

Pedro Manuel Gabriel Páscoa

A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde

Porto, 2008

Pedro Manuel Gabriel Páscoa

A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde

Porto, 2008

Pedro Manuel Gabriel Páscoa

A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
licenciado em Enfermagem.

Sumário

Em Portugal, à semelhança de outros países a população idosa tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Esta transição demográfica deve-se sobretudo à diminuição da taxa de natalidade, ao decréscimo progressivo das taxas de mortalidade e ao aumento da esperança média de vida.

O processo de envelhecimento, apesar de ser uma fase da vida que acontece naturalmente a todos os seres humanos, caracteriza-se por mudanças ao nível físico, social e psicológico. Este processo, ao condicionar alterações fisiológicas nos vários órgãos aumenta a predisposição para a ocorrência de patologias.

Neste sentido, compete ao profissional de saúde promover a qualidade de vida e, consequentemente, o envelhecimento activo na saúde do idoso.

O tipo de estudo realizado foi quantitativo do tipo descritivo, exploratório e correlacional. O método de colheita de dados consistiu na aplicação de um questionário a trinta indivíduos de ambos os géneros, com idade igual ou superior a setenta e cinco anos da aldeia de Mazouco.

Para finalizar, ainda referir que a presente monografia vai de encontro aos estudos consultados e que neste sentido, a sua contribuição é a de reforçar que a prática de exercício físico no idoso conduz a uma melhor qualidade de vida.

Dedicatória

À minha Família, pais, irmã e afilhado, dedico esta monografia.

Agradecimentos

Ao orientador desta monografia, Professor António Santos,
pela espontânea colaboração, disponibilidade e cordialidade com que
acompanhou o trabalho desde os seus primeiros passos;

À Professora Adriana Pereira,
pela prontidão com que respondeu a dúvidas;

À Universidade Fernando Pessoa,
pela excelente oportunidade de formação ;

Ao presidente da Junta de Freguesia de Mazouco,
pela forma generosa, disponível e cordial com que recebeu a iniciativa;

A todos os idosos da aldeia de Mazouco,
pela generosidades, afabilidade e entusiasmo com que participaram;

A todos os meus amigos e colegas de curso,
pelo apoio, companhia e amizade;
remeto os meus mais sinceros agradecimentos

O exercício físico como tantas actividades do ser humano,
pode ser a melhor ou a pior das coisas,
dependendo das circunstâncias em que é realizado.

(Nunes, 1999, p.45)

Glossário

Siglas

ADN - Ácido Desoxirribonucleico

APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

AVD - Actividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direcção Geral da Saúde

EASYCare - Elderly Assessment System

EUROSTAT - Gabinete de Estatísticas da União Europeia

INE - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

SPSS - Statistical Package for Social Science

WHO - World Health Organization

Abreviaturas

cit. - Citado

Freq. - Frequência

p. - Página

pp. - Páginas

x/dia - Vezes ao dia

α - Alfa

Símbolos

% - Percentagem

= - Igual a

\pm - Mais ou menos

\leq - Maior ou igual a

\geq - Menor ou igual a

Índice

0. INTRODUÇÃO	13
I.FASE CONCEPTUAL	16
1. Enquadramento teórico	16
1.1 A importância da actividade física	16
1.2 Actividade física como meio preventivo e terapêutico	18
1.2.1 Aspectos do Sistema Cardiovascular	19
1.2.2 Aspectos do Sistema Endócrino	21
1.2.3 Aspectos do Sistema Músculo-Esquelético	22
1.2.4 Aspectos do Sistema Respiratório	24
1.2.5 Aspectos do Sistema Nervoso	25
1.2.6 Aspectos Sistema Renal e Urinário	26
1.3 A prática correcta de exercício físico no idoso	27
1.4 O processo de envelhecimento	28
1.4.1 Teorias do envelhecimento	29
1.4.2 O envelhecimento e o idoso	30
1.5 Os idosos e a actividade física	33
1.6 Envelhecimento activo	35
1.7 Qualidade de vida	36
1.7.1 Qualidade de vida no idoso	38
1.7.2 A autonomia e a independência no idoso	38
1.8 Enfermagem	40
1.8.1 Papel do Enfermeiro no processo de envelhecimento	42
II. FASE METODOLÓGICA	44
2.1 Definição e delimitação do tema	44
2.2 Questões de investigação	44
2.3 Objectivo de investigação	45
2.4 Princípios éticos	45
2.5 Tipo de estudo	47
2.6 Definição das variáveis	48
2.6.1 Variável dependente	48
2.6.2 Variável independente	48

2.6.3 Variável atributo	49
2.7 População	49
2.8 Amostra	50
2.9 Instrumento de recolha de dados.....	50
2.10 Pré-teste.....	54
2.11 Tratamento e análise dos dados	55
III - DISCUSSÃO	69
IV - CONCLUSÃO	72
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
VI - ANEXOS.....	81
6.1 Anexo Cronograma	82
6.2 Anexo Questionário	83
6.3 Anexo Autorização	84

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra (n=30)	56
Tabela 2. Caracterização profissional e do agregado familiar da amostra	57
Tabela 3. Caracterização clínica dos idosos	58
Tabela 4. Características das práticas ocupacionais e actividades físicas realizadas pelos idosos	59
Tabela 5. Caracterização das capacidades físicas da amostra	60
Tabela 6. Caracterização das componentes de qualidade de vida dos idosos	61
Tabela 7. Caracterização das actividades de vida diária realizadas pela amostra	61
Tabela 8. Caracterização dos aspectos relacionados com a mobilidade da amostra	62
Tabela 9. Caracterização dos aspectos relacionados com os cuidados pessoais da amostra....	63
Tabela 10. Caracterização dos aspectos relacionados com o controlo esfíncteriano da amostra	63
Tabela 11. Caracterização dos estados de depressão e níveis de cognição da amostra.....	64
Tabela 12. Caracterização estatística e de consistência interna das dimensões da escala EASYcare-Sistema de avaliação de idosos.	65
Tabela 13. Influência da actividade ocupacional na qualidade de vida dos idosos.....	66
Tabela 14. Influência da realização de exercício físico na qualidade de vida dos idosos	68

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de Investigação, Foi elaborado no âmbito da disciplina de Estágio e Projecto de Graduação, do 4º ano, da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

Este estudo tem como objectivos académicos: aprender a aplicar métodos e técnicas de investigação científica; aprofundar e desenvolver conhecimentos acerca do tema em estudo e a obtenção do grau de licenciado em Enfermagem.

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (1999, p. 49) qualquer pessoa “ (...) começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”. Deste modo, o tema desta monografia reflecte a importância do envelhecimento activo na saúde do idoso. O interesse deste tema foi suscitado pela leitura de diversos artigos sobre o aumento da esperança média de vida em Portugal e a importância da actividade física na manutenção da independência, da autonomia e da qualidade de vida do idoso na realização das actividades do seu dia-a-dia. O envelhecimento é comum a todos os seres humanos, e na actualidade o número de idosos tem vindo a aumentar. É, deste ponto de vista, importante o estudo da actividade física num processo de envelhecimento activo em que se pretende manter a qualidade de vida, uma maior independência e uma melhor saúde. Foi com fundamento nestas considerações que se estabeleceu o problema de investigação.

O envelhecimento é um processo biológico intrínseco, progressivo e universal, no qual se podem reconhecer aspectos físicos e fisiológicos inerentes. Essas mudanças, próprias do envelhecimento com alterações anatómicas e funcionais, não são produzidas por doenças e variam de indivíduo para indivíduo (Freitas et al., 2002).

Assim, torna-se necessário reflectir sobre o estado funcional do idoso e identificar precocemente os problemas potenciais de saúde. É indispensável adquirir uma nova atitude face ao envelhecimento, no sentido de definir soluções para uma melhor qualidade de vida, que se encontra intimamente ligada à manutenção da autonomia durante o processo de envelhecimento (Amaral e Vicente, 2001).

Assim, o objecto deste estudo é o idoso, sendo indispensável conhecer a forma como este realiza as actividades básicas de vida diária e como se mantém activo nesta fase da vida.

A investigação em enfermagem provém da investigação sistemática e surgiu, pela primeira vez, com Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX.

Na verdade, a investigação torna-se indispensável para a aquisição de novos conhecimentos e comportamentos, permitindo a melhoria da sociedade em que vivemos. Segundo Fortin (1999, p. 23) “ (...) é incontestável que a investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões.”

A pesquisa em enfermagem é fundamental para o aumento dos conhecimentos e para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Assim, uma pesquisa permite que os enfermeiros descrevam as características de uma situação, explicar fenómenos que melhoram o atendimento e a vida dos doentes, prever e controlar os resultados de determinadas situações e elaborar acções que permitem a promoção de comportamentos desejáveis e a prevenção de comportamentos indesejáveis (Fortin, 1999).

Um trabalho de investigação requer um conjunto de actuações e técnicas para a colheita, descrição e análise dos dados, isto é, exige uma metodologia própria que comporta um conjunto de etapas a percorrer e de meios que nos levam à obtenção dos resultados e conclusões.

O desenvolvimento deste projecto de investigação baseia-se em alguns objectivos principais:

- Determinar a incidência de idosos da aldeia de Mazouco que praticam alguma actividade.
- Identificar a importância do envelhecimento activo na qualidade de vida dos idosos da aldeia de Mazouco.
- Identificar os benefícios para a saúde dos idosos da aldeia de Mazouco de um envelhecimento activo.

Foi elaborado um estudo do tipo quantitativo do tipo descritivo, exploratório e correlacional.

Para atingir os objectivos propostos, foi elaborado um instrumento de colheita de dados com a integração do EASYCare (Anexo 6.2), sob a forma de guião de entrevista e o método de colheita de dados utilizado foi a entrevista estruturada. O instrumento de colheita de dados foi aplicado a 30 indivíduos (sendo eliminados os que já tinham integrado o pré-teste) de ambos os géneros com idade superior a setenta e cinco anos da aldeia de Mazouco.

Este trabalho foi perspectivado de uma forma organizada, estando portanto dividido em partes. A primeira parte, refere-se à fase conceptual e a segunda, refere-se a fase metodológica.

I. FASE CONCEPTUAL

De acordo com Fortin, (1999) conceptualizar refere um processo, ou uma forma ordenada de formular e documentar ideias à cerca de um assunto preciso com a finalidade de chegar a uma concepção clara e organizada do objectivo em estudo.

1. Enquadramento teórico

De acordo com (Fortin, 1999, p. 93), o enquadramento teórico consiste em desenvolver:

(...) uma generalização abstracta que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo, em função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação, fornece parâmetros para um estudo, no qual os conceitos importantes e as suas relações mutuas serão definidas.

O mesmo autor realça que “ (...) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um estudo de investigação” (Fortin, 1999, p. 74).

Por tudo isto, torna-se necessária uma análise bibliográfica alargada sobre o idoso, o envelhecimento, a actividade física e o papel do enfermeiro, procurando-se, de acordo com os objectivos do estudo e características da população estudada, enquadrar os diferentes autores no tema de âmbito de Enfermagem.

1.1 A importância da actividade física

Na verdade, não é necessário seguir um esquema de exercícios para se conseguir manter uma boa forma física. Muitas actividades do dia-a-dia, para a DGS (2001), tais como caminhar, dançar, jardinar constituem um exercício agradável de movimentos variados, com ritmos suaves; também, para Nunes (1999, p. 19):

A actividade física, na suas variadas expressões, desde as actividades utilitárias como por exemplo, andar e subir escadas, até às actividades desportivas, é um meio importante que contribui para o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e também para a aquisição e manutenção da sua saúde.

Efectivamente, as estruturas biológicas do ser humano estão preparadas e adaptadas para o movimento e a actividade física, reconhecendo-se a actividade física como uma necessidade do ser humano. Pelo que assim, a inactividade dos tempos modernos, tem como consequência a perturbação do equilíbrio funcional. O exercício físico reveste-se, pois, de uma crescente importância para a aquisição, conservação e restituição da saúde do ser humano, contribuindo decisivamente para a promoção e manutenção da saúde. (Nunes, 1999).

Andar todos os dias é uma das melhores formas de praticar exercício. A DGS (2000b) recomenda a este propósito que se deve caminhar 30 a 45 minutos por dia considerando que o caminhar é um dos melhores exercícios físicos para todas as idades, podendo a duração do exercício ser aumentada gradualmente e de forma a não cansar demasiado.

Assim Nunes (1999, p. 160) resguarda que:

Os benefícios do exercício físico nos idosos estão bem documentados. A manutenção de um nível moderado de actividade física proporciona uma maior longevidade, uma maior capacidade funcional e a continuação de uma vida independente.

Deliberato (2002) menciona que quando se refere à prática de exercício, se refere a uma visão global do organismo. O exercício físico proporciona simultaneamente movimentos do corpo humano e contacto com o ambiente, actuando em conjunto músculos, ossos, articulações, ligamentos e sistema nervoso. Deste modo, é lógico considerar que o desempenho de uma actividade motora só é possível se houver uma acção integrada de vários os elementos e por isso, representa uma forma eficiente de promover níveis adequados de saúde física e mental. A adopção de um estilo de vida com qualidade, exige a integração de um conjunto de factores interdependentes que, no final do processo, proporcionam ganhos significativos.

Pode ainda dizer-se sobre este assunto, referindo Ribeiro (2005, p. 9) que a “(...) actividade física é representada pelo movimento que se faz enquanto que o exercício físico é a actividade programada, orientada.”.

De acordo com Barata (2003) o conceito de actividade física é o mais amplo possível, sendo toda a actividade muscular ou motora, é no fundo, tudo aquilo que implique movimento, força ou manutenção da postura.

O aumento de mobilidade melhora o bem-estar e a auto-suficiência. E ajuda a aumentar a capacidade de desempenho nas tarefas do dia-a-dia. (DGS, 2001, p. 31)

O exercício físico influencia positivamente a saúde física e psicológica é importante em todas as fases do ciclo de vida desde criança até a idade mais avançada. (Alves, 2005).

1.2 Actividade física como meio preventivo e terapêutico

À medida que a idade aumenta tornam-se mais frequentes as doenças crónicas e as intercorrências agudas, sendo várias as situações em que o exercício físico regular parece ter um efeito positivo. (Costa et al., 1999, p. 121)

De facto conforme a DGS (2001, p. 31) argumenta a cerca das melhorias da actividade:

Caminhar permite usar as pernas, a coxa, os músculos das costas e abdominais a um ritmo e passada adequada. De um ponto de vista fisiológico, é um bom exercício. Desenvolve a tonicidade e a massa muscular, melhora a circulação e o equilíbrio e pode ajudar a reduzir espasmos e contracções dos músculos das costas e das pernas.

A prática de exercício físico regular ajuda a manter o corpo maleável e flexível. Contribui ainda para uma melhoria na postura, no visual, nas forças e no vigor. Desta forma, previne-se a dor e melhora-se a auto-imagem e a auto-estima (DGS, 2000b, p. 18)

Nunes, (1999, p. 26) realça que (...) uma diminuição gradual de actividade física, constitui um problema grave para o equilíbrio fisiológico do ser humano.

1.2.1 Aspectos do Sistema Cardiovascular

O aparelho cardiovascular compreende o coração, os vasos sanguíneos e linfáticos. A idade provoca no coração um acréscimo de trabalho, devido ao aumento das resistências vasculares, degeneração dos vasos, gordura, etc. (Weineck, 1992).

O processo de envelhecimento é acompanhado de alterações ao nível do sistema cardiovascular. Assim, ocorre degenerescência cálcica das válvulas, perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes e aumento da resistência dos vasos periféricos (Berger e Poirier 1995). Para além disso, o peso do coração aumenta progressivamente com a idade, por aumento sobretudo do ventrículo esquerdo. A hipertrofia ventricular esquerda surge em resposta ao aumento da rigidez vascular arterial. O pericárdio pode encontrar-se mais espesso e fibroso, enquanto ao nível do miocárdio pode surgir acumulação de gordura, calcificação e hipertrofia (Passarelli, 1997).

Apesar de há muito se considerar que a actividade física é essencial para a manutenção de um bom estado cardiovascular, só recentemente foi possível chegar a esta comprovação de uma forma bem fundamentada. Efectivamente o exercício físico regular e moderado provoca alterações benéficas importantes na função cardíaca. A actividade física é, pois, utilizada na prevenção das doenças cardiovasculares (Nunes, 1999).

Para Marques, I. (2007b) as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte, tanto nos Estados Unidos como em Portugal, apesar de no nosso país terem vindo a diminuir nos últimos quatro anos. Segundo os dados do INE, referentes a 2005, estas doenças mataram quase 37 mil portugueses. Nunes (1999, p. 32) também refere que se :

(...) tem constatado que o risco de morte por doença cardiovascular dos indivíduos sedentários é duas a três vezes superior ao dos fisicamente activos. As possibilidades de sobreviver após o primeiro ataque cardíaco são estatisticamente de duas a três vezes superiores nas pessoas que tinham anteriormente actividade física regular que para as habitualmente inactivas.

Nas doenças cardiovasculares, a prática de exercícios melhora a saúde e a qualidade de vida: reduz a gordura corporal, hipertrofia os músculos, fortalece os tendões, aumenta a

flexibilidade das articulações, eleva a capacidade aeróbica e o grau de oxigenação dos tecidos. A frequência cardíaca torna-se mais lenta em repouso e exercício, diminuindo as necessidades do coração. (Pinto, 2006).

Nunes (1999) refere que o exercício físico reduz, os factores de risco de doença cardíaca; reduz também os lípidos (gorduras) sanguíneos, contribui para um melhor controlo da diabetes, da obesidade e da hipertensão arterial, podendo ainda facilitar a diminuição do tabagismo e do *stress* emocional. Diz o autor que hipertensão arterial, existe uma relação inversa entre o valor da tensão arterial e a prática de uma actividade física. A hipertensão arterial é mais frequente nas pessoas sedentárias que nos fisicamente activos.

A DGS defende que uma pessoa com um coração saudável não correrá risco, se fizer exercício, de acordo com a forma em que se encontra, acrescentando que o coração é o músculo mais importante. (DGS, 2001)

Costa et al.1999, refere que já em 1992 a American Heart Association definiu a inactividade física como factor de risco coronário, recomendando a inclusão de idosos nos estudos que viessem a ser realizados.

Existe desde há algum tempo, de acordo com Costa et al. (1999, p. 121), fundamentos para considerar que:

(...) a população fisicamente activa sofria menos de doença coronária do que a sedentária, e quando esta surgia, era menos severa e aparecia em idades mais tardias. Apontando no mesmo sentido outros estudos mostraram a existência de uma relação inversa entre a quantidade de actividade física e a doença coronária.

Nunes (1999, p. 32) reflecte que o treino físico determina a multiplicação dos vasos sanguíneos ao nível do coração, o que provoca o aumento do número das colaterais, criando-se como que uma rede alargada de ramificações dos vasos do coração.

Ainda Costa et al. (1999, p. 121) menciona o estudo:

(...) de Framingham mostrou uma relação inversa entre o nível de actividade física e a doença coronária, verificando-se que os indivíduos do sexo masculino fisicamente activos apresentavam não só menor incidência de doença coronária isquémica, como menor incidência de todas as formas de doença cardiovascular.

No caso específico da tensão arterial a prática de exercício físico moderado em adultos com hipertensão arterial ligeira a moderada, está associada a uma diminuição da pressão arterial sistólica e diastólica da ordem de 13 e 10 milímetros de mercúrio, respectivamente. No idoso, o assunto está menos estudado, no entanto, os dados disponíveis apontam para a manutenção de tal associação.

Existem alguns autores que defendem que, comparando idosos treinados com sedentários, não só confirmam que os primeiros apresentavam valores de tensão arterial mais baixos em repouso, como demonstraram que para o mesmo nível de esforço o aumento desta também era menor nos treinados (Costa et al., 1999, p. 122).

1.2.2 Aspectos do Sistema Endócrino

Com o processo de envelhecimento diminui a produção de hormonas. O aumento da resistência periférica à acção da insulina e a diminuição da sua produção associada à redução da actividade física, obesidade e uso de medicamentos, tudo isto leva à elevada incidência da Diabetes no idoso (Passarelli, 1997).

Para além disso, a actividade da tiróide diminui relativamente enquanto, que a actividade cortico-supra-renal é pouco afectada pela idade (Berger e Poirier, 1995).

O exercício/actividade física, associado à alimentação e à medicação é um dos pilares que contribui para o tratamento da diabetes. A prática regular de exercício físico leva progressivamente a uma sensação de bem-estar e diminuir o stress psicossocial (APDP, 2007).

O exercício físico regular é uma das medidas aconselhada aos diabéticos quer do tipo 1 quer do tipo 2, embora sejam estes últimos os que obtêm maiores benefícios. (Costa et al., 1999, p. 123)

De facto, estando este tipo de diabetes habitualmente associado à obesidade, (...), será lógico aceitar o benefício do exercício físico que diminui a massa gorda, melhora a sensibilidade dos tecidos à insulina e, conseqüentemente, aumenta a tolerância à glicose. (Costa et al., 1999, p. 123).

A diabetes é uma doença crónica que atinge cerca de 900 mil pessoas em Portugal, estimando-se que existam mais de 250 milhões de diabéticos em todo o mundo. Segundo a OMS, a diabetes é a quarta causa de morte na maioria dos países desenvolvidos, e a cada 10 segundos morre uma pessoa vítima da doença. Prevê-se que os índices de mortalidade aumentem 25% na próxima década caso não sejam tomadas as medidas necessárias para travar o avanço da epidemia, pondo em causa a actual esperança média de vida. A maior parte dos casos de diabetes tipo 2 podem ser prevenidos se for adoptado um estilo de vida saudável, através de uma alimentação equilibrada e da prática regular de exercício físico (Carrinho e Jordão, 2008).

O exercício é importante no controlo dos níveis de glicemia desde que regular e progressivo. A actividade física aumenta o gasto de energia e eleva a sensibilidade dos tecidos á insulina, aumentando a utilização periférica da glicose, o que leva o indivíduo a utilizar menos insulina, e permite uma ingestão maior de alimentos. O impacto de um exercício não programado pode causar hipoglicemia (APDP, 2007).

Para Costa et al. (1999, p. 124) narram que:

(...)a prática regular de exercício físico assume grande importância neste escalão etário, pois não só é uma medida de inegável interesse no tratamento das situações já declaradas, como também continua a ter, tal como nos mais jovens, grande valor na sua prevenção.

1.2.3 Aspectos do Sistema Músculo-Esquelético

De acordo com Berger e Poirier (1995) das modificações que ocorrem com o envelhecimento aquelas ao nível do aparelho locomotor são as primeiras a evidenciar-se. Estas são

responsáveis pela alteração não só da aparência e estrutura física mas também pelo funcionamento do organismo. As alterações afectam os músculos, ossos e tecidos de suporte.

Todos os músculos do organismo se atrofiam com o tempo, situação que conduz a uma deterioração do tónus muscular acompanhada de perda de força e agilidade. As articulações tornam-se mais limitadas e os ligamentos mais rígidos. Assim, a flexibilidade torna-se reduzida, porque a elasticidade muscular e a capacidade de executar movimentos com os ligamentos diminui.

Nunes (1999, p. 34) destaca que:

O aparelho locomotor é influenciado pela actividade física, Os ossos, músculos e articulações adaptam-se positivamente ao exercício físico moderado e adequado à idade e ao estado funcional do praticante.

O mesmo autor acrescenta ainda que realização regular de exercício físico é essencial para a manutenção de um aparelho locomotor em bom estado.

No que diz respeito ao sistema músculo-esquelético importa ainda fazer referência a uma situação bastante comum entre os idosos: a osteoporose, sendo a definição segundo Nunes (1999, p. 38) a indicada: “A osteoporose é uma alteração do tecido ósseo em que há uma diminuição da sua espessura, o que o torna mais frágil e conseqüentemente mais sujeito a fracturas.”

Segundo a DGS (2000a), a osteoporose é uma doença caracterizada pela redução acentuada da densidade óssea, o que faz com que os ossos se tornem mais frágeis e se fracturem, na sequência de quedas e pequenos traumatismos. O seu desenvolvimento é lento, podendo progredir durante vários anos sem apresentar sintomas.

Para Costa et al. (1999, p. 124) importa também abordar outras situações derivadas da:

(...) osteoporose, com as conseqüentes fracturas ósseas, representa um grave problema no idoso, cujas repercussões afectam não só a sua qualidade de vida como a própria longevidade. Cerca de 50% dos idosos acometidos por

fracturas do colo do fémur ficam acamados definitivamente e 6 a 12% falecem no ano subsequente, devido a complicações como a tromboembolia pulmonar entre outras.

A DGS (2000a) refere que a partir dos 40 anos de idade, o processo de destruição dos ossos progride a uma velocidade maior sendo esta desproporcional e a densidade óssea, que começa a diminuir. Este processo torna-se mais rápido, quando nessa situação o cálcio sai dos ossos para entrar em circulação.

De acordo, com Passareli (1997), a partir dos quarenta anos verifica-se uma redução da estatura em cerca de um centímetro por década, sendo mais acentuada após os setenta anos. Esta diminuição deve-se à redução do espaço entre os discos intervertebrais e ao encurvamento postural.

Durante o processo de envelhecimento ocorre perda gradual de massa óssea, denominada de osteopenia, mais acentuada na mulher, sobretudo a partir da menopausa. Deste modo, aumenta o risco de fracturas, que são mais comuns na parte proximal do fémur e no rádio (Cantera e Domingo, 1998).

Nunes (1999) defende que o exercício físico é fundamental na prevenção da osteoporose. Estimula os osteoblastos (células formadoras do tecido ósseo) e provoca uma maior fixação de cálcio e da síntese proteica a nível ósseo, dando-lhe uma maior solidez.

Não parecendo actualmente existirem dúvidas quanto ao benefício da actividade física na prevenção e no tratamento da osteoporose, Costa et al. (1999) sublinha que o máximo de benefícios só será retirado se simultaneamente os outros factores intervenientes no processo, como o estado hormonal e o fornecimento de cálcio e vitamina D, entre outros, foram tidos em conta.

1.2.4 Aspectos do Sistema Respiratório

Com o envelhecimento ocorre uma diminuição da elasticidade pulmonar favorecendo o aumento do volume residual e a diminuição da capacidade vital. Para além disso, ocorre uma

diminuição da área da superfície alveolar devido ao rearranjo das fibras de elastina e à redução da quantidade de capilares (Passarelli, 1997).

Berger e Poirier (1995) acrescenta ainda que, a capacidade inspiratória diminui, devido à calcificação da cartilagem intercostal e ao enfraquecimento dos músculos intercostais e do diafragma. Pode ainda referir-se de acordo com Passarelli (1997) que a diminuição da actividade muco ciliar do epitélio brônquico, e a diminuição do reflexo de tosse facilita o aparecimento de infecções respiratórias pela diminuição da capacidade de eliminação de secreções fazendo com que estas se acumulem no pulmão.

A este respeito a actividade física também produz benefícios respiratórios, uma pessoa treinada apresenta maiores reservas de ventilação, um maior valor de volume-minuto e o consumo máximo de oxigénio está aumentado. Do exposto conclui-se que de uma forma geral a actividade física é favorável para a função respiratória. (Nunes, 1999).

1.2.5 Aspectos do Sistema Nervoso

O tipo de vida actual, com as suas exigências crescentes, contribui decisivamente para o aparecimento do stress. Nunes (1999) defende que as alterações psicológicas, a ansiedade, as depressões, as somatizações, as neuroses são em grande parte o resultado deste estilo de vida. E que de entre as alterações possíveis, salientamos a necessidade da prática sistemática do exercício físico como meio modelador e compensador das tensões psíquicas acumuladas.

Costa et al. (1999, p. 1259) diz que: a depressão é frequente entre os idosos estando relacionada, entre outros factores, com a deterioração da capacidade funcional.

Já Pacheco (2007) salienta que a inactividade física conduz mais facilmente à depressão e demência. A autora baseia-se num estudo conduzido por investigadores britânicos que aponta o exercício físico como mais valia, não só para a saúde física, mas também, para a mental.

Pacheco (2007) menciona outro estudo, sendo este realizado na Universidade de Strathclyde constatou que, apenas 35% dos homens e 24% das mulheres praticam a

actividade física recomendada. Neste sentido, Nanette Mutrie, especialista em exercício e psicologia desportiva naquele estabelecimento de ensino revelou a existência de evidências muito fortes de que o exercício físico consegue prevenir a depressão, frisando que as pessoas inactivas correm o dobro do risco de virem a sofrer de depressão.

Investigadores da Escola de Medicina da Universidade de Yale em New Haven, nos Estados Unidos, descobriram uma molécula com propriedades antidepressivas que é produzida pelo cérebro como resultado do exercício físico. As conclusões da investigação foram publicadas na edição digital da revista “Nature Medicine”, apontando novas formas para tratar a depressão (Marques, 2007a).

1.2.6 Aspectos Sistema Renal e Urinário

Para a DGS, (2000a, p. 9) a incontinência é a incapacidade de reter a urina. Não é uma doença, mas pode ser sintomas de uma enfermidade que deve ser identificada e tratada.

A incontinência urinária é um problema altamente incapacitante, com consequências nefastas de índole higiénica, pessoal e social que perturbam os doentes, em especial os idosos, e os que os rodeiam. Silva e Pires (2006).

O rim é um dos órgãos mais sensíveis ao processo de envelhecimento. Devido ao aumento dos divertículos tubulares, há uma maior predisposição para o aparecimento de cálculos renais. O fluxo plasmático renal diminui, o que determina uma menor produção de renina e aldosterona, comprometendo a capacidade de adaptação a estados de depleção de volume ou de hipercaliemia. Os túbulos renais passam a ter dificuldade para concentrar a urina, para eliminar o excesso de água e os iões de hidrogénio perdem a capacidade de conservar o sódio nas restrições de sal (Passarelli, 1997).

Ainda sobre estes aspectos Berger e Poirier (1995) refere que a bexiga apresenta também sinais de envelhecimento. A capacidade de retenção e o tónus vesical diminui, ocorre retardamento dos influxos nervosos involuntários responsáveis pela micção e esvaziamento vesical, há um enfraquecimento do esfíncter da uretra, e por isso os idosos queixam-se de micções involuntárias, de incontinência e de micções frequentes.

Com o avançar da idade existe uma deterioração natural do corpo humano que pode predispor à incontinência urinária. Entre os factores ligados directamente à micção podemos encontrar, nas mulheres, diminuição da capacidade vesical, da compliance, da pressão de encerramento máximo uretral e da força do fluxo miccional; nos homens, o esperado é um aumento da resistência uretral com diminuição da força do jacto miccional enquanto que, nos dois sexos, se verifica um aumento do resíduo vesical após a micção e de contracções involuntárias do detrusor (instabilidade). Com o envelhecimento existe na parede vesical um maior número de fibras de colagénio e alterações das fibras musculares lisas com diminuição do seu rendimento (Silva e Pires 2006).

1.3 A prática correcta de exercício físico no idoso

Conhece-se que entre os idosos, a imobilização e a inactividade têm efeitos nocivos nas estruturas e funções destes indivíduos. (Nunes, 1999, p. 47).

Nestas idades, a actividade física deve ser ligeira a moderada, sabendo-se que uma intensidade excessiva está contra-indicada, pela diminuição da capacidade do organismo em se adaptar a cargas elevada (Nunes, 1999, p. 47).

Lesões agudas são comuns naqueles idosos que participam em actividades desportivas que requerem uma boa coordenação, um rápido tempo de reacção, e actividades de alto impacto (...) (Nunes, 1999, p. 47).

Embora o risco de morte súbita de causa cardíaca possa aumentar durante os exercícios muito intensos, contudo, este risco é mais baixo entre aqueles que continuam a praticar com regularidade o exercício físico e ainda menor com exercícios moderados. (Nunes, 1999, p. 48).

(...) actualidade é aconselhado o exercício físico aos doentes das coronárias e convalescentes de enfartes do miocárdio, mas ele deve ser praticado com uma progressão cuidada e sob supervisão do médico, sendo também a competição contra-indicada. (Nunes, 1999, p. 125).

1.4 O processo de envelhecimento

De acordo com Berger e Poirier (1995), o envelhecimento é um processo inevitável, caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Assim, determinados idosos estão mais envelhecidos, outros parecem mais jovens e há ainda os que sentem não ter utilidade alguma.

Poirier (1995, p. 104) refere que tal como o envelhecimento biológico, também o envelhecimento psicossocial suscitou imensa curiosidade e imensas dúvidas por parte dos investigadores, tendo surgindo várias teorias com o objectivo de explicar a influência dos factores culturais e sociais sobre o envelhecimento.

O envelhecimento, segundo Vieira (1996, p. 52), é o “fenómeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas, associadas à passagem do tempo”. Estas mudanças bio-psico-sociais podem ser de origem:

Biológica – avaliada pelas capacidades funcionais e pelo limite de vida dos seres orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade de adaptação e de auto-regulação.

Psicológica – referente às capacidades comportamentais da pessoa para se adaptar ao meio. O indivíduo é influenciado por factores biológicos e sociais mas envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, os sentimentos e emoções, que ajudam a regular o controlo comportamental.

Social – avaliada pelo papel e hábitos desenvolvidos pelo indivíduo na sociedade, na medida em que representa os comportamentos esperados pela sua cultura no processo dinâmico de envelhecimento.

Cada pessoa pode envelhecer de forma natural, convivendo bem com as limitações que o tempo impõe, conseguindo manter-se activa até fases mais avançadas da vida (este facto é definido como senescência). Contudo, o que ocorre com maior frequência é o envelhecimento

patológico, no qual ocorrem na pessoa idosa modificações estabelecidas por doenças, fazendo com que haja uma incapacidade progressiva para uma vida saudável e activa. (Rocha, 2004)

Segundo Garcia (1989) o processo de envelhecimento, independentemente das vertentes biológica ou psicológica, caracteriza-se pela diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida.

1.4.1 Teorias do envelhecimento

Tendo em conta a temática deste trabalho de investigação, torna-se conveniente e ajustado fazer referência às teorias biológicas.

Apesar do envelhecimento constituir um processo universal e natural, na verdade nenhuma das teorias é aceite unanimemente de forma individual. Pode admitir-se contudo, que o envelhecimento é um fenómeno multidimensional resultante da acção de vários mecanismos como disfunção imunológica, lesão celular, programação genética e controlo neuro-endócrino da actividade genética (Poirier, 1995).

De acordo com Poirier (1995), no âmbito do envelhecimento biológico deve fazer-se referência a seis teorias:

Teoria Imunológica – refere que o sistema imunitário parece não conseguir distinguir as células sãs do organismo dos corpos estranhos.

Teoria Genética – refere que o envelhecimento é um processo contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, incluindo as fases da embriogénese, puberdade e maturação.

Teoria do erro de síntese proteica – defende que ocorrem alterações na molécula de ADN que alteram a informação genética levando à formação de proteínas incapazes de realizar a sua função.

Teoria do desgaste – refere que o organismo se deteriora com o constante uso.

Teoria dos radicais livres – defende que os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células.

Teoria neuro-endócrina – refere que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico encontra-se relacionada com mudanças das funções neuro-endócrinas.

1.4.2 O envelhecimento e o idoso

O envelhecimento não é exclusivo dos tempos modernos, porém, foi nos últimos cem anos que se tornou algo comum. Segundo Azevedo (2001), foi no século XVI que começaram a figurar os primeiros trabalhos científicos sobre o envelhecimento humano. Durante a Idade Média e até ao século XVIII, os idosos eram uma minoria captando desta forma a vanglória dos mais jovens. A passagem do século XIX para o século XX pautou-se pelos grandes progressos da população idosa, que ao nível mundial, passou a representar o epicentro das atenções de diversos investigadores pioneiros do envelhecimento.

Moura (2006) expõe que a época entre 1974 e 1990 constitui o período do novo paradigma da velhice; momento em que o envelhecimento demográfico se começou a instalar incontestavelmente, entre os investigadores e as publicações. Assim, a transição do século, foi fundamental para uma nova projecção da velhice, que visa, valorizar os conhecimentos e interesses da gerontologia. Associando-se a uma valorização científica emerge assim, uma especial atenção nas políticas sociais, apoiadas nos direitos e necessidades deste grupo.

Portugal, à semelhança de outros países da Europa do Sul, aumentou a população idosa. Este facto deve-se sobretudo à diminuição da taxa de natalidade nos últimos anos, ao aumento da esperança média de vida e ao movimento migratório. O número de idosos aumentou consideravelmente e de forma desigual no país. São assim, facilmente perceptíveis zonas de grande assimetria a nível sócio-económico, sendo desta forma, a zona interior muito envelhecida, a zona centro medianamente envelhecida e a zona litoral a menos envelhecida (Costa et al., 1999).

Moniz (2003, p. 39) adianta a cerca do tema que:

(...) a concepção de pessoa idosa resulta da fixação de uma idade cronológica que são os 65 anos, a qual tem vindo a perder algum sentido social, uma vez que a longevidade e a qualidade de vida destas pessoas se vai alterando.

A própria OMS referiu que o idoso é todo o indivíduo com 65 e mais anos, independente do sexo e estado de saúde.

Para Costa, (2002, p. 18) “os idosos são uma população em crescimento numérico no conjunto da população, situação que, segundo as projecções de diversos organismos, se manterá durante algumas décadas (OMS; OCDE, EUROSTAT, INE)”. O mesmo autor, refere-se aos idosos como “(...) um grupo populacional grande consumidor de cuidados de saúde, pelas vulnerabilidades inerentes ao processo de senescência e aos inadequados mecanismos de suporte existencial e social, com raízes na matriz familiar actual (...)”.

Segundo Moniz (2003) a pessoa idosa não pode ser vista como uma pessoa jovem envelhecida e despersonalizada, mas sim como uma pessoa com características únicas, verdadeira fonte de conhecimentos e de experiências. Nesta perspectiva, é fundamental que o enfermeiro assimile, cognitiva e emocionalmente as diferentes teorias do desenvolvimento pessoal, contribuindo, assim, para uma mudança de atitudes, de modo a que assuma um papel inovador e relevante na prestação de cuidados à pessoa idosa.

Vieira (1996) defende que o envelhecimento é um fenómeno do processo de vida que, tal como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas, inerentes à evolução do tempo.

O envelhecimento surge então, de acordo com Costa et al. (1999), como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Significando isto que o envelhecimento não é em si uma doença.

Face à problemática do envelhecimento que se nos coloca, há que introduzir mudanças que têm de começar no interior de nós próprios, na família e nos locais de trabalho, pois o envelhecimento é um processo que se inicia desde o início da vida, “é um processo que se constrói ao longo da vida” (Quaresma cit. in Moniz 2003).

No idoso importa ter a noção de envelhecimento sob o ponto de vista holístico, para entender-se o processo de envelhecimento, é necessário compreender-se globalmente todos os aspectos da vida, como sejam os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais, os aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais, que marcam a individualidade da pessoa. A pessoa idosa traduz um processo de envelhecimento prévio e “Compreender o envelhecimento, como um processo dinâmico, conduz, necessariamente, a uma mudança de atitudes em relação às pessoas idosas e permite aos enfermeiros elaborarem acções específicas direccionadas a estas pessoas.” (Moniz, 2003, p. 39)

A este propósito Papalia e Olds (cit. in Costa 2000), referem que o envelhecimento é cada vez mais, reconhecido como uma etapa de ganhos e de perdas, de crescimento e de declínio. Situação que se associa a uma realidade paradoxal.

Cada pessoa pode envelhecer de forma natural, convivendo bem com as limitações que o tempo impõe, conseguindo manter-se activa até fases mais avançadas da vida (este facto é definido como senescência). Contudo, o que ocorre com maior frequência é o envelhecimento patológico, no qual ocorrem nas pessoas idosas modificações estabelecidas por doenças, fazendo com que haja uma incapacidade progressiva para uma vida saudável e activa. (Rocha, 2004).

Maddox em 1970 (cit. in Loether 1975), evidenciou a necessidade do idoso continuar activo. Segundo esta teoria o idoso deve manter-se activo para obter mais satisfação na vida, manter a sua auto-estima e conservar a saúde, contribuindo assim para um envelhecimento saudável.

Segundo a OMS, a esperança de vida da população mundial, que em 2005 era de 66 anos, será de 73 anos em 2025. Ainda no mesmo ano, 120 países tinham uma esperança média de vida da população de mais de 60 anos e em 2025, devera ser de 80 anos em 26 países (Zimmerman,

2000a, p.13). Permitindo assim à ONU considerar o período de 1975 a 2035 como sendo a Era do Envelhecimento. (Moura, 2006, p. 36).

Contudo a DGS (2000a, p. 7) faz menção a duas vertentes do envelhecimento, uma vez que:

(...) o Homem sempre se preocupou com o envelhecimento, situação que é encarada de diversas formas. Para uns, é descrito como uma diminuição geral das capacidades; para outros, é considerado um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência. Outros ainda, veneram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Cada uma destas atitudes corresponde a uma verdade parcial, mas nenhuma representa a verdade total.

De acordo com Poirier (1995) o envelhecimento é um fenómeno natural e multidimensional, para o qual têm surgido inúmeras hipóteses explicativas e várias teorias, desde biológicas, a fisiológicas e mesmo psicológicas ou sociais. Por esta razão, são imensas as teorias que já foram elaboradas, algumas destas foram corrigidas e apenas algumas foram aceites.

De acordo com a CIPE o Conselho Internacional de Enfermeiras, (2003, p. 63), define o envelhecimento sendo:

(...) um tipo de desenvolvimento físico com as características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, desde a idade adulta até à velhice, aproximadamente de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, acompanhada por declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras, perda de pelos, pele fina e enrugada.

Como refere Costa et al. (1999, p. 50), “(...) aceitar o envelhecimento, assumi-lo nas suas grandezas e misérias, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que o homem enfrenta.”

1.5 Os idosos e a actividade física

Com o avançar da idade diminui a quantidade total de actividade física por parte dos idosos, o que contribui para uma concomitante quebra da capacidade funcional. (Nunes, 1999, p. 161).

Neste sentido, o mesmo autor, defende que a actividade física regular é benéfica no idoso, sendo um dos principais factores que podem melhorar a sua qualidade de vida e reduzir consideravelmente a perda da sua autonomia. Alguns estudos sugerem mesmo que o exercício físico moderado pode «atrasar» o envelhecimento. Por outro lado, sabe-se que o organismo do idoso continua a ser exercitável, ainda que neste grupo etário existam regras de precaução obrigatórias: evitar os esforços muito intensos, anaeróbicos e de alto impacto. (Nunes, 1999).

Durante muito tempo, o exercício físico foi até considerado perigoso para os idosos, devido à ideia de que as pessoas com mais de 60 anos eram frágeis, débeis e/ou incapacitadas. Associava-se o idoso a alguém dobrado sob o peso da osteoporose, arrastando os pés, com dificuldade em respirar,... Esta imagem, admitia-se, correspondia à totalidade dos idosos e não apenas a alguns casos. De certa forma não eram tidas em conta as pessoas idosas que praticavam exercício e cuja aparência podia iludir anos de vida. Não se aceitava o facto de 90% da população com mais de 60 anos estar mais ou menos da boa saúde, tendo a possibilidade de levar uma vida activa, parecendo mais nova e sendo efectivamente mais saudável. (DGS, 2000a)

Barata (2003), refere que os idosos têm a capacidade de melhorar a sua performance física, com os respectivos benefícios para a saúde, em resposta a um treino adequado, ressaltando contudo que esta capacidade diminui ao longo dos anos.

Acrescenta ainda, que se devem desenvolver preferencialmente as capacidades que mais se associam aos ganhos em saúde. Isto é, devem ser privilegiadas as actividades que se associam à capacidade de executar os gestos necessários ao auto cuidado. Na verdade, a concretização de tais actividades conduz ao bem-estar do idoso, tanto ao nível orgânico e psicológico como ao nível social, uma vez que contribuem para uma integração social.

De acordo com OMS (2003) a actividade física é importante para a saúde dos idosos, pois promove e mantém a qualidade de vida, a autonomia e a independência dos mesmos.

1.6 Envelhecimento activo

A OMS define o envelhecimento activo como o processo de optimização de oportunidades para lutar pela saúde, pela participação activa na vida e pela segurança de que terá uma boa qualidade de vida, quando o ser humano envelhece. (Silva, 2005).

A promoção do envelhecimento activo é um dos princípios estratégicos promovidos pela OMS para uma nova perspectiva de desenvolvimento social. Prevenir e minimizar o impacto das causas das principais doenças relacionadas com os estilos de vida é a grande prioridade para esta intervenção de promoção da saúde. Tal exige que se consagre uma atenção particular a factores como o consumo do álcool e de tabaco, a dieta e a obesidade, a actividade física, o stress bem como factores de natureza socioeconómica como a violência nas suas múltiplas dimensões e tipologias, incluindo a violência doméstica. (Pinto, 2006).

Segundo Almeida (2008), o envelhecimento activo é o conjunto de atitudes e acções que se podem tomar no sentido de prevenir ou de adiar as dificuldades que o envelhecer inevitavelmente acarreta. Este autor salienta também, que durante muitos anos a grande preocupação da investigação médica foi a longevidade. O esforço dos cientistas organizava-se, e ainda se organiza, em torno do desejo de viver o maior número de anos possível. Hoje, para além da preocupação com a longevidade, há cada vez mais a preocupação com a qualidade de vida; e não se trata só da ausência de doenças físicas que causam mal-estar, mas sobretudo de qualidade de vida em termos de bem-estar psíquico. Refere que o segredo reside no envelhecimento activo, o qual faculta uma idade avançada com qualidade, pois em rigor o envelhecimento inicia-se no momento em que nascemos.

Conforme refere Almeida (2008), no envelhecimento activo existem três áreas que temos de ter em consideração: a biológica, a intelectual e a emocional.

- O envelhecimento biológico pode ser protelado, mas é inevitável. Se desde cedo se tiverem cuidados adequados e atenção aos sinais que o corpo dá, pode agir-se atempadamente no sentido de responder de forma eficaz aos desequilíbrios orgânicos e esperando ter uma velhice sem grandes complicações físicas;

- Ao nível intelectual, não se pode nunca perder de vista a necessidade absoluta de estimulação constante com exercícios que sejam verdadeiros desafios para a mente;
- Ao nível emocional, as coisas são ainda um pouco mais complicadas. Ninguém duvida da importância da motivação. Sem motivação adequada nada acontece. Qualquer pessoa percebe a importância de ter cuidado com a alimentação, de se manter bem hidratado e de fazer exercício físico regular, mas apenas alguns têm a motivação adequada para agir em conformidade com esse conhecimento. Belos discursos não resolvem problemas;

É certo que ao contribuir para uma mudança saudável de estilos de vida, se pode reduzir o aparecimento de determinadas doenças e incapacidades, e diminuir a carga social que elas comportam. A qualidade de vida é um dos objectivos da vida humana mais desejado e perseguido por todos os indivíduos desde o seu nascimento até à sua morte. Nos idosos, esta qualidade não depende apenas do passado, mesmo que tenha sido óptimo, depende, sobretudo, do presente e de um horizonte de futuro, mesmo que limitado. (Raposo, 2005).

A rede de universidades da terceira idade faz referência à OMS, salientando que no final do século XX, substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo de envelhecimento activo, no sentido de melhorar as oportunidades de saúde, de participação e de segurança. Surgiu assim um novo paradigma na velhice que identificava as pessoas mais velhas como membros integrados na sociedade em que vivem. Desta forma, o envelhecimento activo visa a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das AVD, quer ao nível das actividades instrumentais de vida diária, a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde.

1.7 Qualidade de vida

A busca pelo significado de qualidade de vida, de acordo com Belasco e Sesso (2006), parece ser tão antiga como a civilização. Diferentes filósofos desde a antiguidade, conceituam sobre o que é a qualidade de vida. Para Aristóteles, a qualidade de vida referia-se aos sentimentos relacionados com a felicidade, a realização e a plenitude.

Em 1960, o relatório da *Commission in National Goals* foi o primeiro documento válido que reflectiu preocupação sobre a qualidade de vida e o bem-estar das populações. Este relatório enunciava a educação, a individualidade, o crescimento económico, a saúde e o bem-estar como indicadores de qualidade de vida. (Ribeiro, 1998)

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS, 1996).

Para Ribeiro (1997) a promoção da saúde tornou-se um objectivo fundamental dos Sistemas de Cuidados de Saúde, evidenciando-se pela crescente quantidade de investigações que abordam a qualidade de vida de pessoas com variadas patologias. A promoção da qualidade de vida implica a adopção de um estilo de vida adequado á doença e que seja promotora de saúde.

A OMS (cit. in Ribeiro 1994) define a qualidade de vida como:

(...) a percepção do individuo sobre a sua posição na vida. No contexto cultural e de sistema de valores em que se insere em relação aos seus objectivos pessoais, expectativas e preocupações.

Se bem que associado ao conceito de qualidade de vida está associado o conceito de saúde, esta não depende unicamente da saúde, ao compreender o Homem como um ser bio-psico-social. A qualidade de vida depende não só da saúde, mas também do trabalho, da família e dos recursos económicos, entre outros. (Ribeiro, 1994)

De acordo com a perspectiva de Ferreira (1994), a qualidade de vida tornou-se gradualmente no objectivo prioritário dos Serviços de Saúde, paralelamente á prevenção de doenças, efectivação da cura e alívio de sintomas ou prolongamento da vida humana

1.7.1 Qualidade de vida no idoso

A OMS (cit. in Tessari 2002) define qualidade de vida na terceira idade como a manutenção da saúde, no seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual.

Neste seguimento, Coimbra e Brito (1999) defendem que para o idoso a qualidade de vida é uma percepção global positiva da vida pessoal, para a qual contribuem vários domínios e componentes. Esses domínios englobam a educação, a individualidade, a saúde, o bem-estar físico, material e social, as relações pessoais, as actividades cívicas e recreativas, entre outras.

Parafraseando Deliberato (2002), pode dizer-se que a busca pela qualidade de vida é um processo contínuo, tanto ao nível individual como ao nível colectivo. No que diz respeito à necessidade de adoptar um estilo de vida mais activo e, implicitamente menos sedentário, esta decisão representa uma opção da pessoa, mas com reflexos para o colectivo. Neste sentido, falar em qualidade de vida significa adoptar medidas educacionais, sistemáticas e incentivadoras.

1.7.2 A Autonomia e a independência no idoso

No idoso, a manutenção da autonomia e da independência estão intimamente relacionadas com a qualidade de vida. Efectivamente, uma forma de qualificar a qualidade de vida de um idoso, é avaliando o grau de autonomia e o grau de independência com que o mesmo desempenha as funções do seu dia-a-dia. (Lemos e Medeiros, 2002)

Santos (2002a), refere que todo o indivíduo e em especial o idoso, teme um dia ficar dependente de alguém. De um modo geral, a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo ao nível psicológico, maior preponderância exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma.

Por tudo isto, normalmente os conceitos de autonomia, independência e dependência surgem interligados. É contudo, necessário fazer a sua distinção apesar da sua correlação.

O conceito de autonomia deriva da palavra de origem grega, *autónomos*; *auto* significa eu e *nomos* significa lei (Zimerman, 2000b).

De acordo com Paschoal (2002), a autonomia significa que o indivíduo tem a sua própria lei, escolhe as suas metas e estabelece o caminho para a obtenção das mesmas. Pode então dizer-se que uma pessoa tem autonomia quando “(...) consegue determinar, fazer as suas próprias escolhas, tomar decisões” (Zimerman, 2000b, p. 26).

Outro conceito é a independência segundo Santos (2002a, p. 49) é o “(...) alcançar de um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem a ajuda de outra pessoa”. Para Lemos e Medeiros (2002) a independência caracteriza-se sobretudo, por se centrar na capacidade funcional, na qual o idoso não necessita de ajuda para a realização das actividades de vida diária e de auto-cuidado.

Por outro lado, a dependência pode ser definida conforme Lemos e Medeiros (2002, p. 893) como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação. Santos (2002a), acrescenta que o facto de uma pessoa não poder efectuar sem ajuda as principais actividades de vida, por ser idosa ou por outros motivos, de origem física, psicológica ou social, torna-a dependente.

Convém contudo referir, que a dependência não é um atributo da velhice e que por isso se encontra presente ao longo do curso da vida. Contudo, em idades mais avançadas, a dependência tem tendência a aumentar, podendo-se tornar permanente ou definitiva (Paschoal, 2002).

O grau de dependência dos idosos, na realização das actividades de vida diária pode ser caracterizado em três tipos de dependência. Isto é, em dependência total, na qual o idoso necessita de ajuda total para a realização das actividades; em dependência parcial, em que o idoso necessita de ajuda incompleta para a realização de uma determinada actividade específica e em independência, no qual o idoso realiza as actividades sem ajuda, mesmo sendo necessário o uso de bengala, muletas ou outros acessórios (Diogo, 2000).

De acordo com Santos (2002b), a dependência no envelhecimento pode estar um a um ou vários elementos como o aumento nas perdas físicas e nas experiências de incapacidade; falta de apoio e afecto familiar; o isolamento e solidão devido à perda de familiares e amigos; a inactividade proveniente da reforma ou perda de forças, originando diminuição dos rendimentos económicos; a alteração do estatuto e perda de prestígio e a passividade por não ter compromissos. Estes e outros factores provocam ansiedade e stress daí resultando o desequilíbrio que dá origem a problemas que se podem manifestar através de vários sinais e sintomas.

O mesmo autor diz que em determinadas situações, o idoso necessita de ajuda para adquirir ou readquirir a sua independência e autonomia, de modo a manter o equilíbrio fisiológico e emocional, já que o corpo e a mente são inseparáveis.

Já segundo, Cantera e Domingo (1998, p. 193) as actividades básicas de vida diária são acções elementares e básicas realizadas diariamente por um indivíduo.

De acordo, com Paschoal (2002) a autonomia significa que o indivíduo tem a sua própria lei, escolhe as suas metas e estabelece o caminho para a obtenção destas. Pode então dizer-se que uma pessoa tem autonomia quando (...) consegue determinar, fazer as suas próprias escolhas, tomar decisões (Zimmerman, 2000b, p. 26).

De acordo, com Vieira (1996, p. 20) as actividades básicas de vida diária são descritas como um:

(...) termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do indivíduo, que compreende cinco actividades básicas, banho, vestimenta, higiene pessoal, mobilização e alimentação.

1.8 Enfermagem

O conceito de enfermagem sofreu ao longo dos anos várias alterações. Contudo, pode dizer-se que a Enfermagem tem sido praticada desde o início da história do Homem, a partir do momento em que uma primeira pessoa terá cuidado de outra pessoa, doente ou ferida. (Bolander, 1998)

Ao olhar para a definição de enfermagem, é lógico espreitar para os tempos iniciais e logo para Florence Nightingale. Na verdade, aquela que poderá ser considerada a fundadora da Enfermagem moderna e uma escritora prolífera sobre o assunto, apresentava para a sua época uma visão bastante alargada.

Nightingale defendia uma filosofia para enfermagem que incluía cuidados globais.

Segundo Bolander (1998), já Nightingale dizia que as enfermeiras deviam cuidar da pessoa no seu todo, e não apenas na doença, o que significava que a enfermeira deveria ter em conta a pessoa e o seu ambiente.

Efectivamente este é o significado e a base do verdadeiro sentimento da enfermagem, que se encontra em constante desafio pelas profundas mudanças na sociedade e nos próprios cuidados de saúde.

Segundo Bolander (1998), hoje, a enfermagem é um campo dinâmico, enriquecido pelas tradições do passado e desafiado pelas profundas mudanças na sociedade e nos cuidados de saúde. O autor adianta ainda, que observar sob uma perspectiva histórica a profissão de Enfermagem de hoje, é ver que, frequentemente, os problemas de Enfermagem são simplesmente velhos problemas com novos nomes.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Ordem dos Enfermeiros (2002).

Segundo Collière (1989, cit in Moniz 2003, p. 97) “A enfermagem tem como preocupação principal a promoção do potencial de vida das pessoas que, na sua essência, se traduz em manter, promover e desenvolver tudo o que existe e que possa ainda, ser mobilizado.”

Por tudo isto, enfermagem é uma arte e uma ciência, cuja natureza e especificidade do cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade, se desenrola de um modo

integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa actividades de promoção e prevenção da saúde.

1.8.1 Papel do Enfermeiro no processo de envelhecimento

Para Hesbeen, (2001 p. 9) a verdadeira intenção do enfermeiro é e será sempre o cuidar, em qualquer das situações no universo da saúde.

Neste seguimento, Santos (2004) refere que a finalidade da enfermagem é a promoção da saúde, o cuidar, a prevenção da doença e a sua cura, mostrando a globalidade que a sua boa prática permite.

No âmbito dos cuidados de enfermagem, segundo Moniz (2003), defende-se que os cuidados às pessoas idosas tenham como finalidade ajuda-las a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade, contudo, ajudar as pessoas idosas não tem sido fácil devido aos inúmeros factores com que os enfermeiros se deparam. Entre esses múltiplos factores destacam-se a representação social e cultural da enfermagem, o sistema de saúde e a sua organização.

Na verdade, a prática dos cuidados de enfermagem acaba por se desenvolver também, em função das orientações políticas e administrativas em que se enquadram as organizações de saúde. Para que os cuidados de enfermagem às pessoas idosas sejam o mais ajustado possível à sua realidade, é urgente o desenvolvimento de investigação nesta área, de modo a que a prática de cuidados às pessoas idosas se possa alicerçar nos conhecimentos derivados da experiência.

Neste seguimento Collière (1989) refere ainda que os cuidados de acompanhamento, estimulação, desenvolvimento e de manutenção são indispensáveis nas grandes passagens da vida. Ao dependerem directamente da iniciativa e da decisão do enfermeiro, exigem um largo campo de conhecimentos biopsicológicos, psico-afectivos, culturais e espirituais.

Berger e Poirier (1995) referem alguns objectivos que os enfermeiros devem ter em conta na prestação de cuidados às pessoas idosas:

- Proteger e promover a saúde;
- Prevenir qualquer complicação corrente de situações patológicas;
- Satisfazer as necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas;
- Favorecer a identidade e a autonomia da pessoa;
- Prevenir o isolamento social;
- Ajudar a pessoa na preservação das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais;
- Ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades;
- Estimular a pessoa a inserir-se no seu meio;

O enfermeiro deve adoptar o modelo holístico, tendo em conta a dimensão biológica, psicológica, social e cultural enfatizando conceitos como saúde, bem-estar e conforto, uma vez que os cuidados de enfermagem geriátricos devem-se apoiar numa filosofia humanista (Carvalho, 1997).

II. FASE METODOLÓGICA

Neste ponto definiu-se o tipo de estudo, a população e a amostra, as variáveis do estudo, o método de colheita e de análise de dados pois, de acordo com Fortin (1999, p. 131) “(...) a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”.

A fase metodológica procura determinar os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas. O que determina uma correcta pesquisa científica é a adopção de uma metodologia de trabalho. (Fortin, 1999)

Segundo Luna (1998), o investigador desenvolve uma pesquisa, faz intervenções na realidade a ser pesquisada e vai colher informações com o objectivo de identificar um problema de pesquisa ou detalhar um problema formulado inicialmente.

2.1 Definição e delimitação do tema

Segundo Fortin (1999) qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, causadora de um mal-estar, uma irritação, uma inquietação e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.

Efectivamente, a qualidade de vida, o exercício físico e o envelhecimento são assuntos actuais e simultaneamente muito atractivos, numa sociedade tendencialmente envelhecida. Por tudo isto, o trabalho de investigação a que se refere esta monografia, desenvolve-se sobre o tema da importância do envelhecimento activo na saúde do idoso.

2.2 Questões de investigação

A formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que desejo empreender. (Fortin, 1999, p. 39)

Assim sendo, este estudo assenta nas seguintes questões:

- Qual a incidência de idosos da aldeia de Mazouco que praticam alguma actividade?
- Qual a importância do envelhecimento activo na qualidade de vida dos idosos da aldeia de Mazouco?
- Quais são os benefícios para a saúde dos idosos da aldeia de Mazouco de um envelhecimento activo?

2.3 Objectivo de investigação

Parafraseando Fortin (1999), pode dizer-se que os objectivos de estudo indicam o porquê da investigação. Constituem um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação segundo nível de conhecimento estabelecido no domínio da questão

Conhecendo-se já as questões de investigação o desenvolvimento deste projecto de investigação baseia-se nas seguintes em objectivos principais:

- Determinar a incidência de idosos da aldeia de Mazouco que praticam alguma actividade.
- Identificar a importância do envelhecimento activo na qualidade de vida dos idosos da aldeia de Mazouco.
- Identificar os benefícios para a saúde dos idosos da aldeia de Mazouco de um envelhecimento activo.

2.4 Princípios éticos

Fortin (1999) defende que, a investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Assim, é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações. De acordo com os códigos de ética foram desenvolvidos cinco princípios: direito à auto-determinação, à intimidade, à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e equitativo, que serão aplicados no presente trabalho.

Sabendo que o **Direito à auto-determinação** se baseia no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Todos os idosos decidiram livremente sobre a sua participação neste trabalho de investigação. Foi explicado aos idosos de forma imparcial o seu direito de decidir ou não sobre a sua participação na investigação. De referir que nenhum meio foi utilizado para influenciar a sua decisão.

Por sua vez **Direito à intimidade** faz referência à liberdade individual da pessoa. Implica decidir sobre a extensão da informação que se pretende dar ao participar numa investigação, e portanto em que medida se aceita partilhar informações íntimas e privadas. Este estudo pretende no seu todo ser o menos invasivo possível, desde o contacto directo com os participantes até à divulgação dos resultados.

No que diz respeito ao **Direito ao anonimato e a confidencialidade**, os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes do estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador nem pelo leitor do relatório de investigação. Assim, os resultados serão apresentados de uma maneira a que nenhuns dos idosos possam ser identificados.

O **Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo**, abrange as regras de protecção da pessoa contra qualquer inconveniente que seja susceptível de lhe fazer mal ou de o prejudicar. Este direito diz respeito ao risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que possa advir da realização do estudo. No caso concreto do trabalho em causa, esta previstos quaisquer riscos desta ordem.

Para finalizar, o **Direito a um tratamento justo e equitativo**, refere-se à necessidade investigador fornecer a todos os participantes a mesma informação de acordo com da duração de investigação, para a qual foi solicitada a participação da pessoa idosa, bem como a que diz respeito aos métodos utilizados durante o estudo. Também este direito foi assegurado a todos os idosos

Para além da actuação aquando do contacto directo com os idosos, foram ainda formadas algumas diligências no sentido de assegurar um cumprir de todos os direitos anteriormente apresentados. Destaca-se neste ponto, que para a aplicação do instrumento de colheita de

dados, foi elaborado um requerimento dirigido à Direcção da Universidade Fernando Pessoa, este pretendendo obter um consentimento favorável e o assumir, conforme consta no pedido de autorização, do compromisso para disponibilizar os dados do trabalho, assegurando o anonimato e a confidencialidade das respostas.

2.5 Tipo de estudo

Dado as características deste trabalhos foi elaborado um estudo do tipo: quantitativo do tipo descritivo, exploratório e correlacional, baseado em elementos recolhidos através de um questionário, visando identificar as variáveis intervenientes, a relação existente entre as mesmas, bem como a natureza desta relação.

Segundo, Fortin (1999, p. 371) a definição de investigação quantitativa é a investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente.

No estudo descritivo correlacional, o investigador tenta explorar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. (...) O principal objectivo do estudo descritivo correlacional é descoberto de factores ligados a um fenómeno. Este desenho permite explorar as relações entre variáveis a fim de conhecer as que estão associadas ao fenómeno estudado. Fortin (1999, p. 74)

A abordagem ao estudo descritivo segundo Fortin (1999), consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da população ou de uma amostra. O mesmo autor acrescenta em 2006, que o estudo descritivo se limita a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa, e tem como objectivo discriminar os factores determinantes ou conceitos, que eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo.

2.6 Definição das variáveis

As variáveis podem ser consideradas como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional que contém ou apresenta valores, discernível num objecto de estudo e passível de mensuração. (Fortin, 1999)

Ou seja as variáveis são “(...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são investigadas numa investigação” (Fortin, 1999, p. 36).

Na realização de qualquer estudo é fundamentalmente fazer a distinção entre variáveis dependente e independente.

2.6.1 Variável dependente

A variável dependente é segundo Carvalho (2002, p. 123) o fenómeno ou facto a ser explicado ou descoberto e ainda é o factor influenciado, determinado ou afectado pela variável independente.

È portanto a variável que sofre o efeito da variável independente. No caso concreto deste trabalho a variável dependente é a saúde do idoso.

2.6.2 Variável independente

Por sua vez, a variável independente pode ser definida de acordo com Marconi e Lakatos (1992, p. 172) como “(...) aquela que influencia, determina ou afecta uma outra variável; é factor determinante; condição ou causa para certo resultado, efeito ou consequência; é o factor manipulado pelo investigador.”

Ou seja, é a variável que o investigador controla, no sentido de estudar os seus efeitos na variáveis dependente. Assim sendo, neste estudo as variáveis independentes é o envelhecimento activo ou a actividade física.

2.6.3 Variável atributo

Variável atributo são as características dos sujeitos num estudo. A escolha das variáveis atributo é determinada em função das necessidades do estudo. Uma vez colhidos os dados, a informação serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra. (Fortin, 1999)

No trabalho em questão as variáveis atributo são: o género; a idade; o estado civil; as habilitações literárias; a coabitação do idoso e o agregado familiar.

2.7 População

A população “é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em conta uma ou várias características semelhantes, sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 1999, p. 373).

Assim sendo a população alva será o conjunto de pessoas das quais se pretende adquirir informações. No presente trabalho a população é constituída pelos idosos da Freguesia de Mazouco, do Concelho de Freixo de Espada à Cinta. Encontram-se inscritos no recenseamento eleitoral da freguesia (informação colhida no dia 17 de Dezembro de 2007), 108 idosos estando definido como todo indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos. Consta ainda neste recenseamento que do total dos 108 idosos, 52 apresentam idade igual ou superior a 75 anos constituindo um grupo fundamental para o preenchimento da escala Easycare,

A escolha desta população prendeu-se com diversos factores, entre os quais se pode distinguir o facto de não se ter realizado até ao momento, nenhum estudo igual ou semelhante na aldeia em questão. Além deste aspecto é de referir que já conhecia o local onde foi realizado o estudo, situação que tornaria mais fácil a cooperação dos idosos nas respostas às questões colocadas durante a entrevista.

2.8 Amostra

De acordo com Fortin (1999) a amostra é um subgrupo da população alvo. Uma vez que é seleccionada para obter informações relativas às características dessa população, deve necessariamente ter as mesmas características dessa população de modo a que o grupo escolhido seja representativo da população alvo.

Neste trabalho o método de amostragem utilizado foi o não probabilístico porque é “(...) um procedimento segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 1999, p. 208). Já que apenas são escolhidos os idosos com mais de 75 anos.

E a amostragem não probabilística pode ser acidental, quando é formada por indivíduos que são facilmente acessíveis, se encontravam no local determinado e num momento específico.

No presente estudo a amostra é constituída por 30 indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 75 anos, da freguesia de Mazouco, do concelho de Freixo de Espada à Cinta.

2.9 Instrumento de recolha de dados

Neste trabalho foi utilizado como método de colheita de dados a entrevista estruturada. Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 197) “é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são pré-determinadas”.

Os mesmos autores apontam como principal desta técnica, a possibilidade de a mesma ser utilizada na toda a população.

Ao incluir até os analfabetos, contribui para uma melhor representatividade da população-alvo, podendo o entrevistado não saber ler ou escrever e ser de igual modo incluído no estudo. Para além disso, permite uma maior flexibilidade na medida em que o entrevistador pode repetir ou esclarecer, de forma isenta, qualquer questão menos perceptível.

Fortin (1999) defende que os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador, determinar o instrumento que melhor convém ao objectivo do estudo às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas e à população. Por isto, o método de colheita de dados em questão foi neste caso, o mais adequado.

De referir ainda que o questionário elaborado para o efeito, foi previamente sobre a forma de pré-teste.

O questionário “ (...) é um dos métodos de colheita de dados que necessita de respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos.” (Fortin, 1999 p. 249)

O questionário, instrumento de colheita de dados constituiu o guião de entrevista, encontra-se dividido em quatro partes. (Anexo 6.3)

A primeira parte é composta por onze questões que possibilitam a caracterização demográfica e social do idoso.

Por sua vez a segunda parte é constituída por questões referentes ao subtema o Envelhecimento activo pela actividade ocupacional do idoso. Apresenta três questões fechadas e uma aberta.

Já a terceira parte tem por subtema o Envelhecimento activo no exercício físico do idoso. Abrange três questões fechadas e uma aberta.

Por último a quarta parte é constituída pela caracterização da qualidade de vida e bem-estar, a partir da versão Portuguesa do EASYcare, com 38 questões.

O EASYCare é um sistema utilizado para proporcionar uma avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social da pessoa com 75 anos de idade ou mais, através de uma descrição global das suas necessidades. A sua construção realizou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam apenas algumas das dimensões que se consideravam pertinentes, ou seja, todas as questões foram retiradas de outros instrumentos. A inovação do “EASYCare” reside no facto

de "acumular" numa só escala, itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar do idoso. Trata-se de um instrumento que pretende avaliar capacidades (ser capaz de...) e não competências (saber-fazer), ou seja, não avalia aquilo que a pessoa idosa faz na realidade, mas sim aquilo que ela sente que é capaz de fazer (Sousa e Figueiredo, 2001) .

O EASYCare, debruça-se sobre oito áreas específicas e que se apresentam de seguida de acordo com os mesmos autores:

Incapacidade Física

As questões desta área referem-se a eventuais problemas no domínio da visão, audição, mastigação e fala/linguagem.

Tentam, também, recolher informação sobre eventuais dificuldades que possam decorrer do uso de determinados “aparelhos” (óculos, “aparelho” auditivo, prótese dentária).

Qualidade de Vida Percebida pelo Sujeito

Refere-se à qualidade de vida tal como é percebida pelo próprio sujeito, considerando a saúde, a solidão e a habitação.

Área Funcional

Estas questões têm em conta o facto da pessoa idosa não realizar habitualmente uma determinada tarefa ou actividade mas de também ter a possibilidade que isso aconteça. Como tal, pretendem averiguar se a pessoa se sente capaz de realizar uma actividade, caso isso venha a ser necessário (por exemplo, a um homem que nunca tenha cozinhado deve-se-lhe perguntar se, havendo necessidade, o conseguiria fazer).

Se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade no desempenho de determinada tarefa, deve registar-se a informação relativa ao apoio que, eventualmente,

recebe (cônjuge ou companheiro, membro da família, amigo, vizinho, ajuda privada, serviços de uma instituição, ajuda não disponível, outra).

Mobilidade

Tal como nas questões anteriores, se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade em desempenhar uma actividade, deverá assinalar-se o quadrado relativo à eventual entidade que lhe presta apoio.

Actividades de Cuidados Pessoais

À semelhança das questões anteriormente referidas, se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade em desempenhar as actividades de cuidados pessoais aqui abordadas, deve proceder-se ao registo das entidades que lhe prestam ajuda.

Controlo Esfíncteriano

Também nestas questões, perante o facto de existirem dificuldades ou mesmo incapacidade nestas situações por parte da pessoa idosa, deverá assinalar-se quem lhe presta ajuda.

De referir que neste campo o idoso se poderá sentir embaraçado, devendo à natureza das questões e que por isso deve demonstrar-se sensibilidade na sua explicação

Escala Geriátrica de Depressão (quatro itens)

A depressão constitui um problema de saúde mental comum às pessoas idosas. Muitas vezes, encara-se a depressão como uma consequência natural de uma idade avançada não sendo, por isso, diagnosticada. Consequentemente, esta ausência de diagnóstico pode impedir o acesso da pessoa a um tratamento que poderá melhorar a sua qualidade de vida.

Os quatro itens da Escala Geriátrica de Depressão são o resultado de 30 itens de um questionário de respostas sim/não, projectado essencialmente para diagnosticar sintomas de

depressão nas pessoas idosas. É um importante procedimento que ao ter a possibilidade de detectar sintomas de depressão pode conduzir a um conhecimento mais detalhado da situação.

Relativamente à avaliação da informação colhida, atribui-se 1 ponto por cada sintoma de depressão. Uma pontuação final de um ponto ou mais, indica a possibilidade de depressão e indica a necessidade de a pessoa ser avaliada em maior detalhe.

Teste de Diminuição Cognitiva

O Teste de Diminuição Cognitiva tem carácter optativo, isto é, pode ser aplicado se há suspeita de uma diminuição cognitiva significativa ou pode não ser aplicado no caso desse sentir que tal poderá constituir uma ofensa para a pessoa idosa.

Interpretação dos resultados

A pontuação total é obtida pela soma dos resultados parciais. A pontuação máxima é de 28 pontos.

- 0 – 10 pontos: indica normalidade ou diminuição ligeira.
- 11 – 28 pontos: indica diminuição de moderada a grave.

Naturalmente, pontuações mais elevadas significam maior incapacidade.

2.10 Pré-teste

O pré-teste que, para Fortin (1999, p. 253) “(...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”, poderá ser aplicado a 10% dos idosos escolhidos aleatoriamente, que não pertencerão à amostra estudada. Uma vez que apresentarão características semelhantes às da amostra, pode deste modo avaliar-se a eficácia e pertinência do questionário.

Polit e Hungler (1995, p. 369) definem pré-teste como “(...) a administração em forma de tentativa, de um instrumento recém-elaborado para identificar falhas ou avaliar as exigências do tempo”.Constituindo um ensaio do instrumento de medida.

Especificamente neste trabalho pretendeu-se com a aplicação do pré-teste a 10% da amostra em estudo, avaliar o grau de compreensão das diferentes perguntas e o recolher comentários e sugestões que pudessem ser relevantes para o seu aperfeiçoamento. O pré-teste foi aplicado em Fevereiro de 2008.

2.11 Tratamento e análise dos dados

Para o tratamento e análise dos dados deste trabalho, recorreu-se ao programa estatístico SPSS, 16.0 para o Windows. No que concerne à apresentação dos resultados, utilizam-se tabelas, gráficos e a sua respectiva descrição.

A apresentação de informação em tabelas, permite colocar em evidência várias comparações e relações entre os dados. Por sua vez, os gráficos fornecem uma imagem global do conjunto dos resultados encontrados. (Fortin, 1999)

No tratamento estatístico dos dados, aplicaram-se os procedimentos da estatística descritiva e indutiva.

Relativamente à primeira, dizem respeito:

- Frequências absolutas e relativas;
- Medidas de tendência central (média);
- Medidas de dispersão (desvio padrão).

As diferenças sócio-demográficas entre os grupos, foram testadas através do teste do qui-quadrado e teste exacto de Fisher, tendo sido utilizado o teste de significância não paramétrico de Mann-Whitney para as variáveis numéricas.

Os valores dos resultados encontram-se apresentados na forma de média \pm desvio padrão. De referir que, os resultados foram considerados como estatisticamente significativos para um valor de $p < 0,05$, e que todas as provas foram bilaterais.

1. Caracterização da amostra

A amostra a que se refere o presente estudo é constituída por 30 idosos; é de sublinhar o facto de toda a amostra ter respondido aos questionários de forma integral. Engloba indivíduos de ambos os géneros, com prevalência do feminino (63,33%) e com idades que variavam, à data da recolha dos dados, entre os 75 e os 90 anos (média = $81,27 \pm 4,813$). No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que 46,67% eram viúvos. Por sua vez, relativamente às habilitações literárias, apesar de 36,67% não terem frequentado a escola, verificou-se contudo que 30% possuem a 4ª classe.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra (n=30)

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Género		
Feminino	19	63,33%
Masculino	11	36,67%
Idade		
75-77 anos	10	33,33%
78-80 anos	5	16,67%
81-83 anos	4	13,33%
84-86 anos	5	16,67%
≥ 87 anos	6	20,00%
Média	81,27	
Desvio Padrão	4,813	
Mínimo	75	
Máximo	90	
Habilitações Literárias		
Sem escolaridade	11	36,67%
1º ano	1	3,33%
2º ano	1	3,33%
3º ano	8	26,67%
4º ano	9	30,00%
Estado Civil		
Solteiro	2	6,67%
Casado	12	40,00%
Viuvo	14	46,67%
Sem resposta	2	6,67%

Pela análise da tabela 2 é possível verificar que 46,67% destes idosos moram sozinhos, sendo que apenas uma pequena parte vive com os filhos. Relativamente à actividade profissional anterior, 60% exerceram o seu trabalho na agricultura, sendo que 36,67% dos idosos ainda hoje trabalham nesta actividade. Por outro lado, 50% referem ocupar o seu tempo actualmente em tarefas domésticas.

Tabela 2. Caracterização profissional e do agregado familiar da amostra

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Actividade profissional anterior		
Agricultura	18	60,00%
Comércio	3	10,00%
Serviços	3	10,00%
Construção Cível	1	3,33%
Doméstica	5	16,67%
Ocupação actual		
Doméstica	15	50,00%
Agricultor	11	36,67%
Labores	1	3,33%
Horticultor	1	3,33%
Sem resposta	2	6,67%
Agregado familiar		
Vive sozinho	14	46,67%
Vive com conjuge	13	43,33%
Vive com filhos	3	10,00%

Ao serem consideradas as características clínicas da amostra (Tabela 3), verifica-se que 93,33% dos idosos possui médico de família, o qual é consultado por 26,67% dos idosos a cada 6 meses. A hipertensão arterial é a patologia mais comum nestes idosos, com uma prevalência de 30%. Apenas 2 (6,67%) dos idosos referem terem sido acometidos por uma doença aguda há menos de um ano. Relativamente aos serviços de apoio domiciliário, a maioria da amostra (86,67%) não os utiliza.

Tabela 3. Caracterização clínica dos idosos

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Possui médico de família		
Sim	28	93,33%
Não	1	3,33%
Sem resposta	1	3,33%
Frequência das consultas		
1 x/mes	1	3,33%
2x/mes	5	16,67%
1x/2 meses	3	10,00%
1x/3 meses	4	13,33%
1x/4 meses	2	6,67%
1x/6 meses	8	26,67%
1x/ano	4	13,33%
Sem resposta	3	10,00%
Doença crónica		
Hipertensão Arterial	9	30,00%
Cardíaca	2	6,67%
Aparelho locomotor	2	6,67%
Aparelho respiratório	2	6,67%
Circulatória	1	3,33%
Osteoporeose	1	3,33%
Sistema Nervoso	1	3,33%
Outras	10	33,33%
Doença Aguda recente		
Sim	2	6,67%
Não	27	90,00%
Sem resposta	1	3,33%
Doença aguda		
Gastrite	1	3,33%
Úlcera gástrica	1	3,33%
Utiliza serviços		
Apoio Domiciliario	4	13,33%
Não utilizam	26	86,67%

Relativamente à prática das actividades ocupacionais realizadas pelos idosos (Tabela 4), pode verificar-se que 60% possui o hábito de realizar alguma actividade diária. As actividades mais frequentes encontram-se principalmente associadas aos trabalhos na agricultura (72,22%), sendo realizadas 2x/dia por 61,11% da amostra. O tempo que os idosos ocupam nestas

actividades é superior a 3 horas para 33,33% deles. Ainda a referir, que a prática de exercício físico se pode considerar comum, uma vez que 73,3% da amostra admite esta prática. Na verdade, a caminhada é a única actividade desenvolvida. Contudo, esta é concretizada com uma frequência superior a 4x/semana, por 54,55% da amostra, sendo realizada por um período de até 30 minutos por 54,54% destes idosos.

Tabela 4. Características das práticas ocupacionais e actividades físicas realizadas pelos idosos

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Pratica actividade ocupacional		
Sim	18	60,00%
Não	12	40,00%
Frequência as actividades (n=18)		
1 x/dia	2	11,11%
2 x/dia	11	61,11%
3 x/dia	4	22,22%
≥ 4 x/dia	1	5,56%
Tempo diário de actividade (n=18)		
≤ 1 hora	3	16,67%
1-2 horas	3	16,67%
2-3 horas	5	27,78%
≥ 3 horas	6	33,33%
Sem resposta	1	5,56%
Tipo de Actividade (n=18)		
Agricultura	13	72,22%
Horticultura	4	22,22%
Cuida de animais	1	5,56%
Pratica exercício físico		
Sim	22	73,33%
Não	8	26,67%
Frequência as actividades (n=22)		
1 x/semana	1	4,55%
2 x/semana	2	9,09%
3 x/semana	7	31,82%
≥ 4 x/semana	12	54,55%
Tempo diário de exercício (n=22)		
≤ 15 minutos	2	9,09%
16-30 minutos	10	45,45%
31-45 minutos	3	13,64%
46-60 minutos	5	22,73%
≥ 61 minutos	2	9,09%
Tipo de Actividade		
Caminhar	22	100,00%

A tabela 5 apresenta a caracterização das capacidades físicas dos idosos estudados. Como é possível verificar, a avaliação das capacidades auditivas, verbais e de mastigação reflectiu excelentes níveis de capacidade, tendo em conta a frequência de idosos que referiu manter tais capacidades. Entretanto, no que diz respeito à capacidade visual, foi possível verificar que existe uma maior frequência de indivíduos (53,33%) que refere ter dificuldades em ver.

Tabela 5. Caracterização das capacidades físicas da amostra

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Capacidade visual		
Sim	13	43,33%
Com dificuldade	16	53,33%
Sem resposta	1	3,33%
Capacidade auditiva		
Sim	20	66,67%
Com dificuldade	10	33,33%
Capacidade mastigação		
Sem dificuldade	25	83,33%
Alguma dificuldade	5	16,67%
Capacidade verbal		
Sim	26	86,67%
Dificuldades com algumas pessoas	4	13,33%

Quando questionados sobre as características que compõem a qualidade de vida (Tabela 6), 46,67% dos idosos, admitem possuir um estado de saúde muito bom, considerando ainda que a sua habitação é razoável. Ainda a acrescentar, que a maioria dos idosos (36,67%) referiu que raramente sente solidão.

Tabela 6. Caracterização das componentes de qualidade de vida dos idosos

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Consideração sobre a saúde		
Muito boa	14	46,67%
Razoável	12	40,00%
Fraca	4	13,33%
Sentimento solidão		
Nunca	6	20,00%
Raramente	11	36,67%
Algumas vezes	8	26,67%
Frequentemente	5	16,67%
Consideração sobre a habitação		
Muito boa	1	3,33%
Boa	15	50,00%
Razoável	14	46,67%

No que diz respeito às actividades de vida diária realizadas pelos idosos (Tabela 7), verifica-se que em todas elas os idosos estudados podem, na sua maioria, realizá-las sem necessidade de ajuda. Apesar disso, a preparação das próprias refeições e o uso do telefone, são as actividades nas quais apresentam uma maior incapacidade. Nestes casos, os idosos indicam um membro da família como o elemento mais responsável pelo apoio, seguindo-se a ajuda da comunidade.

Tabela 7. Caracterização das actividades de vida diária realizadas pela amostra

	Sem ajuda		Com ajuda		Incapaz	
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Actividades diárias						
Consegue fazer o seu trabalho doméstico	22	73,33%	6	20,00%	2	6,67%
Consegue preparar as suas próprias refeições	20	66,67%	5	16,67%	5	16,67%
Consegue ir as compras	19	63,33%	10	33,33%	1	3,33%
Consegue administrar o seu próprio dinheiro	20	66,67%	9	30,00%	1	3,33%
Consegue usar o telefone	16	53,33%	10	33,33%	4	13,33%
Consegue tomar os seus medicamentos	22	73,33%	7	23,33%	1	3,33%
Responsável pela ajuda						
Conjuge ou companheiro					3	
Amigo /vizinho					4	
Ajuda pública					5	
Membro da família					11	

Da mesma forma, ao serem considerados os aspectos relacionados com a mobilidade (Tabela 8) verifica-se que também em todas eles os indivíduos da amostra conseguem, na sua maioria, realizá-los sem necessidade de ajuda. Ainda assim, a movimentação dentro de casa e o subir e descer de escadas, são as actividades nas quais apresentam uma maior incapacidade. Para estes idosos, é uma vez mais um membro da família, o maior responsável pelo apoio necessário.

Tabela 8. Caracterização dos aspectos relacionados com a mobilidade da amostra

	Sem ajuda		Com ajuda		Incapaz	
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Mobilidade						
Consegue sair de casa e caminhar na rua	25	83,33%	4	13,33%	1	3,33%
Consegue movimentar-se dentro de casa	27	90,00%	1	3,33%	2	6,67%
Consegue subir e descer escadas	24	80,00%	4	13,33%	2	6,67%
Consegue deslocar-se da cama para a cadeira	29	96,67%	1	3,33%	0	0,00%
Consegue utilizar a sanita	27	90,00%	3	10,00%	0	0,00%
Consegue usar a banheira ou o chuveiro	24	80,00%	5	16,67%	1	3,33%
Responsável pela ajuda						
Conjuge ou companheiro					1	
Amigo /vizinho					1	
Ajuda pública					1	
Membro da família					5	
Outra					1	
Não precisa de ajuda					22	

No que diz respeito aos cuidados pessoais (Tabela 9), verifica-se que à semelhança dos casos anteriores, a maioria dos indivíduos da amostra consegue realizar as diferentes tarefas sem necessidade de ajuda. Dentro dos cuidados pessoais, o acto de vestir-se, é a actividade cuja realização apresenta uma maior dificuldade. Parte dos idosos que identificaram esta dificuldade, admitiu também ser um membro da família o responsável pela ajuda necessária.

Tabela 9. Caracterização dos aspectos relacionados com os cuidados pessoais da amostra

	Sem ajuda		Com ajuda		Incapaz	
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Absoluta
Cuidados Pessoais						
Consegue cuidar da sua aparência pessoal	28	93,33%	2	6,67%	0	0,00%
Consegue vestir-se	27	90,00%	3	10,00%	0	0,00%
Consegue alimentar-se	29	96,67%	1	3,33%	0	0,00%
Responsável pela ajuda						
Conjuge ou companheiro				2		
Membro da família				4		
Não precisa de ajuda				26		

Por sua vez, dentro dos aspectos relacionados com o controlo esfíncteriano (Tabela 10), verificou-se que nos dois aspectos avaliados, os indivíduos da amostra conseguem, na sua maioria, realizá-los sem necessidade de ajuda. De qualquer forma, o controlo do esfíncter urinário, está associado a uma maior incapacidade. Para estes idosos, também é um membro da família o principal responsável pelo apoio necessário, seguindo-se o próprio cônjuge.

Tabela 10. Caracterização dos aspectos relacionados com o controlo esfíncteriano da amostra

	Sem ajuda		Com ajuda		Incapaz	
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Controlo esfíncteriano						
Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga	26	86,67%	3	10,00%	1	3,33%
Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos	28	93,33%	1	3,33%	1	3,33%
Responsável pela ajuda						
Conjuge ou companheiro				2		
Membro da família				3		
Outra				1		
Não precisa de ajuda				24		

Por sua vez, pela análise dos dados da tabela 11, é possível verificar que os sinais de depressão se encontram presentes em 50% dos idosos. Para além disso, 66,67% da amostra apresenta níveis de cognição classificados como normais para esta faixa etária.

Tabela 11. Caracterização dos estados de depressão e níveis de cognição da amostra

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Depressão		
Normal	14	46,67%
Sinais de depressão	15	50,00%
Sem avaliação	1	3,33%
Cognição		
≤5 pontos	13	43,33%
6-10 pontos	7	23,33%
11-14 pontos	7	23,33%
15-19 pontos	2	6,67%
≥20 pontos	1	3,33%
Normal	20	66,67%
Diminuição cognitiva	10	33,33%

2. Avaliação do perfil da qualidade de vida

Com o objectivo de verificar a consistência interna da escala EASYcare-Sistema de avaliação de idosos, aplicou-se, individualmente para cada uma das dimensões, o α de Cronbach. Como se pode verificar pela tabela 12, a escala apresenta uma boa consistência interna. Foi possível obter valores entre 0,774 e 0,897 para 4 das 6 dimensões, os quais são considerados bons. A dimensão qualidade de vida, apresenta apenas uma razoável consistência interna, não sendo impeditiva a sua utilização. Contudo, a dimensão controlo dos esfíncteres, apresenta valores muito baixos, indicando uma baixa consistência interna, não sendo portanto viável a sua utilização.

Tabela 12. Caracterização estatística e de consistência interna das dimensões da escala EASYcare-Sistema de avaliação de idosos.

	n	Média	Desvio Padrão	α de Cronbach
Incapacidade Física	29	15,08	16,83	0,774
Area funcional	30	20,83	25,591	0,894
Mobilidade	30	8,33	18,441	0,897
Cuidados Pessoais	30	3,33	11,072	0,852
Controle Esfincter	30	6,66	15,992	0,169
Qualidade de vida	30	54,166	14,14	0,544

3. Associações entre o envelhecimento activo e a qualidade de vida

Com a finalidade de se avaliar a existência de diferenças na actividade ocupacional entre os dois géneros, aplicou-se o teste exacto de Fisher. De facto, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre eles ($p = 0,001$), tendo-se verificado que o género masculino realiza mais actividades ocupacionais em comparação com o género feminino.

Por outro lado, com o intuito de avaliar a influência da actividade ocupacional na qualidade de vida dos idosos (Tabela 13), aplicou-se o teste do qui-quadrado ou teste exacto de Fischer, não sendo verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que apresentavam ou não depressão, bem como entre os indivíduos com estado cognitivo normal ou diminuído.

Por sua vez, ao serem consideradas as diversas dimensões relacionadas com a qualidade de vida, e após a aplicação do teste Mann-Whitney, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão cuidados pessoais ($p=0,028$). Verificou-se que os idosos que realizam alguma actividade ocupacional apresentam melhor qualidade de vida nesta dimensão. Nas dimensões incapacidade física e mobilidade, também se encontraram diferenças estatisticamente significativa mas, não é possível afirmar que exista esta diferença, pois as mesmas são impeditivas de actividades ocupacionais.

Tabela 13. Influência da actividade ocupacional na qualidade de vida dos idosos

	Actividade Ocupacional				p
	Sim		Não		
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	
Género					
Feminino	7	38,89%	12	100,00%	0,001
Masculino	11	61,11%	0	0,00%	
Idade					
Média	80,00		83,17		0,113
Desvio Padrão	4,015		5,440		
Ranking Médio	13,42		18,63		
Depressão					
Normal	10	55,56%	4	33,33%	0,206
Estado depressivo	8	44,44%	8	66,67%	
Cognição					
Normal	13	72,22%	7	58,33%	0,344
Diminuída	5	27,78%	5	41,67%	
Incapacidade Física					
Média	5,88		28,12		0,001
Desvio Padrão	7,803		17,777		
Ranking Médio	10,76		21,00		
Qualidade de Vida					
Média	50,00		60,41		0,058
Desvio Padrão	12,459		14,704		
Ranking Médio	13,06		19,17		
Área funcional					
Média	12,96		32,64		0,051
Desvio Padrão	18,572		30,661		
Ranking Médio	13,03		19,21		
Mobilidade					
Média	0,46		20,13		0,001
Desvio Padrão	1,964		25,240		
Ranking Médio	12,17		20,50		
Cuidados Pessoais					
Média	0,00		8,33		0,028
Desvio Padrão	0,000		16,660		
Ranking Médio	14,00		17,75		

Com o objectivo de perceber se existiam diferenças na realização de exercício físico entre os dois géneros, aplicou-se o teste exacto de Fisher. Efectivamente, observaram-se diferenças

estatisticamente significativas entre os géneros ($p = 0,013$), verificando-se que o género masculino realiza mais exercício físico, relativamente ao género feminino.

Por sua vez, com a finalidade de avaliar a influência do exercício físico na qualidade de vida dos idosos (Tabela 14), aplicou-se o teste do qui-quadrado ou teste exacto de Fischer. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que apresentam ou não depressão, bem como entre os indivíduos com estado cognitivo normal ou diminuído.

Ao serem consideradas as diversas dimensões relacionadas com a caracterização da qualidade de vida e bem-estar, e após a aplicação do teste Mann-Whitney, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão cuidados pessoais ($p = 0,003$). Verificou-se que os idosos que realizam exercício físico apresentam melhor qualidade de vida nesta dimensão. Para além disto, relativamente à mobilidade também se encontrou um resultado estatisticamente significativo, que indica uma maior mobilidade nos idosos que desempenham algum exercício físico mas não é possível afirmar que exista esta diferença, pois a mesma é impeditiva da realização de exercícios físicos.

Tabela 14. Influência da realização de exercício físico na qualidade de vida dos idosos

	Exercício Físico				p
	Sim		Não		
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	
Género					
Feminino	11	50,00%	8	100,00%	0,013
Masculino	11	50,00%	0	0,00%	
Idade					
Média	80,64		83		0,334
Desvio Padrão	4,381		5,806		
Ranking Médio	14,57		18,06		
Depressão					
Normal	11	50,00%	3	37,50%	0,426
Estado depressivo	11	50,00%	5	62,50%	
Cognição					
Normal	15	68,18%	5	62,50%	0,548
Diminuída	7	31,82%	3	37,50%	
Incapacidade Física					
Média	11,30		25,00		0,078
Desvio Padrão	14,199		20,044		
Ranking Médio	13,36		19,31		
Qualidade de Vida					
Média	51,51		61,45		0,138
Desvio Padrão	12,503		16,629		
Ranking Médio	14,09		19,38		
Área funcional					
Média	15,15		36,45		0,080
Desvio Padrão	20,025		33,611		
Ranking Médio	13,86		20,00		
Mobilidade					
Média	3,03		22,91		0,005
Desvio Padrão	10,772		27,003		
Ranking Médio	13,36		21,38		
Cuidados Pessoais					
Média	0,00		12,50		0,003
Desvio Padrão	0,000		19,410		
Ranking Médio	14,00		19,63		

III - DISCUSSÃO

O primeiro dado que será importante realçar, diz respeito à escala EASYcare. De acordo com um estudo de validação psicométrica para a população portuguesa, no qual também foi utilizada a escala EASYcare, obtiveram-se resultados que revelaram boas qualidades - alfa de Cronbach =0,86 (Sousa, L. et al. 2003)

Do mesmo modo, neste estudo, esta escala apresentou qualidades psicométricas satisfatórias, uma vez que a consistência interna obtida pode ser classificada como boa, na maioria das dimensões.

A amostra a que se refere o presente estudo é constituída por 30 idosos. Engloba indivíduos de ambos os géneros, com prevalência do feminino (63,33%) e com idades que variavam, à data da recolha dos dados, entre os 75 e os 90 anos (média = 81,27±4,813). O que vem de encontro ao dados da DGS (2001, p. 9) que reflectem a globalidade do envelhecimento de uma forma natural:

À medida que a população mundial cresce, o número de pessoas acima dos 60 anos aumenta a um ritmo mais acelerado do que nunca. Os epidemiologistas prevêem que nos países desenvolvidos, em 2030, as pessoas com mais de 65 anos representarão 25% da população. Também o número de pessoas com mais de 100 anos tem vindo a aumentar. O grupo etário que está a registar o maior índice de crescimento na Europa e nos EUA é o de pessoas acima dos 85 anos de idade.

No que diz respeito à avaliação da actividade ocupacional e da realização de exercício físico entre os géneros, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas duas situações. Verificou-se, que o género masculino realiza mais actividades ocupacionais e exercício físico do que género feminino.

Um dos resultados mais interessantes, deste estudo, mostra que 60% da amostra possui o hábito de realizar alguma actividade, estando principalmente ligada à agricultura (72,22%). Por outro lado a prática de exercício físico pode considerar-se comum, uma vez que 73,3% da amostra admite a sua realização. Na verdade, a caminhada é a única actividade desenvolvida. Contudo, esta é concretizada com uma frequência superior a 4x/semana, por 54,55% da amostra, sendo realizada por um período de até 30 minutos por 54,54% destes idosos.

De encontro a este resultado, os especialistas concordam que se deve fazer exercício, pelo menos, durante aproximadamente 30 minutos por dia, três vezes por semana e em dias alternados. Alguma informação recente sugere que pode ser repartido e feito, intervaladamente, ao longo do dia (DGS, 2001).

Ainda a este respeito, o caminhar é considerado um dos melhores exercícios para todas as idades. Caminhar permite usar as pernas, as coxas, os músculos das costas e os abdominais, pelo que do ponto de vista fisiológico, é um bom exercício. Desenvolve a tonicidade e a massa muscular, melhora a circulação e o equilíbrio e pode ajudar a reduzir espasmos e contracções dos músculos das costas e das pernas. (DGS, 2001).

De facto, neste estudo, um aspecto bastante positivo, é o de 46,67% dos idosos considerarem a sua saúde como muito boa.

Admirável também, é verificar que 66,67% da amostra apresentam níveis de cognição classificados como normais para esta faixa etária.

Entre as vantagens psicológicas de caminhar, inclui-se a melhoria da atitude mental e da autoconfiança (DGS, 2001).

Ao serem consideradas as diversas dimensões relacionadas com a qualidade de vida, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão cuidados pessoais, verificando-se que os idosos que realizam alguma actividade ocupacional ou realizam exercícios físicos apresentam melhor qualidade de vida nesta dimensão.

Efectivamente, o aumento de mobilidade melhora o bem-estar e a auto-suficiência. E ajuda a aumentar a capacidade de desempenho nas tarefas do dia-a-dia (DGS, 2001, p. 31).

Por outro lado, menos positiva é a constatação de que 50% dos idosos apresentam sinais de depressão.

De acordo Tessari, (2002), a depressão é uma das principais doenças mentais na população idosa, é de difícil reconhecimento e diagnóstico, uma vez que a sociedade, de um modo geral, a encara como um facto normal à velhice. Puro preconceito! As causas da depressão ainda são desconhecidas, mas acredita-se que vários factores – biológicos, psicológicos e sociais – actuando de forma concomitante, desencadeiem a doença. O acompanhamento psicoterapêutico como complemento ao tratamento medicamentoso, propicia a recuperação da qualidade de vida do idoso.

Em síntese, pode dizer-se que o panorama da qualidade de vida melhora com a realização de alguma actividade ocupacional ou com a realização de exercícios físicos. Apesar de ser necessário prestar particular atenção aos sinais de depressão, o estudo mostra que a maioria dos idosos alcançou um envelhecimento bem sucedido.

Especialistas da fisiologia do exercício, médicos da área desportiva e outros fizeram investigação em idosos com boa saúde, em pessoas debilitadas, em pessoas incapacitadas e em atletas. Os resultados obtidos, revelam muitas vantagens para homens e mulheres que continuam a fazer exercício ao longo da vida. Mostram também que os idosos que não fizeram desporto desde a infância ou que sofrem de alguns problemas crónicos podem iniciar um programa regular de exercícios, tornando-se, assim, fisicamente mais aptos. DGS. (2001, p. 12)

É importante que o idoso seja respeitado como ser humano que é, com todas as limitações inerentes à sua idade (Tessari, 2002). Contudo, para além disso, através da pesquisa e da observação, foi possível verificar melhorias ao nível físico e psicológico numa grande quantidade de indivíduos que, na idade avançada, começaram a praticar adequadamente exercícios (DGS, 2001, p. 6).

IV - CONCLUSÃO

Chegado o final do presente estudo de investigação, surge a necessidade de agrupar as ideias fundamentais e de reflectir sobre os aspectos mais importantes deste percurso de aprendizagem.

Importa ainda fazer referência aos resultados principais, às respostas obtidas para as questões de investigação e às possíveis sugestões.

Para começar, é importante referir que este estudo foi orientado de acordo com as referências teóricas consideradas mais significativas e relevantes para o tema.

Sabendo que, de acordo com Moniz (2003, p. 39), o fenómeno do envelhecimento constitui uma preocupação crescente devido ao aumento da população idosa, os estudos sobre o envelhecimento e a actividade física, têm-se revelado fundamentais, ao indicar que esta última é um dos principais meios da medicina preventiva na luta contra várias doenças.

Sobre este assunto, Nunes (1999, p. 26), diz que a ausência de movimento expõe a inúmeros perigos: redução da capacidade de certas funções vitais do organismo, obesidade, aumento do risco de contrair certas doenças, resistência reduzida, fadiga geral, entre outros aspectos.

Efectivamente, os resultados alcançados com este trabalho estão de acordo com o esperado. Ao obter-se uma elevada incidência de idosos na aldeia de Mazouco que praticam alguma actividade, foi possível verificar que tal comportamento se encontra relacionado, com uma qualidade de vida superior. Os resultados demonstraram que os benefícios para a saúde dos idosos da aldeia de Mazouco, decorrentes de um envelhecimento activo, possibilitam uma maior autonomia, como por exemplo ao nível do cuidado pessoal.

Salienta-se então na actualidade, a importância de todos os profissionais de saúde estarem alerta para a realidade do envelhecimento activo. Nomeadamente ao enfermeiro, cabe promover uma mudança de comportamentos, para que assim seja possível fomentar ganhos em saúde em todas as idades e, especialmente nos idosos.

Educar os idosos, torna-se hoje um dos objectivos principais dos prestadores de cuidados. Segundo Raposo (2005), a saúde é o recurso pessoal mais importante para uma vida de qualidade e por isso, há que preservar as competências físicas e mentais dos idosos de forma a garantir-lhes a sua autonomia e independência.

Neste sentido, torna-se fundamental lapidar comportamentos desde muito cedo. Moniz (2003, p. 50) refere que o processo de envelhecimento se constrói de forma progressiva desde o nascimento, e que a formação da identidade dura toda a vida, (...) vai exigindo aprendizagens, adaptações, participações e eventualmente ajudas.

Para finalizar, torna-se agora importante fazer referência às dificuldades sentidas. Na verdade, a exigência inerente a este tipo de trabalho, fez surgir um enorme número de dúvidas. Este sentimento de incerteza provocou alguma impaciência, e até mesmo algum desânimo, os quais foram sendo sucessivamente superadas.

A investigação representa cada vez mais, um papel fundamental na enfermagem. A procura de novos conhecimentos significa não só vantagem para o desenvolvimento da profissão, mas também, e essencialmente, benefício para aqueles que recebem cuidados. Para os utentes, a actualização de saberes por parte dos profissionais de enfermagem resulta em cuidados de qualidade crescente e ajustada às suas necessidades.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. (2008). Envelhecimento activo. [Em linha]. Disponível em <http://pt.shvoong.com/humanities/1773369-envelhecimento-activo/>. [Consultado em 04/04/2008].

Alves, J.(2005). Exercício e Saúde: Adesão e efeitos psicológicos. *In Psychologica*, Volume 39, pp. 57-73.

Amaral, M. e Vicente, M. (2001). Grau de dependência nos idosos. *Nursing*, Volume 13 (158), pp. 8-13.

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2007). [em linha]. Disponível em www.apdp.pt. [Consultado em 10/01/2008].

Azevedo, A. (2001). *Velhice e seus processos sócio-históricos*. Lisboa, Argumento.

Barata, T. (2003). *Mexa-se... pela sua saúde – Guia prático da actividade física e emagrecimento para todos*. Lisboa, Dom Quixote.

Belasco, A e Sesso, R. (2006). Qualidade de vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. *In: Diniz, D. e Schor, N. Guia de Qualidade de Vida*. São Paulo, Editora Manole,

Berger, L. e Poirier, D. (1995). Contexto dos cuidados em gerontologia. *In: Berger, L. e Poirier, D. Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta,

Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental*. 3ª (Ed.). Lisboa, Lusodidacta.

Cantera, I. e Domingo, P. (1998). *Geriatría: guias práticos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, McGraw Hill,

Carrinho, C e Jordão, R. (2008). Ministra da Saúde reforçou o apoio no combate à Diabetes. [Em linha]. Disponível em <http://www.farmacia.com.pt/index.php?name=News&file=article%20&sid=5551>. [Consultado em 23/05/2008].

Carvalho, J. (2002). *Metodologia do trabalho científico: Saber Fazer da investigação para dissertações e teses*. Escolar Editora

Carvalho, M. (1997). Enfermagem geriátrica – Uma necessidade. *Geriatrics*, Volume 10 (100) pp. 13-18.

Coimbra, J. e Brito, I. (1999). *Qualidade de vida do idoso*, Referência. Nº3, pp. 29-35

Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa, Lidel

Conselho Internacional de Enfermeiras (2003) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Lisboa, Grafica2000

Costa, et al. (1999). Questões Demográficas: Repercussões nos cuidados de Saúde e na Formação dos Enfermeiros. In: *Manual de Sinais Vitais: O Idoso Problemas e Realidades*. Coimbra, Formasau, pp.9-22.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos: Formação, práticas, e competências dos enfermeiros*. Coimbra, Formasau.

Deliberato, P. (2002). *Fisioterapia Preventiva – Fundamentos e Aplicações*. São Paulo, Editora Manole, pp. 119-144

DGS. (2000a). *Autocuidado na Saúde e na Doença. Guias para as Pessoas Idosas, nº1: Conservar-se em Forma em Idade Avançada*. 3ª Ed. Lisboa, EUROPRESS.

DGS. (2000b). *Autocuidados na Saúde e na Doença. Guias para as Pessoas Idosas, nº5: A Dor Crónica De Origem Não Maligna*. 3ª Ed. Lisboa, EUROPRESS.

DGS. (2001). *Autocuidados na Saúde e na Doença Guias para as Pessoas Idosas “Quem? Eu? Exercício?” Exercício sem Riscos para lá dos Sessenta.Recomendado*. Lisboa, editora Grafifina

Diogo, M.J.D. (2000). Consulta de enfermagem em gerontologia. In: Netto, M.P. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp. 209-221.

Ferreira, P. L. (1994) - Um novo paradigma para a saúde. In: *Livro de Obstétrica*, pp.199-205.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Freitas, E. et al. (2002). Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.609-617.

Garcia, M.O. (1989). O envelhecimento humano. *Geriatria*, Volume 13, pp. 26-30.

Hesbenn, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na perspectiva do Cuidar*. Loures, Lusociência

Lemos, N. e Medeiros, S. (2002). Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.892-894.

Loether, H (1975). *Problems of aging* 2ª Ed.California, Dickenson Pusshing Company,Inc

Luna, S.V. (1998). *Planejamento de pesquisa*. São Paulo, Educ.

Marconi, M. e Lakatos, E. (1992). *Metodologia Científica*. 2ª Ed. São Paulo, Editora Atlas, pp.170-175.

Marques, I. (2007a). Exercício pode aumentar produção de antidepressivo natural no cérebro. [Em linha]. Disponível em <http://www.farmacia.com.pt/index.php?name=News&file=article&sid=5215>. [Consultado em 23/05/2008].

Marques, I. (2007b). Estudo recente mostra uma diminuição substancial das doenças cardiovasculares. [Em linha]. Disponível em <http://www.farmacia.com.pt/index.php?name=News&file=article&sid=3115>. [Consultado em 24/05/2008].

Moniz, J.M.N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência.

Moura, C. (2006). *Século do envelhecimento*. Loures, Lusociência

Nunes, L.(1999). *A Prescrição da Actividade Física*. Lisboa, Editora Caminho.

OMS. (1996). Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). [em linha]. Disponível em <http://wvyw.ufrgs.br/psiq/whoqol81>. [Consultado em 04/05/2007].

OMS. (2003). *Relatório Mundial da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar – Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, R. (2007). Inactividade pode afectar saúde mental. [Em linha]. Disponível em <http://www.farmacia.com.pt/index.php?name=News&file=article&sid=5244> [Consultado em 23/05/2008].

Paschoal, S. (2002). Autonomia e Independência. *In: Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp. 313-323.

Passareli, M.C.G. (1997). O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica, *O Mundo da Saúde*, Volume 21, pp. 208-212.

Pinto, C. (2006). Queremos promover um envelhecimento saudável ao longo da vida. [Em linha]. Disponível em http://www.medicosdeportugal.pt/action/7/cnt_id/1257/?menu=2. [Consultado em 2/03/2008].

Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In: Berger, L. e Poirier, D. *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta, pp. 99-104.

Polit, D. e Hugler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 5ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.

Raposo, G.(2005). ENVELHECIMENTO ACTIVO e EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:UMA PRIORIDADE. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=153>. [Consultado em 09/03/2008].

Rede de Universidades da Terceira Idade. [Em linha]. Disponível em <http://www.rutis.org/cgi-bin/reservado/scripts/command.cgi/?naction=4&mn=EkpFuVZAklFeXUrcDL>. [Consultado em 02/07/2008].

Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*, Fundação Merck Sharp e Dohme, pp. 9, 79-93

Ribeiro, J. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In: T. McIntire. *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras Braga*, Associação de Psicólogos Portugueses, pp. 33-35

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, p.84- 102

Ribeiro, J. L. (1997) - *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas*, 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde -Actas, Instituto Português de Psicologia Aplicada, , Lisboa.

Rocha, F. (2004). Definição de envelhecimento. [Em linha]. Disponível em <http://www.idosoamado.com/artigo1.html>. [Consultado em 18/12/2005].

Santos, A. (2004). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e cuidadores*. Porto, Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto, pp. 47- 55. P 73

Santos, P. (2002a). Autonomia, Dependência e Independência no idoso. *In: Santos, P. A Depressão no Idoso*. 2ª Edição. Coimbra, Quarteto, pp. 48-51.

Santos, P. (2002b). Para a Avaliação das Actividades de Vida Diária. *In: Santos, P. A Depressão no Idoso*. 2ª Edição. Coimbra, Quarteto, pp. 84-85.

Silva, M e Pires, M. (2006). Incontinência Urinária. [Em linha]. Disponível em http://www.medicosdeportugal.pt/action/7/cnt_id/747/?menu=2. [Consultado em 24/05/2008].

Silva, P.(2005). Entrevista com o Director sobre o Envelhecimento Activo. [Em linha]. Disponível em http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/202/ . [Consultado em 01/01/2008].

Sousa, L. e Figueiredo, D. (2001). EASYCare - Um instrumento de avaliação da qualidade de vida do idoso. *Revista de Geriatria*, Volume 130, pp. 41-47.

Sousa, L. et al. (2003) Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa, *Revista Saúde Pública*, Volume 37, pp. 364-371

Tessari, O. (2002). Qualidade de vida na terceira idade. [Em linha]. Disponível em <http://www.riototal.com.br/feliz-idade/psicologia04.htm> . [consultado em 05/09/06].

Vieira, E.B. (1996). *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro, Revinter, pp. 18-60

Weineck, J. (1992). *Biologie du Sport*. Paris, Editions Vigot.

Zimerman, G. (2000a). Aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento. *In*: Zimerman, G. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed, pp. 21-25.

Zimerman, G. (2000b). Independência, semidependência, dependência e autonomia. *In*: Zimerman, G. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed, pp. 26-27.

VI - ANEXOS

6.1 Anexo Cronograma

6.2 Anexo Questionário

6.3 Anexo Autorização