocionais. Muitas das pessoas sugeriram plantas ou flores com as quais estavam familiarizadas ou que estavam relacionadas com as suas origens, e isso foi determinante para começar este projeto e criar motivação para as deslocações ao espaço da horta.

Através da análise dos segundos inquéritos por entrevista foi possível verificar que existiu mudança nos quatro domínios da participação avaliados: Expressão, Colaboração, Ação e Influência, sendo a Expressão a mais relevante.

Nos 19 inquéritos por entrevista foram identificadas 204 referências feitas pelos participantes com objetivo de influir os processos de decisão e os interesses coletivos. Foi através da análise deste conteúdo que foi possível identificar os benefícios da participação a nível individual e coletivo. Em média cada residente fez 10,7 referências sobre os benefícios da participação nestas atividades, como indica o gráfico 7.

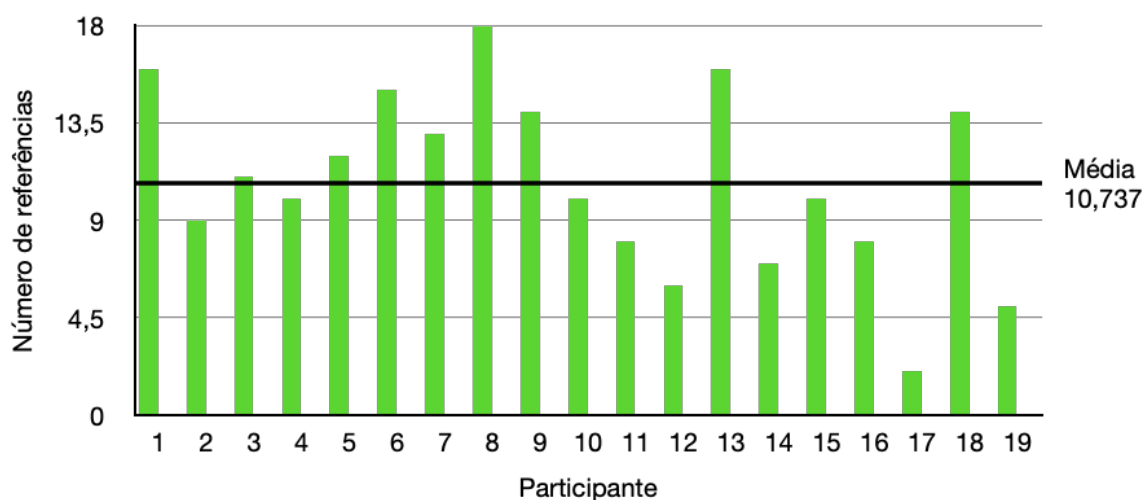


Gráfico 7 Número de referência dos benefícios de participação identificadas por cada participante e média geral.  
Elaboração Própria.

Relativamente à identificação dos benefícios, estes foram divididos em benefícios Biológicos, Psicológicos e Sociais. Foi acrescentada a categoria dos benefícios holísticos uma vez que algumas das referências não podiam ser catalogadas nas categorias anteriormente selecionadas uma vez que se refere a uma dimensão mais holística do indivíduo. Segundo Heliker *et al.*, (2000) podemos considerar os benefícios holísticos como o componente motivacional que se refere à busca de valores e propósito de um indivíduo na vida e nos objetivos que busca.

Os benefícios sociais são os mais referenciados no discurso dos participantes (88 referências) e parecem marcar o discurso da maioria dos participantes. Seguem-se os benefícios psicológicos com 54 referências, precedidos dos biológicos (43 referências) e por fim os holísticos (28 referências).

Identificação de benefícios	Número de referências no discurso	Referências (exemplos)
Benefícios Biológicos	43 referências	<p>“...fartamo-nos de mexer...”</p> <p>“... lá não havia doenças. “</p> <p>“eu até me levantava da cadeira de rodas para semear e regar.”</p> <p>“As minhas pernas não trabalham muito, mas lá eu até me esqueço .”</p> <p>“E também me faz muito bem andar.”</p> <p>“isto faz bem à saúde.”</p>
Benefícios Psicológicos	54 referências	<p>“aprendíamos e ao ver estávamos mais interessadas do que se vissemos só chegar as coisas...”</p> <p>“psicologicamente eu sentia-me muito melhor... “</p> <p>“Sinto-me mais distraída...”</p> <p>“...distraí a cabeça e eu não penso tanto na velhice. “</p> <p>“cultiva as pessoas porque não fazíamos ideia do trabalho que é a agricultura.”</p> <p>“aprendi ainda com 97 anos”</p>

Benefícios Sociais	88 referências	<p><i>“Participávamos mais...”</i></p> <p><i>“aproximou mais as pessoas”</i></p> <p><i>“Em vez de estarmos desocupados, estávamos viradas para o trabalho que aquilo nos dava...”</i></p> <p><i>“estava envolvida”</i></p> <p><i>“eu vou com a “X” e com a minha colega de quarto que estão mais debilitadas... às vezes tenho de olhar por elas também.”</i></p> <p><i>“...comunicamos mais umas com as outras. “</i></p> <p><i>“mesmo quando era pouca porção, dividia-se e chegava para todos provarem. “</i></p> <p><i>“nós fazíamos mesmo as coisas e ajudávamo-nos”</i></p> <p><i>“parece que mandamos”</i></p>
Benefícios Holísticos	28 referências	<p><i>“era o nosso trabalho. A nossa missão. “</i></p> <p><i>“Representou estar onde eu queria estar. “</i></p> <p><i>“era bom relaxar lá um bocado... fugir disto... “</i></p> <p><i>“as pessoas precisam disto, de se sentirem mais vivas”</i></p> <p><i>“é muito bom ver que conseguimos transformar uma terra vazia naquele espaço bonito “</i></p> <p><i>“lá é a continuação da vida...”</i></p> <p><i>“vemos aquilo feito e pensamos “eu também colaborei nisto””</i></p>

Tabela 4 Benefícios da Participação identificados pelos participantes, respetivo número de referências e exemplos. *Elaboração Própria.*

Os benefícios identificados neste projeto estão em consonância com a bibliografia consultada (Detweiler *et al.*, 2012; ) Tal como em outros estudos, os benefícios sociais relativos a este tipo de atividades destacam-se pois resultam de uma “maior comunicação, socialização, um sentimento de compromisso e responsabilidade para com o grupo”. (Relf, 1982)

A Participação neste estudo foi avaliada baseada no estudo empírico de Almeida (2016) que avaliou iniciativas de participação cidadã de idosos em Portugal baseada em 4 grandes tipos de participação: Ação, Colaboração, Influência e Expressão. A Ação corresponde à mobilização dos participantes para atuarem de forma efetiva nas atividades, e é aqui que serão detetadas as mudanças mais óbvias na participação. A Colaboração remete para uma forma de participação em grupo, onde existe uma ajuda mútua na definição de tarefas ou na tomada de decisões. A Influência foi definida para o este estudo como a capacidade de persuadir a definição das tarefas, escolhas ou ações adotadas pelo grupo ou de forma individual. A Expressão avalia a participação das pessoas idosas no projeto através da narrativa relativa ao mesmo. O que é dito pode influenciar ou não os processos de decisão individual ou em grupo, mas o que é importante avaliar é o tipo de narrativa associada às atividades realizadas, permitindo identificar altos e baixos e graus de envolvimento.

**A Participação Ação** foi avaliada nos inquéritos por entrevista através da utilização pelos participantes de verbos de ação na primeira pessoa do singular. Nesta categoria foram encontradas 66 referências. Estas referências foram agrupadas em:

a) verbos associados às atividades de jardinagem e horticultura e b) verbos de ação. Os verbos de estado não foram considerados na categoria ação, mas sim na categoria de expressão. No total foram identificados 8 verbos utilizados pelos participantes associados à jardinagem/ horticultura. São eles: plantar, semear, colher, regar, apanhar, mexer, tirar e lavar. Os outros verbos associados a ação, foram divididos em duas categorias: os ativos e os passivos. Na categoria de verbos de ação ativos foram identificados os seguintes verbos: pintar; andar; ajudar; limpar; falar; ir; comer; fazer; colaborar; aprender; vender; trabalhar; buscar; decidir; arranjar; trazer; e envolver.

Na categoria de verbos de ação passivos foram identificados: ver; olhar; pensar; observar; e esquecer. No total foram utilizados 22 verbos diferentes em ambas as categorias. Todos os participantes tiveram referências em termos de ação no seu discurso, fosse de forma passiva e/ou ativa e em todos são identificados benefícios, como se pode verificar na tabela 4.

Participação Ação	<i>“andei a pintar a mesa antes da inauguração”</i>
	<i>“Gostava de ir lá ver as flores e o que estava lá plantado”</i>
	<i>“Andei a limpar as folhas velhas”</i>
	<i>“eu gosto de mexer na terra, semear, apanhar, fazer coisas”</i>

	<i>“eu gosto de apanhar as coisas das árvores e comer logo ali”</i>
	<i>“eu ia sempre ver o que podíamos apanhar”</i>

Tabela 5 Exemplos de Participação Ação no discurso dos participantes. Elaboração Própria.

Relativamente à **Participação Colaboração**, esta é a primeira das categorias analisadas a não contemplar todos os participantes. Apenas 17 dos 19 participantes referem nos seus inquéritos por entrevista a colaboração. A colaboração surge em 41 referências e foi analisada através do uso de verbos na primeira pessoa do plural, onde foram utilizados 41 verbos diferentes. Os verbos utilizados nesta categoria são a) associados às atividades de jardinagem e horticultura: colher; tratar; apanhar; tirar; cultivar; b) verbos de ação: participar; comer; olhar; fazer; ir; lembrar; colaborar; ajudar; ficar; poder; conseguir; trazer; aproximar; estar; conviver; falar; dizer; ter; aproximar; ser; comunicar; dar; juntar; dividir; chegar; provar; querer; desenvolver; andar; decidir; interagir; partilhar; planejar; aprender; e envolver; Os exemplos deste tipo de participação encontram-se na tabela 5.

Participação Colaboração	<i>“íamos umas quantas lá e éramos nos a cuidar e a tratar...”</i>
	<i>“aproximou mais as pessoas porque estávamos mais juntas do que estamos nas salas”</i>
	<i>“eu sei que dá trabalho, mas temos de nos ajudar”</i>
	<i>“depois sentimos alegria ao ver que tudo cresceu com a nossa influência”</i>
	<i>“ia-se buscar o que estava a crescer e trazíamos para deixar na cozinha”</i>
	<i>“Eu raramente fui lá sozinha, arranjava sempre companhia para ir”</i>

Tabela 6 Exemplos de Participação Colaboração no discurso dos participantes. Elaboração própria.

A **Participação Influência** é a categoria menos expressiva de todas, apenas com 27 referências em 12 dos 19 participantes. A influência é avaliada nos discursos pela sugestão de atividades ou modos de fazer. Verbos como sugerir, ter e sobretudo dever, foram selecionados como referência por serem muito usados na avaliação deste tipo de participação.

A influência dos participantes passa sobretudo pelas seguintes categorias, a) Sugestão: Produtos ou de comida saudável; b) Dever ou obrigação: de continuar o projeto, de ter outros produtos e de discutir os assuntos relacionados com o projeto; c) Sugestão direta; d) Influência através do orgulho no trabalho realizado. Através da tabela 6 podemos verificar exemplos dados pelos participantes neste tipo de participação.

Participação Influência	<i>“Sugiro que continuasse a semear alfaces, cenouras, rabanetes”</i>
	<i>“Devíamos por os canteiros floridos novamente”</i>
	<i>“Temos de continuar a cultivar... principalmente alhos e cebolas, porque dão sabor à nossa comida...”</i>
	<i>“Podíamos desenvolver e continuar esta boa ideia”</i>
	<i>“A cozinha devia comer a comida aqui da horta e não ir comprar à praça.”</i>
	<i>“A Administradora desta casa devia investir para termos produção total da horta para a casa, só usar produtos biológicos e fruta daqui.”</i>

Tabela 7 Exemplos de Participação Influência no discurso dos participantes. Elaboração própria.

Relativamente aos estereótipos e constrangimentos apresentados neste segundo momento de avaliação, existe uma mudança significativa. Enquanto no primeiro momento de avaliação, as razões prendiam-se sobretudo com causas ligadas à saúde e à idade avançada dos participantes, neste segundo momento as razões passam de causas ligadas ao indivíduo para causas do meio envolvente.

Cerca de 31,6 % dos participantes relatam atitudes paternalistas por parte dos funcionários da instituição, 15,8% mantêm preconceitos relativamente à idade, e 26,3% referem sentimentos de impotência face ao meio onde estão inseridos. Na tabela 7 são apresentados exemplos.

Estereótipos e/ ou constrangimentos apresentados	Exemplos:
Atitudes paternalistas	<p><i>“...elas não deixam é a gente fazer tanta coisa porque tem medo. (elas quem?)... as meninas daqui...”</i></p> <p><i>“...até iam de cadeira de rodas, porque tinham muito gosto em ir...”</i></p> <p><i>“...eu até acho que elas não gostavam que nós fôssemos lá deixar as coisas...” (relativamente aos participantes levarem alimentos da horta para a cozinha)</i></p> <p><i>“...ali podemos fazer isso à vontade, sem ninguém ir dizer nada...”</i></p>
Preconceito relativamente à Idade	<p><i>“...as pessoas estão sempre à espera que façam tudo por elas...”</i></p> <p><i>“...nós temos uma idade difícil...”</i></p> <p><i>“Não colaborei com nada porque não conseguia”</i></p>

	"eu é que já não posso fazer nada..."
Sentimento de impotência face ao meio	"Não tinha quem me levasse" "tenho pena de não poder ir por ter caído" "...não conheço como se faz porque nunca trabalhei na horta..." "...se me levassem para ir lá ver a nossa fruta..." "...infelizmente eu ia lá pouca vez..." "Nunca quis de deixar de ir lá..." "Só tenho pena de ter tantas dores se não eu passava lá ainda mais tempo."

*Tabela 8 Estereótipos e Constrangimentos associados à participação identificados no segundo momento de avaliação. Elaboração própria.*

Em relação às atitudes paternalistas, estas já tinham sido identificadas anteriormente como o “lado mau da institucionalização” (Pereira, 2012). Não se trata apenas da substituição da pessoa idosa na realização de tarefas, mas também no impedimento da realização das mesmas, com receio que estas possam causar dano ou prejuízo a si mesmos. Apesar de o intuito principal das instituições ser cuidar e garantir a segurança de todas as pessoas idosas que estão ao seu cargo, isso não deve impedir as pessoas idosas de se expressarem e de exercerem a sua liberdade.

O sentimento de impotência face ao meio, acarreta igualmente questões delicadas no cuidado das pessoas idosas institucionalizadas, nomeadamente alguns dos temas levantados pelos participantes deste projeto. Tópicos como a falta de recursos humanos ou a falta de “à vontade” para questionar os técnicos para poderem sair para o exterior com apoio, ou até mesmo o desconhecimento por parte dos profissionais da vontade ou da necessidade de ir à rua das pessoas idosas. Neste estudo verifica-se aquilo que também Reynolds (2016), constatou no seu estudo: “adultos mais velhos em ambientes institucionais valorizam a natureza e a sua influência em fatores pessoais”.

É igualmente importante referir, que a mudança dos constrangimentos iniciais, muito focados no próprio, passam depois para temáticas mais focadas no ambiente ao redor

dos indivíduos. Isto poderá indicar que os indivíduos se sentem nesta fase mais empoderados, ou que esta se deve não a questões ligadas ao próprio, mas sim à influência do ambiente nos mesmos.

As adaptações que foram realizadas no espaço da horta, nomeadamente as zonas de passagem acessíveis a cadeiras de rodas, os diversos canteiros elevados, os bancos e alguns corrimões de apoio, permitiram em muito que as pessoas com mobilidade reduzida tirassem proveito deste espaço, evitando constrangimentos. É interessante não se verificarem alusões a estas características nos inquéritos por entrevista, o que indica que as pessoas não notaram diferenças entre as formas de participação entre pessoas mais ou menos dependentes, o que permite concluir que todas elas se sentiram incluídas.

### **3.3. Análise dos diários de observação**

Através das anotações realizadas ao longo do projeto nos diários de observação foi evidente que os participantes evidenciam ganhos na participação destas atividades. Ao longo da análise das anotações foi facilmente detetada a importância da interação entre os participantes com diferentes graus de autonomia. A participação é diretamente influenciada pelos pares com que interagem no espaço.

Desde o início, é verificada a interajuda das pessoas mais autónomas para as mais dependentes, fenómeno que acontece de uma forma natural. Estes participantes com mais limitações apresentaram facilidades na realização de atividades mais simples e ligadas ao quotidiano como colher fruta e flores, apanhar ervas daninhas, ainda assim ficavam muitas vezes perdidos sem saber o que fazer inicialmente. Nestas situações as pessoas com maior autonomia serviam de facilitadores, uma vez que os comportamentos eram copiados pelos que não tem poder de iniciativa e mais limitações.

Outro facto interessante relativo à participação destas pessoas com mais limitações prende-se com a possibilidade de realização de tarefas que apesar de serem familiares ao longo da vida deixam de ser realizadas aquando da entrada na instituição, e com estas atividades referimo-nos à escolha é à preparação de alimentos como apoio às atividades de cozinha. Pela primeira vez em muitos anos, algumas destas pessoas idosas voltaram a escolher, colher, descascar, cortar, arranjar e preparar alimentos para a sua própria alimentação. Promoveu-se a participação dos indivíduos através da preparação de legumes e frutas por eles manipulados, para a confeção de sopas e compotas. Constatou-

se que muitos dos participantes têm gosto na realização destas atividades e partilham muitas memórias dos tempos em que o faziam. Os participantes com maiores limitações cognitivas, apesar de não se expressarem, compreendem o contexto e sabem manipular de forma segura os instrumentos que lhe são dados.

Verificou-se também uma maior interação das pessoas com mais limitações com os outros participantes nas atividades relacionadas com a horticultura, facto que não é tão evidente nas interações no espaço interior.

No que diz respeito aos dados que incluem a presença no espaço da horta e o registo de ocorrências, são apresentados no gráfico 8, o número de presenças registadas por cada participante no decorrer do projeto.

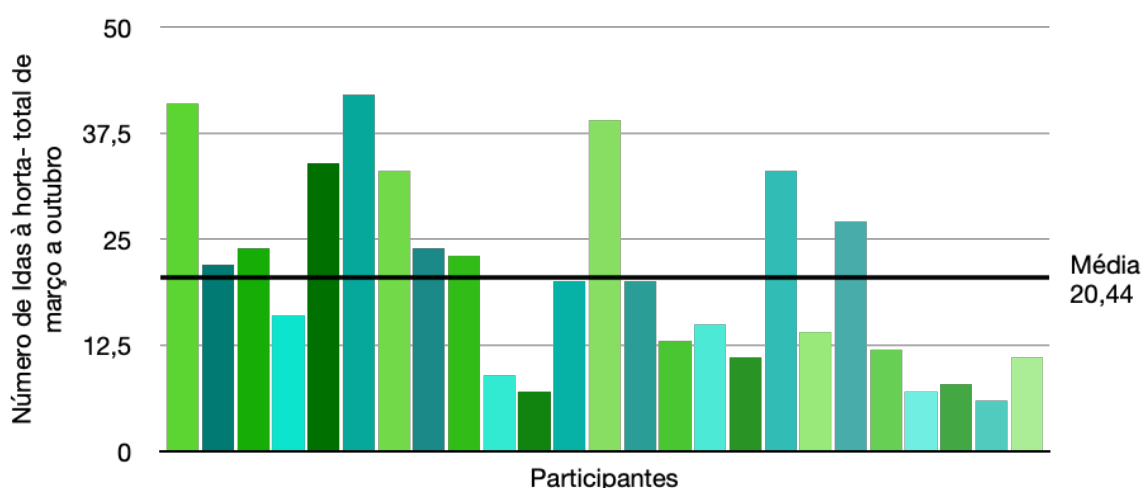


Gráfico 8 Número de idas à horta pelos participantes, durante o período de março a outubro. Elaboração própria.

Este gráfico mostra que a média de idas à horta registadas por participante foi de 20,44 vezes ao longo de sete meses. No total existem registos de 85 atividades realizadas na horta ou sobre as atividades da horta, com registo de afluência.<sup>2</sup> Estes dados permitem aferir que os participantes que vão mais vezes ao espaço da horta são os com grau de dependência ligeira, segundo a escala de Katz. Os participantes independentes têm uma média de idas à horta de 29,5 vezes por participante. Os participantes com dependência ligeira têm uma média de 29,8 idas à horta e os residentes com dependência moderada uma média de 19 idas por participante. Já os residentes com dependência grave têm uma média de apenas 10,6 idas por participante. Estes valores demonstram como as saídas ao exterior e a participação são influenciadas pelo grau de dependência.

<sup>2</sup> Apesar de existirem 85 registos de atividades, está provado que existiram mais presenças no espaço, detetáveis a partir dos registos realizados pelos técnicos, e pela informação fornecida pelos participantes nos inquéritos.

Outro dos dados que foi posteriormente analisado foi o registo de ocorrências por residente na instituição em estudo. As ocorrências são uma ferramenta fundamental no trabalho de uma equipa envolvida nos cuidados a pessoas idosas. Estes registos possibilitam uma comunicação mais eficaz na gestão dos cuidados. O período de tempo analisado nas ocorrências registadas, vai desde janeiro de 2019 até fevereiro de 2020, no sentido de analisar o período antes, durante e depois da realização do presente projeto. Os dados podem ser verificados no gráfico 9.

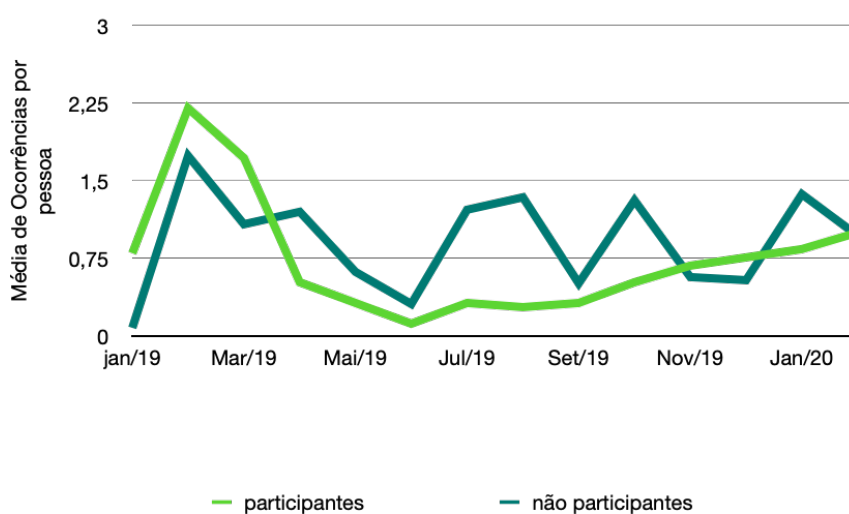


Gráfico 9 Média de Ocorrências registadas por participantes em comparação com os não participantes durante o período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020. Elaboração Própria.

Existe uma diferença significativa na média de ocorrências dos participantes e dos não participantes no projeto, sendo que antes, os participantes têm uma média de ocorrências superior, que durante a realização do projeto chega a baixar significativamente (meses de maio e agosto). Podemos assim aferir que durante o tempo da realização do projeto, e nos meses em que já havia sido criada uma rotina e um maior envolvimento, os participantes andavam mais motivados, focados, passando muito mais tempo no exterior da instituição e com menos tendência a focarem-se em questões de saúde. Existe um aumento significativo das ocorrências nos residentes não participantes nos meses de junho a setembro que se relaciona com as férias das famílias, período em que os residentes são visitados menos vezes. Com a sensação de falta de apoio da família, e sem distrações de maior que os façam focar-se em outros assuntos, os residentes são afetados por esta falsa sensação de abandono, algo que não se verifica nos residentes participantes no projeto. Com o final do projeto as ocorrências entre participantes e não participantes aproximaram-se em termos numéricos, uma vez que participantes e não participantes estão envolvidos em

atividades semelhantes e muito mais tempo fechados dentro da instituição ( devido também às alterações climáticas do outono/inverno). Estas conclusões são corroboradas por Perry (2014) que refere que as mudanças sazonais afetam as pessoas idosas de três formas: a) na maneira em como podem alterar as suas rotinas, b) na forma como as suas famílias mudam de comportamentos devido à sazonalidade e c) pelas mudanças que ocorrem nas redes sociais das pessoas idosas e que afetam as suas ações influenciando o seu isolamento.

Os benefícios biológicos e psicológicos são comprovados com dados dos próprios participantes através do inquérito por entrevista, mas também nos registos da própria instituição, onde através da análise do gráfico anterior, é notória uma melhoria da saúde que influencia o estado psicológico dos participantes (antes do projeto as ocorrências do grupo de estudo caracterizavam-se sobretudo por faltas de ar, quedas, hipertensão arterial, agitação, tosse, dor, vômito e urina com mau cheiro. Durante os meses em que aconteceu o projeto apenas se registaram agitações noturnas). Através deste projeto foi possível manter um estilo de vida ativo e envolvido, o que se traduziu em altos níveis de participação social que segundo, Dahan-Oliel, Gelinas, & Mazer (2008) estão associados com uma melhor saúde mental e física assim como uma maior longevidade, como é possível sustentar através destes dados.

## **Conclusões**

Com a análise dos dados relativos a este projeto, conclui-se que a participação promove o bem-estar físico, psicológico e social em pessoas idosas institucionalizadas. O envolvimento e a participação dos intervenientes neste projeto, melhorou as causas que os levaram a ser institucionalizados, nomeadamente as questões relativas a patologias e isolamento social, como se pode concluir pelos resultados apresentados.

Concluiu-se que a Horticultura enquanto estratégia de intervenção, conduziu a alterações na participação das pessoas idosas institucionalizadas, não só pela influência da história de vida (nomeadamente pela participação em outras fases de vida em atividades semelhantes) mas também pela existência de um estímulo novo, acessível e desafiante.

Foram identificados benefícios físicos, psicológicos, sociais e holísticos que comprovam que o envolvimento e a participação das pessoas institucionalizadas, independentemente do seu grau de dependência, são uma mais valia para aqueles que

podem usufruir do espaço exterior e da interação com este tipo de atividades. Apesar do grau de dependência condicionar a participação, este pode ser atenuado ao longo do tempo, criando relações de proximidade e também através de adaptações do espaço físico para que possam envolver todo o tipo de participantes. O desenvolvimento do sentimento de pertença à comunidade, neste caso de pertença ao grupo e à instituição foi também observado aqui e influenciou grandemente a forma como todos os participantes interagiram no espaço.

Um dos motivos considerados essenciais para o sucesso deste projeto foi a oportunidade oferecida aos seus participantes de passarem mais tempo no exterior. Este sentimento de liberdade foi bastante mencionado pelos mesmos e sugere a importância que este facto têm para quem está institucionalizado.

A participação neste projeto ofereceu também aos seus participantes a possibilidade do exercício de autonomia e de vontade, desde a sua criação até ao final desta avaliação. Através da implementação deste projeto criou-se um ambiente quase totalmente controlado pelos próprios, onde são comprovados sentimentos de maior liberdade e humanidade, onde o processo de institucionalização é mediado também pelos participantes e não tanto pela instituição em si. Este projeto ofereceu também a possibilidade do envolvimento dos participantes em atividades que anteriormente não faziam parte das suas rotinas como por exemplo a preparação de alimentos para consumo institucional. A participação influenciou de forma direta a qualidade de vida com saúde, as habilidades funcionais e relacionais e o bem-estar emocional de todos os participantes.

## **Reflexões Finais**

Segundo a UNECE (2009), facilitar a participação social é um elemento muito importante para garantir a integração e por isso as instituições de apoio à população idosa devem centrar-se desde o momento da chegada de novos residentes em fomentar a participação daqueles que acolhem.

Outro facto importante a reter com este projeto, é a importância do espaço exterior para as pessoas idosas institucionalizadas. A existência de uma alternativa ao espaço da instituição, permite ao indivíduo a escolha de permanecer no interior ou no exterior, assim

como permite a possibilidade de deixar um ambiente institucional para um ambiente natural, com influências positivas e criado para despertar os sentidos através da natureza.

Apoiado no estudo de Perry (2014) e também nas conclusões alcançadas através deste projeto é importante entender melhor a influencia da sazonalidade em relação também aos ambientes institucionais, ao isolamento e à interação social. A programação dos serviços e atividades de apoio às pessoas idosas pode e deve ser modificada para lidar com as mudanças sazonais, assim como deve de existir sensibilidade para lidar e atender às necessidades sazonais das pessoas idosas de forma a fomentar a sua qualidade de vida.

Promover a participação é investir na saúde e na independência das pessoas idosas institucionalizadas, que apesar das suas limitações mantém a liberdade de intervir na sua vida. Uma maior independência, física e psicológica é também, como se pode comprovar no presente estudo, um fator de coesão social, que será determinante para uma experiência institucional mais bem sucedida.

Como consideração final é importante reter que a participação social é uma chave determinante para o envelhecimento saudável e bem sucedido portanto, uma importante meta de intervenção emergente para profissionais de saúde. (Levasseur, et al., 2010) Sugere-se assim um estudo longitudinal para compreender de que forma estas influências e estes benefícios/ constrangimentos se verificam ao longo do tempo, encontrando-se assim novas linhas orientadoras de intervenção.

## Referências Bibliográficas

- Agahi, N., Ahacic, K., Parker, G. M. (2006). Continuity of Leisure Participation From Middle Age to Old Age. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 61B, 340-346. Retrieved from <https://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/61/6/S340.full.pdf+html>
- AHTA (2011). History of Horticultural Therapy. Retrieved from <https://www.ahta.org/history-of-horticultural-therapy>
- Almeida, A.J. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida (Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7218/3/Tese%20final%20II.pdf>
- Almeida, M. (2016). Iniciativas de participação cidadã de idosos em Portugal: um estudo exploratório. *Análise Social*, 219, 2º, 403-431. ICSUL. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/24162>
- Amarya, S., Singh, K. and Sabharwal, M. (2018). Ageing Process and Physiological Changes. In G. D’Onofrio, A. Greco, D. Sancarlo (coord.), *Gerontology*. IntechOpen. Retrieved from <https://www.intechopen.com/books/gerontology/ageing-process-and-physiological-changes>
- António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social do Envelhecimento, in *Serviço Social no Envelhecimento*. In M.I. Carvalho (coord.). *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 81-101). Lisboa: Pactor
- Atienza, R. C. (2010). *Dirección y Gestión de Residencias Geriátricas*. Formación Alcalá
- Azeredo, Z. (2014). A família do Idoso Fragilizado. In C. Moura (coord.), *Idadismo* (pp. 169-177). Porto: Euedito

- Bandeira, M., Azevedo, A.B., Gomes, C.S., Tomé, L.P., Mendes, M.F., Batista, M.I., Moreira, M.J.G.(2014). Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa- 1950-2011, Evolução e perspetivas, Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retrieved from <https://www.ffms.pt/FileDownload/3b046d5a-0a4a-4e0e-9efb-3b3a7c87b616/dinamicas-demograficas-e-envelhecimento>
- Batistoni, S. (2014). Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo, *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 17(1), 647-657. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/315923546\\_Gerontologia\\_Ambiental\\_panorama\\_de\\_suas\\_contribuicoes\\_para\\_a\\_atuacao\\_do\\_gerontologo](https://www.researchgate.net/publication/315923546_Gerontologia_Ambiental_panorama_de_suas_contribuicoes_para_a_atuacao_do_gerontologo)
- Cachadinha, C., Pedro, J., Fialho, C. (2011). Social Participation of community living older persons: importance, determinants and opportunities. *ReserchGate*, 1-10. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/257850268\\_Social\\_participation\\_of\\_community\\_living\\_older\\_persons\\_importance\\_determinants\\_and\\_opportunities](https://www.researchgate.net/publication/257850268_Social_participation_of_community_living_older_persons_importance_determinants_and_opportunities)
- Câmara, S. B. (2019). A Institucionalização da Gerontologia nos EUA e em Portugal. In P. de M. Reis (ed.). *A Geriatria e Gerontologia no século XXI. Da Clínica à Integração, Participação Social e Cuidados Globais às Pessoas Idosas* (pp. 100-108). Lisboa: SPGG – Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.
- Cancela, D. (2008.) O processo de envelhecimento. O portal dos Psicólogos. Retrieved from <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carmo, H., Ferreira, M.M. (2013). *Metodologia de Investigação, Guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade aberta
- Carmo, H. (2014). A educação para a cidadania no século XXI: trilhos de intervenção. *Lisboa: Escolar Editora*.

- Carta Social - Rede de serviços e Equipamentos (2018). GEP/MTSSS. Retrieved from <http://www.cartasocial.pt/pdf/esocial2018.pdf>
- Castellón, A. S. P. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13(3), 188-192. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=64549>
- Cunha, J.(2012). Programa Anual de Horticultura Terapêutica para idosos (Dissertação de Mestrado em Agricultura Biológica, Instituto Politécnico de Viana do Castelo Escola Superior Agrária de Ponte de Lima) Retrieved from [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1175/1/Joaquim\\_Cunha\\_2100.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1175/1/Joaquim_Cunha_2100.pdf)
- Dahan-Oliel, N., Gelinas, I., Mazer, B. (2008). Social Participation in the Elderly:What Does the Literature tell Us?. *Physical And Rehabilitation Medicine*, 20, 159-176. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/243755795\\_Social\\_Participation\\_in\\_the\\_Elderly\\_What\\_Does\\_the\\_Literature\\_Tell\\_Us](https://www.researchgate.net/publication/243755795_Social_Participation_in_the_Elderly_What_Does_the_Literature_Tell_Us)
- Detweiler, M., Sharma, T., Detweiler, J.; Murphy, P.; Lane, S.; Carman, J.; ..., Kim, K. (2012). What Is the Evidence to Support the Use of Therapeutic Gardens for the Elderly?. *Psychiatry investigation. Korean Neuropsychiatric Association*. Retrieved from <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.100>
- Dias, I., e Rodrigues, E. (2012). Demografia e sociologia do Envelhecimento. In C. Paúl, O. Ribeiro (coords.). *Manual de Gerontologia* (pp.179- 201). Lisboa: Lidel
- DiNardo, M. e Flager, J. (2005). Gardening with Seniors. Fact Sheet. NJ Agricultural Experiment Station, RUTGERS. NJAES Cooperative Extension, *FS023*, 1-3. Retrieved from <https://njaes.rutgers.edu/pubs/publication.php?pid=FS023>
- Fernandes, A. (2008). Questões Demográficas- Demografia e Sociologia da população. FCSH, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: Edições Colibri.

- Fernandez-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential Conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57-65. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/28073581\\_Quality\\_of\\_life\\_The\\_differential\\_conditions](https://www.researchgate.net/publication/28073581_Quality_of_life_The_differential_conditions)
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontes, S.V.(2011). A aldeia de São José de Alcalar: A inovação de uma resposta social (Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Publicas ISCTE-IUL) Retrieved from [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4356/1/MSS\\_SOPHIE%20VEIGA%20FONTES.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4356/1/MSS_SOPHIE%20VEIGA%20FONTES.pdf)
- Gineste, Y., Pellissier, J. (2007). *Humanidade - cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget
- Goffman, E. (1961). *Manicómios, Prisões e Conventos*. Coleção Debates. Brasil: Editora Perspetiva
- Gonçalves, J. (2009). A dependência : o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os seus cuidados continuados integrados. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Retrieved from [http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf)
- Grossman, S., Lange, J. (2006). Theories of aging as basis for assessment. *MEDSURG Nursing*, 15 (2), 77-83. Retrieved from <https://digitalcommons.fairfield.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=nursing-facultypubs>
- Heliker, D., Chadwick A., O'ConnellT (2001). The Meaning of Gardening and the Effects on Perceived Well Being of a Gardening Project on Diverse Populations of Elders. *Activities, Adaptation & Aging*, 24 (3), 35-56. Retrieved from [http://doi.org/10.1300/J016v24n03\\_03](http://doi.org/10.1300/J016v24n03_03)

- INE (2020). Projeções da População residente 2018-2080, In Destaque: Informação à comunicação social. Retrieved from [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5PEYme7Uqr0J:http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp%3Flook\\_parentBoui%3D426127543%26att\\_display%3Dn%26att\\_download%3Dy+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=es&client=safari](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5PEYme7Uqr0J:http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D426127543%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=es&client=safari)
- Jacob, L. (2012). Respostas Sociais para Idosos em Portugal. In F. Pereira (Coord.), *Teorias e Práticas Gerontológicas* (pp. 128-145). Viseu: Psicosoma.
- Jarré, D. (2016). “*Escolha para uma Sociedade de Todas as Idades*” Livro em branco. EURAG. SiforAge. European Commission. Retrieved from <https://www.app.com.pt/escolhas-para-uma-sociedade-para-todas-as-idades>
- Kliegl, R., Baltes, P. B. (1987). Theory-guided analysis of mechanisms of development and aging through testing-the-limits and research on expertise. Retrieved from <https://publishup.uni-potsdam.de/frontdoor/index/index/docId/3848>
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., Raymond, E. (2010). Inventory and Analysis of definition of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71, 2141-2149. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3597625/>
- Miller, E., Mandi, S., Dziegielewsky, S. (2011). AGING, Age related physical Changes-part 2. Safe after 60. *Center of aging and dignity*. Retrieved from <https://nursing.uc.edu/content/dam/nursing/docs/CFAWD/Aging%20Series/Part%202%20Aging%20Physical%20Changes.pdf>
- Nahemow, L., Lawton, M. P. (1973). Toward an ecological Theory of Adaptation and Aging. *Environmental Design Research*, 1, 24-32. Routledge. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/3757/e42710488825d298ca3ea55ab112e5103c2d.pdf>

- Neri, A. (2008). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas da Psicologia, Vol.14* (1), 17-34. Sociedade Brasileira de Psicologia. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, R. Cosenza (org.). *Neuropsicologia do Envelhecimento* (pp. 17-42). Artmed Editora. Retrieved from [https://www.larpsi.com.br/media/mconnect\\_uploadfiles/c/a/cap\\_016.pdf](https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_016.pdf)
- OMS (2007). Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, OMS. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867\\_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Parmelee, P. and Lawton, M. (1991). The Design of special Environments for the Aged. In *Handbook of Psychology of Aging*, (pp. 464-487). Academic Press Inc. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/232527819\\_The\\_Design\\_of\\_Special\\_Environments\\_for\\_the\\_Aged](https://www.researchgate.net/publication/232527819_The_Design_of_Special_Environments_for_the_Aged)
- Paúl C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (coord.). *Contextos humanos e Psicologia Ambiental*, (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Paúl C. (2012), Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl ,O. Ribeiro (coords.). *Manual de Gerontologia*, (pp. 1-17). Lisboa: Lidel
- Pereira, F. (2012). Fenómenos estruturantes da pós-modernidade. *Teoria e prática da Gerontologia- Um guia para cuidadores de Idoso*. Viseu: Psicossoma
- Perry, T.E. (2014). Seasonal variations and homes: understanding the social experience of older adults. *Care management Journals*. 15(1), 3-10. Springer. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1891/1521-0987.15.1.3>
- Pimentel, H., e Silva, M. (2012). Inclusão Social dos Idosos, In F. Pereira (coord.) *Teoria e prática da Gerontologia- Um guia para cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma

- Piskur, B., Daniels, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R. J., Norton, M., Beurskens, A. J. (2013). Participation and Social participation: are they distinct concepts?. *Clinical Rehabilitation*, 28, 1-10. Retrieved from <https://doi.org/10.1177%2F0269215513499029>
- Relf, P. D. (2006). Theoretical models for research and Program Development in Agriculture and Health Care: avoiding random acts of research. In J. Hassink, M. Dijk (eds.), *Farming for Health*, 1-20. Springer. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/Theoretical-models-for-research-and-program-in-and-Relf/91f990bea8c1442910e623a6c343704a5fc779bd>
- Reynolds, L. (2016). A valued relationship with nature and its influence on the use of gardens by older adults living in residential care. *Journal of housing for the elderly*, 30:3, 295-311. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/02763893.2016.1198740>
- Rocha, M. (2013). Famílias Clássicas do Concelho de Lisboa com parentes institucionalizados: das Causas da institucionalização aos requisitos para o cuidado no domicílio (Tese de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa) Retrieved from: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13269>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, J. (2015). Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida: Uso do tempo e condições de vida dos Idosos do Bonfim (Tese de Mestrado em Serviço Social. Faculdade de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Fernando Pessoa) Retrieved from <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4803/3/Envelhecimento%20Ativo%20e%20Qualidade%20de%20Vida%20-%20Joana%20Silva%2C%202015.pdf>
- UNECE. (2009). Integration and Participations of older persons in society. Policy Brief, (pp. 1-12). Retrieved from

[https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/\\_docs/age/2009/Policy\\_briefs/4-Policybrief\\_Participation\\_Eng.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2009/Policy_briefs/4-Policybrief_Participation_Eng.pdf)

Vieira, I. D. (2017). *A Participação: Um paradigma para a Intervenção Social*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Vitale-Aussem, J., (2019). *Disrupting the status quo of senior living*. Baltimore: Health Professions Press

Wahl, H, Weisman, G. (2003). Environmental Gerontology at the Beginning of the New Millennium: Reflections on Its Historical, Empirical, and Theoretical Development. *The Gerontologist*, 43, 5, 616–627. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/geront/43.5.616>

Wahl, H., Oswald, F. (2016). Theories of Environmental Gerontology: Old and New Avenues for Person–Environmental Views of Aging. In V.L. Bengtson, R.A. Settersten, Jr., *Handbook of Theories of Aging*, (pp. 621-646). New York: Springer Publisher Company

WHO (2002). *Active Ageing- A policy framework*. Spain. World Health Press. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1)

WHO (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Suíça: World Health Press. Retrieved from <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4478.pdf>


WHO (2010). *Mental Health: Strengthening Our Response*. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.com>

Wright, S.D.; Wadsworth, A.M. (2014). Gray and Green Revisited: a multidisciplinary Perspective of gardens, Gardening, and the aging Progress. *Journal of aging Research*, vol. 2014, Hindawi Publishing Corporation. Retrieved from <https://doi.org/10.1155/2014/283682>

Yin, R.K. (2001). *Estudo de caso, planeamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman

## Apêndices

### 1- Inquérito por entrevista 1



**X (Nome da Instituição)**

Inquérito por entrevista- A nossa Horta

1- O que acha da ideia de termos uma horta na instituição?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2- Durante a sua vida teve contacto com tarefas horticolas/ jardinagem?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- Como é que esta Horta se pode tornar importante para si?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4- Como pode contribuir para a nossa horta?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5- Que atividades gostaria de ver ali realizadas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6- Que plantas gostaria que plantássemos e porquê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Agradecemos a sua colaboração.

## 2- Inquérito por entrevista 2

### INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS – ISCSP

Este inquérito por entrevista tem como objetivo aferir o nível de participação dos residentes da CRSJM na Horta da instituição. A sua colaboração é de extrema importância, pois o mesmo destina-se à realização de uma dissertação de mestrado em Gerontologia Social que está a ser realizada no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. A colaboração neste estudo será anónima e confidencial, tendo em conta a proteção de dados de todos os participantes.

Número de participante: \_\_\_\_\_

1- Tem por hábito ir à horta da instituição? porquê?

---

---

2- O que sente quando vai à horta?

---

---

3- De que formas já colaborou nas atividades da horta? O que sentiu?

---

---

4- Considera que estas atividades lhe trouxeram benefícios? Quais?

---

---

5- Sente que as atividades da horta aproximaram mais as pessoas da instituição? Porque?

---

---

6- Acha que este tipo de atividades trás benefícios aos participantes? A nível físico, psicológico e social? Quais?

---

---

7- Tem alguma história ou algum momento que viveu na horta que gostaria de partilhar?

---

---

8- De que forma sentiu que a sua influência fez diferença neste projeto?

---

---

---

9- Nas suas conversas diárias, refere ou ouve falar da horta da instituição?

---

---

---

10- Considera que o facto de estar no exterior a praticar atividades influencia a sua participação?

---

---

---

11- De que forma considera importante estas atividades para as pessoas idosas?

---

---

---

12- O que representou para si fazer parte deste projeto?

---

---

---

13- Que sugestões tem para o futuro da horta?

---

---

---

Agradecemos a sua colaboração

### 3- Diários de Observação

Calendário Mensal de Interação com a Horta   Mês:												
Dia:	2	3	5	12	17	19	23	25	26	27	30	Total
Participante 20												
Participante 21												
Participante 22												
Participante 23												
Participante 24												
Participante 25												
Tipo de Atividade												
Notas												

Caracterizar o tipo de participação: Ativa (PA) ou passiva (PP)