

Helena Augusta Cordeiro Justino

**“O IMPACTO DA ESTIMULAÇÃO FÍSICA E COGNITIVA
NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO”**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2014

Helena Augusta Cordeiro Justino

**“O IMPACTO DA ESTIMULAÇÃO FÍSICA E COGNITIVA
NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO”**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2014

Helena Augusta Cordeiro Justino

**“O IMPACTO DA ESTIMULAÇÃO FÍSICA E COGNITIVA
NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO”**

Dissertação de Mestrado apresentado à
Faculdade de Ciências Humanas e
Sociais da Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em Serviço
Social, sob orientação do Professor
Doutor Luís Santos e Co-orientadora
Professora Doutora Rute Meneses.

Porto, 2014

Estou sempre em observação, a receber energia, atenta às coisas e às pessoas e procurando sempre o seu lado positivo.

Nunca me preocupei com o problema da idade nem com datas marcadas.

Evidentemente que há coisas que já não consigo fazer com a mesma facilidade que fazia... Mas encaro-as com realismo e pronto, acabou! Tenho tido problemas de saúde e grandes dificuldades noutras campos, estou consciente de que tenho 84 anos e não me resta muito tempo para viver... Só que, mesmo se preocupada, não vivo aflita. Acho a vida uma coisa extraordinária. A velhice nunca se instalou em mim.

(Eunice Muñoz, atriz, 84 anos)

Ter uma vida com saúde, alegria, curiosidade, depois dos 65 anos, dos 70, dos 80, dos 90 ..., é perfeitamente possível. Mas tem de ser preparada aos 20, aos 30, aos 40 anos...

Pergunto por vezes a pessoas próximas dos 60 anos se já começaram a programar a sua nova vida. Quando me dizem, não me interessa por nada... não sei por onde começar..., sugiro: Descubra qualquer coisa para fazer.

(Daniel Serrão, cientista, 85 anos)

SUMÁRIO

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial, com especial incidência no ocidente. Na sociedade portuguesa, o grupo de pessoas com idade superior a 60 anos é o que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento. Tal facto lança luz sobre um tema que requer cada vez mais atenção: a necessidade de garantir qualidade de vida e bem-estar a essa franja da população que precisa de cuidados especiais e de respostas sociais ajustadas à nova realidade.

Efectivamente, em alguns casos, quando os idosos são institucionalizados na resposta social em regime de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), a qualidade de vida poderá ficar comprometida, se as instituições não proporcionarem aos seus residentes os estímulos necessários a nível físico e cognitivo, de forma a potenciar o bem-estar biopsicossocial, garantindo uma maior qualidade de vida durante todo o processo de envelhecimento. Este estudo tem precisamente, como principal objectivo, compreender e verificar os efeitos da prática de actividades cognitivas e físicas na qualidade de vida de idosos institucionalizados e aferir diferentes configurações em torno do conceito de qualidade de vida, avaliar a percepção que esses idosos têm sobre a sua qualidade de vida e comparar a percepção da mesma antes e após serem submetidos a um programa de intervenção.

O estudo empírico baseia-se numa metodologia quantitativa, com recurso à Escala da Qualidade de Vida Easy-Care standard 2010, e numa metodologia qualitativa, com recurso à técnica da entrevista em profundidade, semi-estruturada e aplicada de forma semi-directiva. A amostra é constituída por 10 idosas, com idades compreendidas entre os 66 e os 87 anos, a residir numa ERPI sediada no Concelho do Porto.

Os resultados do estudo sugerem que as actividades de estimulação física e cognitiva permitiram que o tempo fosse ocupado de forma saudável, favorecendo o bem-estar biopsicossocial. Consequentemente após as sessões de estimulação, as participantes passaram a avaliar a sua qualidade de vida em termos mais positivos, como se pode constatar através dos resultados apurados no momento 1 e 2 de aplicação do Easy-Care .

Palavras-chave: envelhecimento, estimulação física e cognitiva, qualidade de vida.

SUMMARY

Population aging is a global phenomenon, with special impact in the West. In Portuguese society, the group of people aged over 60 years is the one that presents the highest growth rate. This fact sheds light on a topic that requires increasing attention: the need to ensure quality of life and well-being to that section of the population that needs special care and social responses adjusted to the new reality.

In some cases, indeed, when the elderly are institutionalized in the Residential Establishments for Older People (REOP), quality of life may be compromised if the institutions do not provide their residents the necessary stimulation at physical and cognitive level, in order to maximize the bio, psycho and social well-being, ensuring a higher quality of life throughout the aging process. This study elected as main goal to comprehend and verify the effects of the practice of cognitive and physical activity on quality of life of institutionalized elderly. The research also aims to assess the different settings around the concept of quality of life, the perception that these individuals have on their own quality of life, comparing that perception before and after being subjected to an intervention program.

The empirical study is based on a quantitative methodology, using the Quality of Life Scale Easy-Care Standard 2010, and a qualitative methodology, using the technique of in-depth, semi-structured and semi-directive applied interview. The sample consisted of 10 elderly, aged between 66 and 87 years, residing in a REOP settled in Porto area.

The study results suggest that physical activity and cognitive stimulation enabled a healthy occupation of daily time, favouring the bio, psycho and social well-being. Consequently after stimulation sessions, the participants started to assess their quality of life in more positive terms, as can be observed when compared the findings of the first application of Easy-Care to the findings of the second application.

Keywords: aging, physical and cognitive stimulation, quality of life.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho o meu muito obrigado, em especial:

Ao meu Orientador Professor Doutor Luís Santos e à minha Co-orientadora Professora Doutora Rute Meneses, pelos ensinamentos, pertinência das suas observações e compreensão sempre demonstrada.

À Dra. Márcia, Directora Técnica da Instituição onde se realizou o estudo, pela disponibilidade e apoio concedido.

Aos idosos, que de forma humilde e sincera me acolheram e com quem tive o prazer de partilhar momentos inesquecíveis.

À minha amiga Helena Vilaça, que abdicou muitas vezes do seu tempo para me apoiar nos momentos em que deixei de acreditar, pelos seus sábios conselhos e palavras de encorajamento, incentivando-me a não desistir.

À minha irmã, ao meu cunhado e ao meu sobrinho, por estarem sempre ao meu lado, pela compreensão, paciência e carinho.

Ao meu primo Zé, sempre disponível e que foi uma ajuda preciosa a nível informático e na elaboração das tabelas.

À minha mãe, que foi uma lutadora ao longo da vida. A ti devo tudo o que sou hoje e dedico-te com muito amor mais esta etapa ultrapassada.

Com vocês senti-me mais segura nesta caminhada!

Bem hajam !

ÍNDICE GERAL

SUMÁRIO	VI
SUMMARY	VII
AGRADECIMENTOS	VIII
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS	XI
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
INTRODUÇÃO	14

PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO PROCESSO DE

ENVELHECIMENTO	19
1.1 Construção social da velhice ao longo dos tempos	19
1.1.1 Estereótipos em torno do envelhecimento: mito ou realidade	22
1.2 Conceptualizações do envelhecimento	28
1.3 Institucionalização na terceira idade	37
1.3.1 Institucionalização vs ocupação do tempo	44
1.4 Respostas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção social para idosos	47

CAPÍTULO II – EFEITOS DA ESTIMULAÇÃO FÍSICA E COGNITIVA NA

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO	54
2.1 Uma visão multifacetada sobre a qualidade de vida	54
2.2 Qualidade de vida e envelhecimento	60
2.3 Vantagens da ocupação do tempo através da estimulação física e cognitiva	66
2.4 Benefícios da estimulação cognitiva para um envelhecimento com mais qualidade de vida	70
2.5 Benefícios da estimulação física para um envelhecimento com mais qualidade de vida	73

PARTE 2 : ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III– METODOLOGIA	79
3.1. Perguntas de partida	79
3.2. Objectivos do estudo	79
3.3. Participantes	80
3.4. Instrumentos e procedimentos	82
3.4.1 Metodologia quantitativa; <i>Easy-Care</i>	83
3.4.2 Metodologia qualitativa; Entrevistas	90
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	94
4.1. Percepção da qualidade de vida de idosos institucionalizados antes e após terem sido submetidos a sessões de estimulação física e cognitiva	94
4.1.1 Visão, audição e comunicação	95
4.1.2 Auto-cuidado (cuidar de si)	96
4.1.3 Mobilidade	98
4.1.4 Segurança	99
4.1.5 Local de residência e finanças	100
4.1.6 Manter-se saudável	101
4.1.7 Saúde mental e bem-estar	102
4.1.8 Pontuação da (In) dependência	105
4.1.9 Avaliação do Risco de Ruptura do cuidado	107
4.1.10 Avaliação do Risco de Quedas	108
4.2. Discussão dos resultados com base no <i>Easy-Care</i>	110
4.3. Impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida de idosos institucionalizados	117
4.3.1. Atitudes perante a qualidade de vida	118
4.3.2. Atitudes perante a estimulação física e cognitiva	123
4.4. Discussão dos resultados com base nas entrevistas	131
REFLEXÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXOS	153

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CNIS - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

E – Entrevista

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

p. – Página

pp. – Páginas

RSES - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

RUTIS – Redes de Universidades da Terceira Idade

SAD – Apoio Domiciliário

UTIs – Universidades da Terceira Idade

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1- Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente 2000-2012	50
Tabela nº1 - Caracterização sócio-demográfica obtida através das entrevistas	81
Tabela nº2 - Informação pessoal obtida através do Easy-Care	82
Tabela nº3 - Distribuição da amostra segundo as capacidades de Visão, Audição e Comunicação	95
Tabela nº4 - Distribuição da amostra segundo o Cuidar de si (Auto-cuidado)	97
Tabela nº5 - Distribuição da amostra segundo a Mobilidade	99
Tabela nº6 - Distribuição da amostra segundo a Segurança	100
Tabela nº7 - Distribuição da amostra segundo Local de Residência e Finanças	101
Tabela nº8 - Distribuição da amostra segundo a capacidade em Manter-se Saudável.	102
Tabela nº9 - Distribuição da amostra segundo a Saúde Mental e Bem-estar	104
Tabela nº10 – Pontuação de (In)Dependência (momento1)	106
Tabela nº11 - Pontuação de (In)Dependência (momento 2)	106
Tabela nº12 - Comparação estatística do resultado do momento 1 com o resultado do momento 2, da pontuação da (In)Dependência	107
Tabela nº13 - Risco Ruptura do Cuidado (momento 1)	107
Tabela nº14 - Risco Ruptura do Cuidado (momento 2)	108
Tabela nº15 - Comparação estatística do resultado do momento 1 com o resultado do momento 2, do Risco Ruptura do Cuidado	108
Tabela nº16 - Avaliação do Risco de Quedas (momento 1)	109
Tabela nº17 - Avaliação do Risco de Quedas (momento 2)	109
Tabela nº 18 - Comparação estatística do resultado do momento 1 com o resultado do momento 2, da Avaliação do Risco de Quedas	109

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - <i>Easy-Care Standard</i> Portugal 2012	154
Anexo B - Autorização para utilizar o <i>Easy-Care Standard</i> Portugal 2012	168
Anexo C - Autorização para realizar o estudo na Instituição	170
Anexo D - Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa	172
Anexo E - Declaração de Consentimento Informado da Comissão de Ética da UFP...174	
Anexo F - Programa das Sessões de Estimulação	176
Anexo G - Grelha de observação/resultados	187
Anexo H - Guião de entrevista	194
Anexo I - Autorização das entrevistas	196
Anexo J - Matriz conceptual referente à unidade 2 do guião de entrevista	198
Anexo L - Matriz conceptual referente à unidade 3 do guião de entrevista	203

INTRODUÇÃO

Em Portugal, os idosos constituem um grupo significativo da população, pelo que cada vez mais se torna necessário encontrar e desenvolver mecanismos, por forma a equilibrar a relação envelhecimento/qualidade de vida. Não basta que se viva muitos anos, é importante que se associe o envelhecimento cada vez mais ao prolongamento da vida com qualidade. As actividades por meio da estimulação física e cognitiva têm um papel positivo relativamente às situações que os idosos enfrentam diariamente, a saber, perda progressiva de identidade, baixa auto-estima, desvalorização, exclusão social, sentimentos de inutilidade e, no caso dos que estão institucionalizados, o sentimento de desenraizamento em relação à sua casa e ao espaço onde viveram toda ou parte da sua vida.

Ao reunir em si um vasto, complexo e diversificado conjunto de situações, o fenómeno do envelhecimento, com fortes repercussões em diferentes domínios sociais, constitui uma área de trabalho de elevada pertinência, nomeadamente para o Serviço Social, que obriga, actualmente, a novas interrogações, a perspectivas de análise e percepções do que é o envelhecimento e a velhice, que devem orientar novas linhas de actuação política.

Nesta lógica, urge a necessidade de se compreender melhor esta fase da existência que também faz parte do ciclo vital da vida humana mas cujo estudo foi, durante largos anos negligenciado em favor de outras fases (infância, adolescência), por serem tradicionalmente consideradas como mais ricas sob o ponto de vista psicológico e desenvolvimental (Fonseca, 2004).

Efectivamente, “(...) cada tipo de organização socioeconómica e cultural é responsável pelo papel e imagem dos seus velhos” (Minois, 1999, *cit. in* Jacob, 2007 a, p.25). Cada sociedade segrega um modelo de homem ideal e é desse modelo que depende a imagem da velhice, a sua desvalorização ou valorização (Minois, 1999, *cit. in* Jacob, 2007 a). Assim, aprofundar o conhecimento nesta área contribuirá para os ajudar a envelhecer criativamente, não apenas desmistificando os diversos mitos ou estereótipos (da improdutividade, de incapacidade, de amargura), mas promovendo de todos os modos

as suas capacidades e criando uma cultura de respeito pela ancianidade, ao mesmo tempo que cuidam mais da sua saúde física e psíquica (Oliveira, 2005).

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, na construção de uma vivência satisfatória numa ERPI, quase nunca são considerados os aspectos supramencionados, uma vez que o ambiente institucional se centra pouco na pessoa e antes privilegia as tarefas da rotina diária e a impessoalidade dos cuidados a desenvolver (alimentação, higiene, limpeza dos espaços, entre outros) privando desta forma os residentes de estimulação, de atenção emocional e de vínculos afectivos (Fernandes, 2002; Guedes, 2012).

Assim, a institucionalização do idoso, com todo o desconhecimento de um mundo novo, no qual tem que aprender, conhecer e respeitar as regras e os hábitos da sua nova casa, está frequentemente relacionada com um aceleração de todos os processos degenerativos implícitos no envelhecimento (Jacob, 2007). Isto porque, a ausência de estimulação física e cognitiva nas vivências das pessoas institucionalizadas não favorece a criação de um clima potenciador de uma velhice mais activa e com mais qualidade de vida.

Como foi referido, a animação de idosos deveria ser considerada como um serviço indispensável à qualidade de vida do sénior (Jacob, 2007). Contudo, por regra, não é uma prioridade nas instituições, sejam públicas ou privadas com e sem fins lucrativos. Isto porque, só se sobrar tempo e alguns recursos materiais e humanos se preocupam com as actividades que estimulam e promovem o bem-estar biopsicossocial dos residentes (Jacob, 2007). Contudo, a pessoa idosa deve ser contemplada como um ser biopsicossocial, necessitando constantemente de estimulação física, psicológica e social, como forma de atenuar vários aspectos negativos do envelhecimento e aumentar a qualidade de vida (Zimmerman, 2000). Neste sentido, é necessário apostar no estabelecimento de políticas de envelhecimento activo que proporcionem uma melhor qualidade de vida dos idosos.

A par de outros sectores e instituições, o Serviço Social deverá contribuir para uma sociedade de todos e para todos, onde os cidadãos se sintam úteis, felizes e não discriminados. Os Técnicos desta área vão ter aqui um papel fulcral como agentes

dinamizadores e promotores de mudanças sociais tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento. Garantir que todos os idosos disfrutem de uma maior qualidade de vida durante todo o processo de envelhecimento são as bases para uma velhice saudável e feliz.

Imbuídos deste espírito, e uma vez que a capacidade física e mental e social da pessoa idosa pode ser mantida e reforçada pela (re)educação através de estímulos proporcionados pelas actividades, surgiu a motivação de estudar “*O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado*”.

É fundamental estudar e compreender o impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, dado que em todas as fases da vida a estimulação é um instrumento precioso para o envelhecimento saudável (Zimerman, 2000) e é considerada como um dos elementos que pode influenciar o bem-estar, sendo importante a adopção ao longo da vida de actividades sócio-culturais que cumprem esse objectivo.

O estudo em questão surge também como consequência do interesse suscitado pela leitura de diversos artigos, como vontade de aperfeiçoar e aprofundar os conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e desenvolver competências de intervenção adequadas aos contextos em que a investigadora se encontra inserida a nível profissional. Ao longo destes oito anos de trabalho, o contacto diário com os idosos integrados nas várias respostas sociais, as horas de escuta sobre os seus percursos biográficos, a observação da sua rotina diária na instituição, conduziu à reflexão à busca de respostas para perguntas como: “*Qual o impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida das pessoas idosas num contexto de institucionalização?*”, “*O que é para um idoso institucionalizado a qualidade de vida?*”, “*Qual é a percepção do idoso institucionalizado sobre a qualidade de vida antes e após ter sido submetido a um programa de intervenção?*”, “*A forma como a instituição atua é percebida pelo idoso como garantia da sua qualidade de vida.*”. A obtenção de respostas para estas questões está na base do presente estudo.

Concretamente, pretende-se aprofundar nesta tese o tema do envelhecimento associado às questões de estimulação (física e cognitiva) e das repercussões que estas tem na

qualidade de vida dos idosos. Neste sentido, são apresentados de seguida o modo como esta tese foi estruturada. A primeira parte é eminentemente de natureza teórica e comporta dois capítulos, o que permitiu a familiarização com o conhecimento actualizado da literatura e o enquadramento teórico do problema em estudo. Daí as “Considerações em torno do processo de envelhecimento”, no Capítulo I, e a enunciação, no Capítulo II, dos “Contributos da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida dos idosos”.

Na segunda parte do trabalho, é dada conta dos resultados do trabalho de terreno realizado, especificando o estudo levado a cabo. Assim sendo, a parte empírica encontra-se organizada também em dois capítulos, apresenta, no Capítulo III, intitulado de “Metodologia”, o percurso metodológico adoptado para a realização do presente estudo, bem como os objectivos e os procedimentos que conduziram à obtenção e análise dos resultados obtidos. No Capítulo IV, intitulado “Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados”, pretende-se fazer a conciliação entre o quadro conceptual e os resultados obtidos.

Finalmente, através do trabalho desenvolvido, é esperado que este possa dar um contributo, ainda que limitado, para a reflexão acerca do envelhecimento, facultando informações virtualmente úteis para o aperfeiçoamento de instrumentos de acção neste campo. Para que o envelhecimento surja como uma nova etapa da vida na qual é possível existir qualidade, bem-estar e mesmo entusiasmo por actividades e projectos diferentes.

PARTE 1 : ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO ENVELHECIMENTO

1.1 Construção social da velhice ao longo dos tempos

A construção social da velhice aparece como um valor simbólico que se modifica ao longo da história por razões associadas a poderes políticos, religiosos e económicos, (Vaz, 2008).

Tomar consciência das questões relacionadas com os idosos da actualidade implica conhecer um pouco da sua história, da forma como eram vistos e tratados desde os tempos mais remotos. Através desse percurso adquire-se a percepção sobre o tratamento dispensado a este grupo e a imagem que se tem da velhice varia de cultura para cultura e de época para época. Não existe uma concepção única ou definitiva da velhice mas sim concepções incertas, opostas e variadas através da história, surgindo-nos imagens em que os idosos são respeitados e valorizados e outras em que são ridicularizados e alvo de troça (Paúl, 2005).

Procedendo a um breve percurso histórico sobre a construção social da velhice, verifica-se que em sociedades antigas o ancião era visto com uma aura de privilégio sobrenatural que lhe concedia uma vida duradoura e, como resultado, este ocupava um lugar primordial, onde a longevidade se associava com a sabedoria e a experiência. Assim era nas sociedades orientais, principalmente na China e Japão. Nas culturas Incas e Aztecas, a população idosa era tratada com muita consideração. A atenção a esta população era vista como responsabilidade pública. Os antigos Hebreus também se destacavam pela importância que davam a seus anciãos, que, em épocas de nomadismo, eram considerados os chefes naturais dos povos e eram consultados quando necessário. Na cultura hebraica Matusalém era considerado como se tivesse vivido 969 anos. Uma vida longa era vista mais como uma bênção do que como uma carga para a sociedade, e esta bênção é vista nos patriarcas bíblicos (Lemos, et al., s/d)¹.

Na sociedade romana os anciãos também tinham uma posição privilegiada. O direito romano concedia a autoridade de “*pater familias*” aos idosos. Quanto mais poderes lhes

¹ Artigo online, sem data, www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice.

eram concedidos, mais a ira de novas gerações se voltava contra os velhos. (Lemos, et al., s/d).

Contudo, com a queda do Império Romano os anciãos foram perdendo o seu lugar de destaque na sociedade, tornando-se vítimas da superioridade juvenil. No sistema de estratificação por idade de cada sociedade estava implícito o facto de que a idade era um determinante básico do que os indivíduos podiam e deviam fazer. (Lemos, et al., s/d).

Apesar de na Bíblia, a velhice ser algo associado à sabedoria e merecimento de respeito (Provérbios 20:29; Levítico 19:32; 1 Timóteo 5:1), principalmente a partir do Século IV o Cristianismo começou a expor a visão negativa desta fase da vida. Assim, este tema deixou de interessar aos escritores cristãos que mencionavam a velhice com relação à moral e a associavam com decrepitude, feiura e pecado. Tal ideia pode-se constatar em escritos de Santo Agostinho, nos quais considerava o pecado igual a velhice porque ambos conduziram à morte. Assim como considerava a velhice como parte da herança de Adão, que preferiu o sofrimento e a morte do que o paraíso e a vida eterna (Lemos, et al., s/d).

O século VI identificou a velhice com a cessação da actividade, iniciando ali a concepção moderna de isolamento dos velhos em retiros. Por outro lado, o homem medieval temia e buscava os meios de escapar da velhice, seja por meio da fantasia, seja por meio da ciência. Nos períodos do Renascimento e do Barroco persistiu a ideia da inevitável decrepitude e do carácter melancólico da velhice. A Idade Média, que se caracterizou também pela época dos mais fortes, colocou os anciãos submetidos aos mais fortes e como resultado, formando parte da população escrava e servil. (Lemos, et al., s/d).

Durante os séculos XIV e XV, a peste e a cólera foram selectivas deixando um saldo de milhares de mortos. Mas nesse quadro, talvez devido a mecanismos de defesa mais elevados, houve e uma grande população idosa que conseguiu sobreviver. Este facto trouxe como consequência o fortalecimento do poder das pessoas de mais idade e um aumento do conflito entre as gerações. Na sequência disso, os mais novos começaram a ridicularizar os velhos em ambientes públicos. A literatura e a arte uniram-se para ridicularizar os idosos a despeito de grandes expoentes de idade avançada que

realizaram as suas obras neste período como Leonardo Da Vinci. Apesar da presença artística, o velho continuava a ter pouca importância social e encontrava-se numa situação precária e ambígua (Lemos, et al., s/d).

O século XVI caracterizou-se por uma violência e um ataque contra a velhice, como consequência da adoração e culto da beleza e juventude, relacionada com a felicidade plena (Lemos, et al., s/d). A este respeito Félix (2013, p. 17) refere que “temos de nos confrontar com uma sociedade que, dominada pelo mito da juventude, nos dificulta estar assentes naquilo que somos”.

Semelhantemente, o Teólogo e Humanista Erasmo de Roterdão, na sua obra “*Elogio da Loucura*” publicada em 1511, faz uma total sátira à sociedade dos séculos XV e XVI. Entre os vários assuntos aqui abordados, ele concebia a velhice como uma carga e a morte como necessária, sendo a loucura o único remédio contra a velhice (Lemos, et al., s/d).

O pensamento científico que caracterizou os séculos XVI e XVII introduziu novas formas de pensar que enfatizavam a observação, experimentação e verificação, podendo-se então, descobrir as causas da velhice mediante um estudo sistemático. Ainda assim prevalecia alguma ambivalência em relação à velhice (Lemos, et al., s/d).

Durante os séculos XVII e XVIII foram feitos muitos avanços no campo da fisiologia, anatomia, patologia, que tiveram repercussões no contexto científico em novas propostas de melhoria e manutenção da saúde para uma boa velhice (Vaz, 2008). De acordo com Bourdelais (1993, *cit. in* Vaz, 2008) tal acontecimento deveu-se ao facto de no século XVIII existir uma maior preocupação do que anteriormente em se atingir a velhice com boa saúde.

No século XIX, a industrialização e a consequente exigência quer profissional, quer social da sociedade, fez despertar uma nova visão da velhice. A divisão do trabalho e a estruturação dos grupos sociais fez com que as pessoas vissem a terceira idade como uma classe desfavorável, com um espaço de influência cada vez mais reduzido, pois os idosos não conseguiam responder de forma eficaz aos apelos do mundo do trabalho (Vaz, 2008). Deste modo, a industrialização inverteu a posição de poder dos grupos de

idade ao incorporar cada vez mais indivíduos jovens no trabalho mecânico, dispensando os indivíduos de idade com o pretexto de inutilidade e destituindo-os do poder que anteriormente gozavam (Vaz, 2008).

À luz do que foi referido, Félix (2013) e Pimentel (2005) pronunciam-se contra esta construção social da velhice que é concebida pelas culturas ocidentais, que parecem representar, de certa forma os seus anciãos como um obstáculo na vida dos mais jovens, visto que não representam um papel tão activo na sociedade. Numa sociedade em constante transformação, o reconhecimento de que os saberes dos idosos podem ser preciosos, seria garantia para que, em vez de serem desprezados, estes se pudessem destacar na comunidade em que estão inseridos (Félix, 2005, Nelson, 2002, *cit. in* Fonseca, 2004) e assim encontrar um lugar significativo para o próprio ser valorizado ou validado socialmente (Novo, 2003, *cit. in* Fonseca, 2004).

Dando continuidade a reflexão sobre a forma como a construção social da velhice foi evoluindo na sociedade e na transição do século XIX para o século XX, a velhice passou a ser encarada como um fenómeno social passível de respostas sociais (Vaz, 2008). Consequentemente, a preocupação e o interesse em desenvolver um estudo mais preciso sobre o envelhecimento levou à criação de uma nova ciência designada por Gerontologia (Fonseca, 2004). Esta ciência tendo como objectivo o estudo das modificações biológicas, psicológicas e sociais que se observam no indivíduo, tem prestado até aos nossos dias um importante contributo para uma descrição mais realista do que é o adulto na última fase do ciclo vital. Para além disso, tem contribuído para desvendar certos mitos e estereótipos que estão associados à terceira idade e prejudicam o envelhecimento bem-sucedido (Arca, 2007; Fonseca, 2004).

1.1.1 Estereótipos em torno do envelhecimento: mito ou realidade

Apesar de ao longo dos tempos ter ocorrido um grande avanço no campo científico no que concerne à área da gerontologia, a atitude da sociedade face à forma como o envelhecimento é perspectivado não está ainda a par dessa mesma evolução (Fonseca, 2004). Esta “involução social” poderá ser reflexo daquilo a que Vaz (2008, p.113) refere quando afirma que “a velhice tende a ser concebida empiricamente com

atribuições de características negativas cuja apreciação encaixa numa visão estereotipada sobre os indivíduos com mais de 65 anos”. Esta forma de discriminação das pessoas baseada simplesmente na idade que apresentam, designada por Cavanaugh (1997, *cit. in* Fonseca, 2004) por *idadismo*, pode contribuir para suscitar uma atitude negativa que afecta o comportamento dos mais novos em relação aos mais velhos e pode fazer com que os próprios idosos olhem para si mesmos como incompetentes e incapazes.

Nesta mesma ordem de ideias, Zimerman (2000) apruma como fundamental uma mudança de atitude tanto dos velhos quanto dos jovens para que se possa estabelecer um bom relacionamento pautado pelo respeito entre as diversas gerações. Apesar das épocas e os valores serem diferentes, o convívio intergeracional, segundo esta autora, irá permitir que o velho conheça melhor a juventude e ela conheça melhor o velho. E, ao fazer isso, contribuirá para dissolver da mente das pessoas o quadro negativo que está associado ao envelhecimento e que é em parte influenciado pelos estereótipos.

À luz do que foi referido, Chopra alerta-nos para o poder que as palavras têm de programar a consciência, não sendo salutar aceitar as conotações negativas em geral associadas à palavra “velho” porque estas colocam o idoso e o jovem em polos opostos, ou seja, “se é bom ser jovem, ser velho tem de ser mau, se o jovem é criativo, dinâmico, bonito, o velho tem de ser chato, não atraente, se as crianças são o futuro, os velhos são o passado” (Chopra, s/d, *cit. in* Félix, 2013, p.40).

A este respeito também Simone Beauvoir (1976) enfatiza no seu livro intitulado “*A velhice: A realidade incomoda*” que a velhice surge aos olhos da sociedade como uma espécie de segredo vergonhoso do qual é indecente falar. O facto de todos os estereótipos que se profetizam em torno do envelhecimento possuírem uma carga tão negativa leva Cabrillo e Cachafeiro (1990, *cit. in* Pimentel, 2005, p. 39) a referirem que “ninguém quer ser velho porque não oferece nenhuma vantagem”.

Nesta mesma ordem de ideias, Rosiska de Oliveira (s/d, *cit. in* Félix, 2013) evidencia que esta última etapa do ciclo vital é associada a uma sequência de perdas em que o medo e o pânico de envelhecer é explicado pela depreciação cultural e social que o avançar na idade provoca. Essa desvalorização social em torno do envelhecimento é

apontada por Hoffman, Paris e Hall (1994, *cit. in* Fonseca, 2004) como sendo parcialmente responsável pela tendência da sociedade para discriminar, ignorar, ou não levar a sério os seniores.

Assim, estes são percebidos como tendo um poder de iniciativa limitado e dificuldades em abraçar novos projectos (Fonseca, 2004) porque são vistos pela sociedade como estando a viver num estado de esterilidade intelectual e impotência emocional (Hazan (1994, *cit. in* Fonseca, 2004). Tal caricaturização, desvaloriza o estatuto social do idoso e condiciona a sua oportunidade de realização e de auto-valorização (Pimentel, 2005). Partilhando da mesma opinião, Berger (1995) salienta que tal atitude também causa na pessoa idosa um grande desconforto emocional e contribui para a isolar e para acelerar o processo de envelhecimento.

Neste enquadramento, Bunzel (1972, *cit. in* Fonseca, 2004) explica que todas estas posições negativas apadrinhadas pela sociedade face à velhice são o reflexo daquilo a que ele designa por *Gerontofobia*, ou seja, atitude que resultará de circunstâncias relativas à história pessoal, da tentativa de negação do próprio envelhecimento, ou até mesmo da acção da comunicação social.

Nesta lógica, apesar de existir uma tendência da sociedade para encarar o acto de envelhecer como algo negativo, na perspectiva do neurologista Ernst Poppel (*cit. in* Félix, 2013) existem mais valias trazidas pelo envelhecimento, como seja, a calma, uma maior lucidez e uma melhor aceitação dos erros que transformam esta nova fase da vida, na perspectiva de Destéfani (2001), numa “arte”.

Das várias pesquisas que existem no âmbito do envelhecimento, Vaz (2008) refere um estudo efectuado na Suíça por Hummel (2001), com uma amostra aleatória da população, e que apresenta uma análise comparativa entre indivíduos adultos (com idades entre os 25 e os 40 anos) e octogenários (com idades entre 82 e 86 anos). Neste estudo, em que são analisados os olhares divergentes dos dois grupos sobre a velhice, os resultados mostram que só os indivíduos adultos definem velhice em termos de ganhos e perdas. Apesar desse grupo atribuir lugar de destaque às perdas, especialmente no domínio da saúde, ele associa a velhice a certas expectativas que encara como sendo ganhos, a saber, a sabedoria, a serenidade, o tempo para viver a vida. Contudo, esses

factores não são contemplados na definição de velhice dada pelos octogenários, onde os ganhos da velhice ocupam um lugar marginal na sua definição.

Os resultados deste estudo podem estar relacionados com o que Céfalo (s/d, *cit.in* Félix, 2013) explica: que a vivência da velhice e a perspectiva que a partir dela se tem sobre a vida varia de pessoa para pessoa. Há quem encare esta nova fase da vida como resultado da perda dos prazeres e dos bens da juventude, mas há quem a experimente como uma fase de serenidade e de libertação que noutras fases da vida não é possível. Sendo assim aceite e bem-vinda, valorizada e não diminuída por oposição à juventude.

Na mesma linha de argumentação, também o idoso Catão (s/d, *cit. in* Félix, 2013) salienta, num discurso sobre a velhice, que ela chega no tempo apropriado, como acontece com todas as idades, por isso não deve ser encarada como um fardo. Adverte, ainda, que a primeira condição para que a velhice possa ser feliz e vivida serenamente é aceitar o fim e acolher esta nova fase como algo natural. Assim, se a pessoa assume uma atitude saudável para com o próprio envelhecimento, aceita com tranquilidade e como algo natural, as mudanças que vão acontecendo: rugas, cabelo branco, diminuição de visão, menor agilidade e menor força física e mental. Em oposição, se o indivíduo assume uma atitude de rejeição e não se conforma, apressa ainda mais o processo de envelhecimento (Destéfani, 2001).

O envelhecimento humano é, assim, um processo normal que faz parte da vida do ser humano, mas o desconhecimento sobre esta última etapa do ciclo vital por parte da sociedade conduz a falsas percepções que acabam por associar a velhice à doença, ao aborrecimento, ao egoísmo, à dependência, à perda de estatuto social, às rugas e aos cabelos brancos (Berger, 1995).

A par de todo este tipo de atitudes negativas para com os idosos, existem, segundo Ebersole (1985, *cit. in* Berger, 1995, p.67), sete mitos que considera mais relevantes:

- 1- *A maioria dos idosos é senil ou doente.* No entanto, o que se verifica é que a maioria dos idosos não é mentalmente perturbado e que o envelhecimento normal não afecta as faculdades mentais de um modo previsível;
- 2- *A maior parte dos idosos é infeliz.* O que se verifica através de estudos realizados é que o nível de satisfação de vida dos idosos é relativamente elevado, comparando-se

ao dos adultos; demonstrando um nível de auto-estima elevado estando satisfeitos com o seu papel familiar e social;

- 3- *No trabalho os idosos produzem menos que os jovens*, em contrapartida têm uma taxa de absentismo menos elevada, têm menos acidentes e um rendimento mais constante;
- 4- *A maior parte dos idosos está doente e tem necessidade de ajuda para as suas actividades quotidianas*. Este mito sobre a dependência é um dos mais persistentes. Estudos revelam que cerca de 80% dos idosos é suficientemente saudável e autónomo para realizar as suas actividades do dia-a-dia sem qualquer ajuda. A dependência não é de forma alguma sinónimo de terceira idade;
- 5- *Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar*. É natural o idoso ser mais estável, mas não recusa totalmente a mudança, quando confrontado com situações novas é capaz de se adaptar a elas, tal como qualquer outra pessoa;
- 6- *A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão*. Quanto a este aspecto existem estudos contraditórios, no entanto, um grande número de idosos mantém elos de amizade e está em contacto directo com a sua família, além de participar com regularidade em actividades sociais;
- 7- *Todos os idosos se assemelham*. Esta afirmação não corresponde à verdade, visto que à medida que o ser humano envelhece este diferencia-se dos outros sob diversos aspectos, quer pelo seu património genético, quer pelo seu património psicossocial.

A propósito deste último mito Vaz (2008) refere que não é correcto falar em velhice no plural; efectivamente, o que existe são “velhices” distintas na medida em que cada pessoa idosa tem trajectória de vida diferenciadas.

Partilhando da mesma opinião da autora atrás referida, Berger (1995) justifica que os idosos são definidos como um grupo homogéneo porque são caracterizados unicamente pela idade cronológica, no entanto, as características associadas ao desenvolvimento biológico, psicológico, mental e social permitem observar a existência de uma grande heterogeneidade nos indivíduos.

Assim sendo, existe a necessidade de ter em consideração que não há um padrão desenvolvimental de envelhecimento comum, o que sugere que qualquer pessoa deve

ser analisada e compreendida tendo em consideração modos individuais de ser, de estar e envelhecer (Fonseca, 2004 a).

Tal como se passa com o resto da sociedade, os idosos dividem-se em grupos distintos, dotados de características próprias. É neste contexto que se torna necessário consciencializar a sociedade para modificar a sua atitude em relação ao envelhecimento, levando-a a reconhecer e a admitir que à medida que o ser humano envelhece diferencia-se dos outros sob diversos aspectos (Berger, 1995).

À luz do que tem vindo a ser referido pelos diferentes autores, em relação aos mitos e às ideias pré-concebidas comuns aos anciãos, Fonseca (2004) enfatiza que esta atitude funciona como uma “ armadilha cultural” capaz de influenciar a opinião da sociedade e das suas instituições face à velhice e aos idosos, os quais por sua vez correspondem manifestando os comportamentos que deles são esperados. Esta constatação deve-se na maior parte das vezes à falta de conhecimentos acerca do que é o envelhecimento e de que forma se processa, chegando Berger (1995, p.63) mesmo a referir que hoje em dia proliferam “ideias feitas e preconceitos relativamente à velhice. Os “velhos” de hoje os “gastos” os “enrugados” cometeram a asneira de envelhecer numa cultura que deifica a juventude”.

A este propósito Fonseca (2004) adverte que a “caricaturização” dos idosos na sociedade contemporânea pode ser evitada se esta passar a olhar para a pessoa idosa simplesmente como uma pessoa, com direitos e obrigações, com alegrias e angústias, com desejos e frustrações, enfim, exactamente como uma criança, um jovem ou um adulto, ou seja, como um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro.

Contudo, não se pode afirmar de ânimo leve que a velhice é uma fase maravilhosa, é inegável que há perdas e que o fim da vida está próximo mas tal não significa que o individuo idoso, só por sê-lo, perca a dignidade pessoal ou a capacidade de participação social (Fonseca, 2004).

1.2 Conceptualizações do envelhecimento

O aumento da população idosa é um fenómeno que vem ocorrendo há vários séculos, à escala global, pelo que não se trata de um fenómeno recente, mas que tem vindo a acentuar-se ao longo dos últimos anos no contexto do progresso mundial, sobretudo devido aos avanços no domínio da higiene, da nutrição e da medicina (Papalia & Olds, 2000).

Segundo os investigadores, por volta de 2050, cerca de um quinto dos habitantes deste mundo terá mais de 65 anos (Félix, 2013). O aumento da população pertencente à chamada terceira idade já se tornou uma evidência. Cresce também o número de pessoas que, com mais de 80 anos, constituem aquilo a que também já se chama quarta idade (Félix, 2013).

No contexto europeu, através das estatísticas, tem-se verificado que a população portuguesa vai continuar a envelhecer, como também tenderá a desaparecer num futuro longínquo se não se contrariar a tendência de envelhecimento. De facto, e como refere Fonseca (2004, p.7), “em Portugal, nomeadamente, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um aumento de 140 % da população idosa com mais de 65 anos“. Segundo dados mais actuais divulgados pelos Censos de 2011, apesar de se verificar um aumento da população portuguesa de mais 200.000 cidadãos comparativamente com o ano de 2001, o país continua a ser alvo do envelhecimento demográfico com 18% de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e 15% de indivíduos com idade igual ou inferior a 15 anos.

Dada a tendência do crescimento da população idosa, Portugal enfrenta actualmente uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante que advém da combinação entre as baixas taxas de natalidade e de mortalidade, que contribui para o aumento significativo de peso dos idosos no conjunto da população total do país (Correia, 2004; Paúl & Fonseca, 2005). Ainda sobre este assunto, Pimentel (2005, p.34) adverte que para além destes factores, há outro que pesa no envelhecimento da população portuguesa: “o forte surto emigratório nas décadas de sessenta e setenta, essencialmente de jovens, e o seu retorno, para muitos deles já como idosos, nos anos mais recentes”.

Os factores apresentados originam uma mudança na estrutura demográfica, causando o alargamento do topo, com o acréscimo dos efectivos populacionais idosos. Neste enquadramento, Nazareth (1988, *cit. in* Pimentel, 2005, p.34) refere:

“O aumento da esperança de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento no topo da pirâmide etária pesa num dos pratos da balança de um fenómeno que denomina de duplo envelhecimento da população, e que tem no outro prato da balança o declínio da fecundidade, que se traduz num envelhecimento na base da pirâmide etária”.

Efectivamente, de acordo com Pimentel (2005) o duplo envelhecimento da população poderá estar na origem de graves problemas sociais. Segundo Rosa (1993, *cit. in* Pimentel, 2005) o aumento da esperança de vida proporciona o surgimento de pessoas idosas cada vez mais dependentes e a diminuição da natalidade implica a diminuição da população activa na população total que terá repercussões no sistema de protecção social.

Assim, uma vez que a evolução da medicina permite disponibilizar aos cidadãos tratamentos e recursos que lhes possibilitam viver muito mais tempo, é necessário criar políticas de envelhecimento que mobilizem a sociedade no sentido de esse tempo de vida mais prolongado significar igualmente um ganho em termos de qualidade de vida e de saúde. E em todos os países, nomeadamente nos que estão em desenvolvimento, esse tipo de medidas não são um luxo, mas sim uma necessidade (Félix, 2013).

É importante, contudo, sublinhar que apesar do grande impacto social que a expansão do envelhecimento da população representa, este fenómeno é acolhido por Kofi Annan (*cit. in* Félix, 2013) não como um problema mas sim como uma das maiores conquistas da humanidade. Nesta lógica, o envelhecimento da população, para além de representar um sinal de êxito de uma cultura de base científica e tecnológica é também um dos maiores desafios, devido às suas conseqüências sociais, económicas e políticas (Fonseca, 2004).

Este fenómeno de natureza demográfica foi acompanhado por um interesse crescente das Ciências Sociais e Humanas com o objectivo de conhecer melhor os processos de envelhecimento, passando um número cada vez maior de investigadores a ocupar-se do seu estudo (Fonseca, 2004). Na sequência disso, constata-se que o aumento progressivo

da esperança de vida levou a que rapidamente se reformulassem os conceitos de “*envelhecimento*” e “*velhice*” (Fonseca, 2004).

É necessário salientar que a revisão de literatura revela a prevalência de diferentes opiniões sobre estes conceitos radicada em diversas visões do mundo. A abordagem realizada procederá nestas circunstâncias a uma identificação e apresentação de diferentes perspectivas em presença.

De acordo com a perspectiva de diferentes autores, o envelhecimento não é sinónimo de velhice. Assim, a velhice é um estado que caracteriza um grupo de determinada idade e que, segundo os autores portugueses Fernandes (1997) e Lima e Viegas (1988, *cit. in* Fonseca, 2004), descreve a forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo da vida, segundo uma construção social, inscrita numa conjuntura histórica. Levando deste modo Erikson e Kivnick (1986, *cit. in* Fleck et al., 2008, p. 219), a afirmar que a velhice é necessariamente “um tempo de abdicção de desistir de velhas amizades, de velhos papéis, de trabalho anterior que foi significativo, e até de bens e objectos que pertencem a um estágio de vida anterior”. O envelhecimento não é um evento com data marcada, mas sim um processo natural do ciclo da vida que se dá durante toda a trajetória do ser humano, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o maior tempo possível (Fonseca, 2004).

Deepak Chopra (s/d, *cit. in* Félix, 2013, p.38) explica que o envelhecimento é o resultado “de uma falta de controlo consciente, que provoca uma perda de energia e informação nalgum local vital do corpo, cérebro, sistema imunitário”.

Uma definição mais precisa é dada por Yates (1993, *cit. in* Fonseca, 2004) que caracteriza o envelhecimento como sendo um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado sob o ponto de vista ambiental, deixando para trás resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de doenças e outras situações de instabilidade dinâmica que, por fim, resultam na morte.

Paúl (1997) apresenta este conceito sob o ponto de vista do modelo biomédico, sendo assim caracterizado como um processo básico, um fenómeno biológico inevitável e

relativamente imutável. Assim, a autora adverte que o “envelhecimento normal”, enquadrado pelo modelo biomédico, inclui uma vertente individualista que se baseia na relação médico-doente, sem atender a factores sociais e ambientais mais amplos, numa tentativa de resolver a situação daquele indivíduo, habitualmente por intermédio de medicamentos e institucionalização, decidida numa relação muito desigual, entre o médico e o idoso.

Ainda sobre o conceito enunciado, Paúl (1997) ressalta que, ao estudar o envelhecimento, existem autores que sugerem a divisão entre envelhecimento *primário*, que seria o normal e sem doenças, *o secundário*, que se refere a um envelhecimento relacionado com a doença e *o terciário*, relativo a um período, mais ou menos longo, próximo da morte. No envelhecimento primário, o aspecto do funcionamento intelectual mais afectado seria a velocidade perceptiva, no secundário, seria, além dessa, o raciocínio, implicando a capacidade indutiva, e, no envelhecimento terciário, a própria compreensão verbal seria afectada (Birren & Cunningham, 1995 *cit. in* Paúl, 2007). Contudo, muitos adultos mais velhos podem e de facto evitam os efeitos secundários do envelhecimento se tiverem por hábito fazer exercício físico e se mantiverem uma alimentação saudável (Papalia & Olds, 2000).

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada e dada a dificuldade em definir o processo de envelhecimento com exactidão, Fonseca (2004) apresenta o envelhecimento humano como um fenómeno biopsicossocial de cariz individual. Nesta lógica, o envelhecimento nunca poderá ser descrito, explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológica, psicológica e social que lhe estão inerentes. Assim sendo, a componente biológica reflecte uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência (Schroots & Birren, 1980, *cit. in* Fonseca, 2004). A componente social é relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário (Figueiredo, 2007; Fontain, 2000; Schroots & Birren, 1980, *cit. in* Fonseca, 2004). A componente psicológica é definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência (Schroots & Birren, 1980, *cit. in* Fonseca, 2004).

No enquadramento que vem sendo apresentado sobre o envelhecimento humano, Félix (2013) lembra que em finais do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS)

começou a usar a expressão “envelhecimento activo” para falar num “processo de cidadania plena” que consiste em preparar no presente a velhice que se pretende ter no futuro. Esta autora explica que se trata de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas vão ficando mais velhas, permitindo-lhes aperceberem-se do seu potencial de forma a participarem na sociedade de acordo com as suas necessidades e os seus desejos.

De facto, tendo em conta as transformações que ocorreram nas sociedades e o crescente envelhecimento populacional foram sendo criadas aos poucos as condições para que socialmente se começasse a considerar a velhice como um problema social que passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções (Fernandes,1995).

A constituição de um problema social supõe um trabalho em que, segundo Remi Lenoir (1989), estão envolvidas quatro dimensões: reconhecimento, legitimação, pressão e expressão. O reconhecimento implica tornar visível a situação do envelhecimento populacional, a legitimação pressupõe o esforço para introdução do problema no campo das preocupações sociais, a pressão consiste no empenho em denunciar o problema por parte de indivíduos que ocupam posições privilegiadas, e, finalmente, a expressão que se vem traduzir em formas de expressão social.

A questão que envolve o envelhecimento e as pessoas idosas exige novos conceitos e novos modelos, afastando todos os estigmas negativos que ao longo do tempo a sociedade trouxe para a noção de pessoa “velha” e do que é envelhecer no mundo contemporâneo (Pimentel, 2005).

Dada a grande diversidade de critérios relativamente à idade que marca o início da velhice, será pertinente interrogar se será possível estabelecer uma idade a partir da qual a pessoa se torna idosa, dada a complexidade fisiológica, psicológica e social do envelhecimento (Papalia & Olds, 2000).

Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. Apesar desta idade ser percebida como marco do início da velhice, ela não deve ser padronizada, porque a idade cronológica e biológica difere de indivíduo para indivíduo (Duarte, 2005). Para além disso, não parece adequado considerar a condição de idoso de uma forma

repentina aos 60 ou 65 anos, uma vez que o processo de envelhecimento é um processo gradual, sendo que, de qualquer forma, a definição de uma categoria específica que inclua as pessoas idosas resulta sempre de uma construção abstracta e normativa (Pimentel, 2005).

Para Oliveira (1999), o mais importante na definição de idoso não tem a ver com a idade cronológica, mas sim com o estado de saúde, mesmo assim, o autor divide o grupo etário dos idosos em três partes: os idosos jovens, entre 65 anos até aos 75 ou 80 anos de idade, idosos velhos, a partir dos 75 ou 80 anos aos 90 anos e, por último, os idosos muito velhos que se enquadram na faixa etária acima dos 90 anos de idade.

Papalia e Olds (1992, *cit. in* Fonseca, 2004) utilizam vagamente a expressão “envelhecimento” como tradução de um acontecimento desenvolvimental, optando por falar quase exclusivamente em “idade adulta”, que se divide em três períodos: “ idade adulta jovem”, dos 20 aos 40 anos; “ meia-idade adulta”, dos 40 aos 65 anos: “idade adulta tardia”, dos 65 anos em diante. Estes autores afirmam que se torna difícil traçar uma linha de demarcação entre o fim da meia-idade adulta e o início da idade adulta tardia, dado que à idade real não corresponde necessariamente uma idade percebida.

O mesmo sucede com Hoffman, Paris e Hall (1994, *cit. in* Fonseca, 2004), cuja diferença relativamente aos autores anteriores é situarem o limite inferior do que designam por "idade adulta mais tardia" ("later adulthood") nos 60 anos de idade.

Já Cavanaugh (1997, *cit. in* Fonseca, 2004) encara esta questão sob a forma de um processo (de desenvolvimento psicológico) que decorre continuamente ao longo da idade adulta e da velhice, as quais representam a parte mais longa da nossa jornada pela vida. Nesta medida, Cavanaugh (1997) opta por não estabelecer marcos etários entre "quando se é adulto" e "quando se é idoso", preferindo abordar a idade adulta e a velhice como *um todo* e destacando um conjunto vasto de tópicos com incidência desenvolvimental específica nesse "todo", como sejam as mudanças fisiológicas, o processamento de informação, a personalidade, trabalho e reforma, luto e morte. Isto porque, embora a idade cronológica seja um marco importante por se tratar de um método simples de organização dos acontecimentos (Cavanaugh, 1997 *cit. in* Fonseca, 2004) e ser efectivamente usada como principal índice de informação acerca de uma

pessoa e do seu desenvolvimento (Birren & Schroots, 1996, *cit. in* Fonseca, 2004), na perspectiva deste autor a idade cronológica, só por si, não explica muito, uma vez que é necessário recorrer a outros índices para se compreender o comportamento e a forma como ele evolui à medida que as pessoas vão envelhecendo.

Assim sendo, apesar da idade cronológica estar relacionada com o processo de envelhecimento, este não é um bom critério para o estudar, pois o número de anos que uma pessoa vive não nos fornece informações sobre a qualidade de vida, a sua experiência psicológica e social ou mesmo a sua saúde (Tamer & Petriz, 2007).

A propósito da dificuldade em definir o processo de envelhecimento com exactidão alguns autores fazem a divisão em diferentes categorias de idade, que Zimmerman (2000) especifica como sendo a idade biológica, a idade social e a idade psicológica. O que significa que o indivíduo, independentemente da idade cronológica, que na sociedade moderna serve para balizar os percursos de vida individuais segundo papéis e estatutos socialmente consagrados (Vaz, 2008), apresenta outras idades que lhe permitem envelhecer de formas diversas (Fonseca, 2004).

Na mesma ordem de argumentação, Birren e Cunningham (1995, *cit. in* Fonseca, 2004, p.24) também consideram ser vantajoso proceder à diferenciação de diferentes “categorias” de idade. Assim sendo: a *idade biológica*, refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, sendo especialmente importante para a consideração de problemas de saúde; a *idade psicológica* refere-se às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental; e a *idade sociocultural ou social* refere-se ao conjunto de papéis sociais que os indivíduos adoptam relativamente aos outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem.

Fernández-Ballesteros (2000) fala ainda em outro tipo de idade, a saber, a *idade funcional*. Segundo este autor, partindo do princípio que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, há algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia, outras que estabilizam e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida. Assim entendida, a idade funcional constitui-se como um

conjunto de indicadores (tempo de reacção, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que, na opinião de Fernández-Ballesteros (2000), permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório (Fernández-Ballesteros, 2000, *cit. in* Fonseca, 2004).

Perante o exposto, Pimentel (2005) refere que o envelhecimento é um fenómeno que ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa, assim, a delimitação do período em que se considera o ser humano como idoso é difícil de concretizar. Nesta lógica, não há uniformidade para estabelecer os limites em que começa e acaba a terceira idade e os 65 anos de idade como idade de reforma deixaram de ser a referência, visto que, actualmente, as pessoas reformam-se cada vez mais cedo, por razões que não se prendem só com a idade, mas sim e designadamente, com o desemprego, com a incapacidade e com a reforma antecipada, entre outros (Pimentel, 2005).

Com efeito, a reforma é definida por Fonseca (2005, *cit. in* Vaz, 2008) como um acontecimento de vida ou situação concreta que ocorre num determinado momento histórico da vida do indivíduo, induzindo mudanças assinaláveis e importantes que podem gerar afectos positivos ou negativos. Nesta lógica, ela não deve ser confundida com o envelhecimento, mas, efectivamente, muitas vezes, este acontecimento é visto como um símbolo social de transição para a velhice. Segundo Papalia e Olds (2000), existe a necessidade de rever esta ideia, pois, sessenta e cinco anos foi durante muito tempo a idade habitual da reforma, mas hoje muitas pessoas continuam a trabalhar até aos 90 e outras reformam-se aos 55, iniciando aí, às vezes, novas carreiras.

Assim sendo, cada vez é mais difícil de traçar a fronteira entre o fim da meia-idade e o início da terceira idade. “Muitas pessoas de 70 anos agem, pensam e sentem-se de maneira muito semelhante às pessoas de 50 anos de uma ou duas décadas atrás” (Papalia & Olds, 2000, p. 496). De igual modo, Margarida Gaspar da Mota (s/d, *cit. in* Félix, 2013, p. 32) refere num congresso que “As pessoas de 70 anos são as de 40 de há uns anos”.

Uma vez que não há consenso para estabelecer a delimitação do período a partir da qual se considera o ser humano como idoso será pertinente perguntar se é possível estabelecer algum limite de idade.

A este respeito, Paúl (2005, p.22) menciona que no Antigo Testamento há uma ideia sobre a longevidade máxima do ser humano que se aproxima dos nossos dias e aponta para os 120 anos como limite (Génesis, 6:3), embora para o Salmista Moisés do livro de Salmos (Salmo 90:10) a ideia de longevidade se reduza aos 70 ou 80 anos.

A maioria dos gerontologistas defende que 110 a 120 anos é o limite da vida humana (Papalia & Olds, 2000). Tamer e Petriz (2007) advertem que segundo estudos de epidemiologia da velhice, calcula-se que a longevidade potencial do ser humano, relativamente ao período de desenvolvimento máximo do indivíduo, está entre 120 e 130 anos, apesar de serem conhecidos casos de vida com mais de 140 anos. Contudo, este valor não é extrapolável para toda a população porque a sua variação é muito grande e é condicionada pela vida social (Tamer & Petriz, 2007). A este respeito Leonard Hayflick (1974, *cit. in* Papalia & Olds, 2000) descobriu que as células humanas não se dividem mais que 50 vezes em laboratório; isso é chamado de limite Hayflick, o qual foi então demonstrado ser geneticamente controlado (Schneider, 1992, *cit. in* Papalia & Olds, 2000). Assim sendo, este estudo revela existir um limite de idade, o que significa que, se todas as doenças e causas de morte pudessem ser eliminadas, as pessoas poderiam viver segundo Hayflick até aos 110 anos (Papalia & Olds, 2000). No entanto, como se pode verificar embora as pessoas possam viver cada vez mais, poucas são as que conseguem ultrapassar os 100 anos de idade. Por isso mesmo, é difícil determinar até que idade uma pessoa pode ou não viver (Papalia & Olds, 2000).

Efectivamente, os avanços da medicina e as melhorias da qualidade de vida da população aumentaram a longevidade mas ainda não eliminaram a incidência de incapacidades associadas ao processo de envelhecimento (Sousa, 2004). Por norma os cuidados aos idosos começam por ser assumidos por familiares, sendo cada vez mais reconhecido que o recurso às várias respostas sociais disponibilizadas pela segurança social são indispensáveis para o apoio aos idosos e, igualmente, às suas famílias, (Sousa, 2004). Este apoio é solicitado quando as famílias não conseguem responder de maneira eficiente às exigências dos mais velhos (Sousa, 2004).

O envolvimento de Instituições e técnicos no apoio e/ou cuidados ao idoso e sua família pode assumir diferentes características, em função do tipo de equipamento, isto é, se ocorre com o idoso a viver em sua casa usufruindo do serviço de Apoio Domiciliário ou

a frequentar o Centro de Dia ou Convívio, ou se implica a institucionalização permanente numa ²Estrutura Residencial para as Pessoas Idosas (ERPI), (Sousa, 2004).

1.3 Institucionalização na terceira idade

Há algumas décadas atrás, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas era da própria família, tarefa esta que tradicionalmente recaía sobre o elemento feminino mais próximo. Assim sendo, de acordo com Figueiredo (2004), cuidar dos idosos apresentava-se como uma extensão dos papéis normais da esfera familiar que, aliada à hostilidade para com as instituições, pressionava a família no sentido de manter esse papel. Também Hespanha (1993, *cit. in* Pimentel, 2005) refere que, mesmo nas piores condições, a opção pela institucionalização do familiar idoso era rejeitada. Neste sentido, a família organizava-se para assumir o que considerava a sua obrigação, ou seja, retribuir o sacrifício dos pais, dar o exemplo aos filhos ou evitar a censura dos vizinhos (Pimentel, 2005).

Entretanto, o aumento progressivo da população idosa, aliado às alterações que surgiram a nível social e ao nível da própria estrutura das relações familiares, proporcionou uma mutação no dever das famílias de cuidar dos seus seniores. Assim sendo, a disponibilidade da família para dar apoio efectivo aos seus idosos, em especial, aos dependentes é cada vez menor, pondo em causa o dever de reciprocidade e de solidariedade que a família detinha no passado (Pimentel, 2005). Segundo Figueiredo (2004), o número de familiares disponíveis e com condições de exercer a tarefa de cuidadores é cada vez menor e o número de idosos a necessitar de cuidados é cada vez maior.

Surgem, assim, algumas barreiras que vêm por em causa o que alguns autores referem sobre a família; que, efectivamente, ela é reconhecida como a principal entidade prestadora de cuidados em situação de dependência dos seus familiares e é considerada a instituição fundamental onde se desenrola a vida das pessoas, se expressam e satisfazem a maioria dos seus direitos, obrigações, e necessidades, desde o nascimento

² Nova denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, substituindo as designações Lar de Idosos e Residenciais para Idosos, nos termos da Portaria n.67/2012 de 21 de Março.

até à morte (Richards & Lilly, 2001, *cit. in* Lage, 2005). Neste sentido, a permanência do idoso no seu meio familiar e social é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice (Pimentel, 2005; Destéfani, 2001).

Contudo, a realidade mostra que isso nem sempre é possível, assim, se nas sociedades tradicionais existia um pacto entre gerações segundo o qual os adultos investiam nos seus filhos, na expectativa de que estes os apoiariam quando de tal precisassem, nas sociedades industrializadas esse pacto tácito não desaparece, mas passa por um processo de despersonalização (Pimentel, 2005). Nesta lógica, as famílias deixam de cuidar dos idosos transferindo essa responsabilidade para o Estado, que se assume como o grande promotor do bem-estar social, ou Instituições privadas, através do pagamento de uma quantia mensal pelos serviços prestados. Surgem, assim, um conjunto de serviços e equipamentos diversificados, de modo a abranger diferentes necessidades e diferentes níveis de carência.

Os equipamentos de maior implementação têm sido a ERPI (Pimentel, 2005). Esta resposta social emerge nos dias de hoje, como a única solução por parte dos familiares, para deixar os seus parentes idosos, contudo, segundo o parecer do Presidente da Confederação Nacional da Instituições de Solidariedade, a saber, Padre Lino Maia³, esta deveria ser encarada como a última hipótese a considerar. Isto porque este é um processo que pode deixar marcas nos familiares e no próprio idoso, uma vez que a ERPI ainda suscita imagens de abandono e incapacidade familiar, ou seja, ainda está muito presente na sociedade a ideia de que as famílias abandonam os parentes idosos e os institucionalizam precocemente, pelo facto de os filhos de hoje dedicarem menos atenção aos pais do que as gerações precedentes (Figueiredo, 2004).

Neste sentido, a crença no mito da negligência produz sentimentos de culpa nos filhos de idosos, devido à discrepância existente entre as normas e as expectativas e a inevitável realidade (Figueiredo, 2004). Para além disso, a mudança de um ambiente familiar para um ambiente desconhecido é geralmente experimentada pela pessoa idosa como uma ameaça à sua segurança, pois o facto de o idoso ter que se separar das suas coisas, enquanto símbolos que recordam uma vida (Lunt & Livingstone, 1992 *cit. in*

³ Entrevista dada à revista Teste/saúde da Deco-Protteste datada de Abril-Maio de 2013

Guedes, 2012), representa perda de uma parte da sua identidade, que vai interferir negativamente na sua saúde (Fernandes, 2002), despoletando estas perdas angústia no idoso (Cardão, 2009).

Nesta lógica, sejam quais forem as circunstâncias que envolvem o internamento, este representa para o idoso uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma ruptura com o meio, com o qual se identifica e para o qual deu um contributo mais o menos valioso (Pimentel, 2005), pois, ao dar entrada na ERPI, o idoso entra num ambiente onde tem que se inserir numa nova estrutura e aprender, conhecer e respeitar as regras e hábitos da mesma (Jacob, 2007).

Assim, a participação num novo contexto socializador, na maioria dos casos não desejada, que impõe uma vida colectiva sem ter em conta os gostos e os hábitos de vida tão enraizados ao longo de décadas de existência, pode contribuir para uma progressiva ameaça à identidade pessoal e social dos idosos e com isso conduzi-los à sua morte social (Guedes, 2012).

Contudo, torna-se frequente a necessidade de recurso a Respostas Sociais, em que se inclui o alojamento numa ERPI, a título temporário ou permanente. Isto porque a realidade mostra que o progressivo envelhecimento da população, aliado a condições como a alteração na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições de habitabilidade, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde (Pimentel, 2005), a insuficiência de recursos financeiros e emocionais dos membros da família (Busse, 1992, *cit. in.* Fernandes 2002), combinada com a ausência ou insuficiência de apoios sociais para garantir a manutenção dos idosos no seu domicílio (Paúl, 1997) faz levantar a questão emocionalmente tão difícil da institucionalização, em que o aumento da procura das Estruturas Residências tem sido uma evidência significativa na sociedade actual.

Nesta mesma ordem de ideias, Guedes (2012), através do seu estudo verificou que os motivos que estão na base do internamento do idoso se reflectem em múltiplas perdas, a saber, a perda da sua autonomia, seja ela física, económica, familiar ou psíquica, perda de cônjuge, solidão, doença e deterioração física e/ou mental, perda ou degradação

habitacional, desentendimentos familiares e/ou indisponibilidade da família para cuidar do seu geronte.

À luz do que foi referido, são vários os autores e os estudos que se pronunciam acerca das possíveis razões que poderão levar um idoso a ser admitido numa ERPI. As causas para a institucionalização podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação destas diversas causas, e não apenas de uma ou de duas, que origina a escolha deste tipo de apoio social (Guedes, 2012).

Perante o exposto, as pessoas idosas quando se encontram nas situações anteriormente referidas necessitam de apoio, de Respostas Sociais com qualidade. Deste modo, quando o idoso é inserido numa ERPI, este equipamento social deve ser a continuação da sua moradia, ou seja, um lugar para viver, onde o idoso possa continuar a ser respeitado como uma pessoa única, com um nome e uma história, dono de sonhos e desejos (Destéfani, 2001). Por outro lado, é indubitável que se o ambiente for inadequado, pode ameaçar a integridade do idoso, este pode regredir e o seu estado de saúde deteriorar-se de forma rápida (Fernandes, 2002).

Efectivamente, em muitos casos, a realidade das ERPI não apresentam condições minimamente dignificantes para os seus residentes, (Pimentel, 2005). Assim, quando o idoso dá entrada neste tipo de Resposta Social, por vezes a institucionalização é concebida como um mundo à parte, “onde regras e horários são iguais para todos” (Cardão, 2009, p.42). Isto porque algumas ERPI não estão preparadas para proporcionar aos seus utentes serviços individualizados que respeitem a personalidade, a privacidade, modos de vida diversificados (Pimentel, 2005), os seus desejos, e os seus direitos à autonomia são desvalorizados (Guedes, 2012), pois o que importa para os cuidadores formais da instituição é manter e assegurar as necessidades físicas dos seus residentes, assumir a responsabilidade pelo bem-estar dos utentes, gerir a vida da pessoa idosa, rotulando-o como socialmente dependente (Sousa, 2004).

Fernandes (2002) salienta que esta realidade institucional tenderá a privar os residentes de estimulação, de atenção emocional e de vínculos afectivos. Para além disso, pode levar ao surgimento de sintomas, tais como, inibição, incapacidade relacional, perturbações ansiosas, sintomas depressivos, inactividade, frustração, perda de interesse

pela vida (Jacob, 2007), perda de auto-estima, dependência excessiva e interesses e respostas emotivas diminuídas (Fernandes, 2002).

Nesta mesma ordem de ideias, todos estes sintomas, causados pelas inúmeras perdas que os idosos podem vivenciar quando estão integrados num meio que é limitado e assume o controlo de muitos aspectos das suas vidas, pode ser responsável pelas deficiências cognitivas, frequentemente observados nos idosos institucionalizados (Paúl, 1997).

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, este tipo de ambiente é muitas vezes agravado pelo internamento de mais pessoas e pela fragilidade dos residentes antigos, assim, a institucionalização corre “o risco de tornar-se um hospital de terceira linha, ou pior, uma antecâmara da morte” (Born, 2002, *cit. in* Cardão 2009, p. 41).

Dos vários factores que podem intervir de uma forma negativa nas vivências da pessoa institucionalizada, um estudo efectuado por Pimentel (2005) demonstrou, que a maioria dos equipamentos destinados a esta franja da população limitam-se a dar respostas às necessidades fisiológicas e esquecem e/ou reprimem as do nível social, afectivo e sexual. Verificou ainda que os cuidadores têm falta de sensibilidade para lidar com a especificidade de cada indivíduo, obrigando os utentes a viverem de acordo com as normas restritivas impostas pelo equipamento social.

Um outro estudo realizado neste âmbito por Guedes (2012) comprovou que, do ponto de vista das relações sociais, existe uma diminuição generalizada nos contactos estabelecidos com a família, vizinhos e amigos anteriores. Ficou também perceptível que, por regra, as actividades regulares são rotineiras, empobrecidas, sem apelo à criatividade, a novas oportunidades ou aprendizagens.

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, de facto, as Instituições criam situações muito diferentes da que existe no mundo real (Zimerman, 2000). Pimentel (2005, p.59), a este propósito alude que “é usual considerar as pessoas que vivem em família como fazendo parte da sociedade e os que estão em instituições como dela estando excluídos”.

Perante o exposto, Destéfani (2001) adverte que o idoso só se sente adaptado e integrado numa ERPI quando sente que a nova moradia é a sua casa. Para isso, é necessário ter a preocupação de adaptar o ambiente físico face à sua problemática, criar novos equipamentos de ajuda, ter um programa adequado de atendimento, e acima de tudo, ter trabalhadores, desde os técnicos e não técnicos, capacitados para uma actuação humanizada, personalizada, que tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada idoso (Destéfani, 2000; Zimerman, 2000). Tendo sempre como horizonte que os residentes são o centro de toda a actuação, como tal, os seus desejos e interesses devem ser respeitados (Zimerman, 2000).

Ao fazer-se uma breve resenha pelos diferentes autores sobre as consequências da institucionalização dos idosos é-se levado a considerar que a institucionalização tem os seus riscos e perigos, podendo causar regressão e desintegração social, falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual, ou seja, de uma maneira geral a maioria dos investigadores (Guedes, 2012; Cardão, 2009; Pimentel, 2005; Zimerman, 2000) apresentam, geralmente, críticas negativas sobre os cuidados institucionais, focando a deterioração física, psicológica e social que deles resulta e retratando a vida em comunidade como preferível à vida institucional.

Todavia, alguns estudos têm sugerido que os efeitos da vida institucional podem ser menos nocivos do que comumente se supõe. Embora o impacto que a institucionalização possa ter sobre a interacção social pareça exercer uma influência importante sobre a auto-estima, existem opiniões diferentes, considerando que a institucionalização poderá ser útil para a auto-estima por aumentar as oportunidades de interacção e papéis sociais adequados ao idoso (Fernandes, 2002).

Assim, uma boa adequação entre a pessoa e o ambiente conduz a resultados positivos, enquanto uma fraca adequação entre o comportamento do pessoal e as necessidades dos residentes, com vista à independência ou dependência, pode influenciar o desenvolvimento de uma série de resultados negativos (Paúl, 1997).

Por isso, é necessário ter em conta vários factores no momento de optar ou não pela institucionalização do sénior, a saber, o grau de dependência do mesmo, o tipo de

cuidados que necessita e as possibilidades da família no que concerne aos recursos materiais e ao tempo que pode dispor para cuidar do idoso (Pimentel, 2005). Apesar da imagem negativa e de falta de qualidade que se atribui à ERPI em geral, nem sempre a manutenção do idoso em sua casa ou na dos filhos pode ser a melhor solução, por vezes, o internamento em instituições especializadas responde de forma mais adequada às suas necessidades (Pimentel, 2005).

Assim sendo, a institucionalização apresenta dualidades das quais é necessário tomar consciência. Se, por um lado, a entrada na ERPI previne e apoia as situações de doença e dependência, havendo apoio permanente em todos os momentos do dia, por outro, representa um corte, ainda que simbólico, com a vida passada, os hábitos quotidianos e a realidade física e relacional envolvente (Guedes, 2012).

Efectivamente, o ideal seria não ser necessário recorrer a institucionalização (Zimmerman, 2000) e que todos os idosos pudessem envelhecer no seio familiar, sendo assistidos com amor e carinho (Destéfani, 2001). Contudo, por vezes a realidade mostra que tal cenário não é possível, provocado por diversos factores de ordem económica e social (Zimmerman, 2000). Isto porque há famílias que independentemente das condições económicas, não podem manter os seus “velhos” em casa e é incapaz de proporcionar um ambiente agradável e também porque há idosos sem retaguarda familiar que não teriam para onde ir (Zimmerman, 2000).

À luz do que foi referido, é importante relembrar, que apesar das vicissitudes, não se pode negar que os serviços institucionais representam um importante recurso para as pessoas idosas em situação de dependência, sobretudo para aquelas que vivenciam um ou mais problemas anteriormente referenciados. Contudo, a ERPI não substitui a família nem é uma solução desejável para a maior parte dos idosos, que encaram a admissão na estrutura residencial com angústia (Cardão, 2009 ; Guedes, 2012).

De acordo com diversos estudos e inquéritos, Fericgla (1992, *cit. in* Osorio 2004 p.257) alude que optar por ir viver para uma ERPI é uma opção que fica em último lugar nas preferências dos anciãos. Assim sendo, as suas escolhas exprimem-se pela ordem seguinte: viver com os filhos e netos; viver com o cônjuge, ainda que apareçam, frequentemente, problemas de saúde que dificultem esta situação; viver sozinho, mas

com condições económicas mínimas asseguradas; viver, por temporadas, nos lares dos filhos; ir viver para uma ERPI (principalmente entre os indivíduos de nível económico baixo e autóctones).

Diversas razões justificam esta não preferência pela ERPI. Em primeiro lugar, os factores simbólicos (a imagem social da ERPI, por vezes assimilada aos antigos “asilos”); os factores imediatos e afectivos (a ruptura com a vida passada, a perda de referentes, a sensação de desenraizamento social); os factores materiais (rigidez do estilo de vida, preço a pagar pela institucionalização numa ERPI, etc.) Osorio (2004).

Por conseguinte, quando o idoso é admitido na ERPI, a família vai ter uma função importantíssima na sua integração, na manutenção dos vínculos afectivos, nos contactos com o exterior, na envolvência, no interesse (Pimentel, 2005). A participação da família na vida quotidiana da ERPI, ajuda o residente a aceitar e a integrar-se melhor. É importante ajudar a família a perceber que, desde o momento da admissão, apenas uma parte da responsabilidade com o idoso passa para a instituição, e que ele continua a fazer parte da família e que tudo deve ser feito para manter os laços (Destéfani, 2001).

Perante o exposto, se houver a preocupação de criar equipamentos estruturados de acordo com as necessidades dos seus utentes, que respeitem a sua forma de estar na vida, a sua personalidade e individualidade, e que lhe proporcionem espaços de realização pessoal, talvez a institucionalização se torne menos penosa e angustiante (Pimentel, 2005).

1.3.1 Institucionalização versus ocupação do tempo

Como se verificou no ponto anterior, a institucionalização nem sempre é fácil, porque sair de casa nem sempre é agradável para o idoso. Contudo, este processo pode ser menos penoso se “O Lar for um processo global de animação sócio-cultural gerador de convivência, participação e desfrute do ócio e da cultura” (Osorio, 2004, p. 258).

Assim sendo, o trabalho de Animação é de grande relevância quando nos referimos a idosos institucionalizados. Neste sentido, “o grande princípio básico é possibilitar às

peessoas idosas uma vida digna para que continuem a aproveitar as oportunidades para o desenvolvimento pessoal e que, no ambiente institucional dos Lares, se crie uma melhor qualidade de vida” (Osorio, 2004, p. 258). Por conseguinte, quando a instituição não tem implementado um programa de animação as consequências sobre os residentes podem ser muito nefastas (Jacob, 2007).

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, um estudo realizado em Bragança indicou que os idosos se sentem mais infelizes numa ERPI que não tem uma estrutura de animação estabelecida (Jacob, 2007). Nesta lógica, os idosos que estão institucionalizados têm um auto-conceito (percepção que um indivíduo faz de si próprio e o conceito que forma de si) mais baixo do que os idosos que vivem em casa própria (Palhoto, 1997, *cit. in* Jacob, 2007), sofrem de estados depressivos, tédio, apatia, perda progressiva de identidade, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade e falta de objectivos de vida (Cruz, 1992, *cit. in* Osorio, 2004).

A razão para esta situação poderá ser o reduzido número de actividades que os idosos institucionalizados executam em relação aos que vivem em casa (Bromley, 1966, *cit. in* Jacob, 2007) que os impossibilita de ocupar de forma activa e agradável o excessivo tempo vazio e sem sentido, com o objectivo de se descontraírem física e psicologicamente (H. Lopez Cruz, 1992, *cit. in* Osorio, 2004).

Perante o exposto, é absolutamente necessário ressaltar a importância de implementar programas de animação sócio-cultural (pode enquadrar-se num programa que contemple várias actividades recreativas, culturais e desportivas) e de desenvolvimento sócio-pessoal, como forma de proporcionar aos residentes da ERPI um estímulo permanente às suas capacidades físicas e cognitivas e permitir “romper” com a monotonia e melhorar o dia-a-dia. Isto porque a pessoa idosa, especialmente a que vive numa Instituição, ao permanecer demasiado tempo desocupada isso, acaba por ser um factor de tensão na velhice com a consequente repercussão sobre a saúde e o bem-estar biopsicossocial já referenciado (Cruz, 1992, *cit. in* Osorio, 2004).

Contudo, apesar dos vários aspectos negativos aqui evidenciados pela ausência de um programa sócio-cultural que contemple actividades recreativas, culturais e desportivas, as prioridades das Instituições, sejam públicas ou privadas com e sem fins lucrativos,

ainda não estão direccionadas para a animação, como factor potenciador de bem-estar dos seus residentes, uma vez que é considerado um serviço secundário e sem grande validade (Jacob, 2007). Isto porque, as Instituições dirigem os seus recursos humanos, materiais e financeiros, principalmente para os cuidados de higiene, saúde e alimentação, e só se sobrar tempo e alguns meios se preocupam com a animação: “A maioria dos organizações limitam-se a fazer alguns passeios, duas ou três festas anuais e a comemorar os aniversários dos idosos” (Jacob, 2007, p.37).

Tendo em conta que a ocupação do tempo através das actividades representa um conjunto de passos com vista a facilitar o acesso a uma vida mais activa e mais criadora, a melhorar o relacionamento interpessoal e a fomentar o desenvolvimento da personalidade do indivíduo (Jacob, 2007; Zimerman, 2000), a Animação Sócio-cultural deverá ser considerada um serviço indispensável à manutenção da qualidade de vida do idoso (Jacob, 2007).

Os técnicos que administram as Instituições devem ser sensibilizados a incluí-la no conjunto de serviços prestados à terceira idade, dando-lhe o mesmo grau de prioridade que estabelecem para os outros serviços, quer para enaltecer um grupo com características muito próprias, já salientadas ao longo deste estudo, quer para dignificar as instituições (Jacob, 2007). Deste modo, daqui a alguns anos teremos uma nova geração de idosos menos depressivos, menos solitários, menos dependentes de medicação e claro com uma velhice mais bem disposta e mais activa, ao mesmo tempo que cuidam mais da sua saúde física e psíquica (Oliveira, 2005).

Existem algumas actividades de animação que são possíveis de realizar nas instituições, a saber:

“Jornais de parede, decoração das instituições, idas ao jardim e/ ou café, leitura de livros, revistas ou jornais e depois comentar o que se leu, jardinagem, pequenas tarefas da organização das instituições, como ajudar na cozinha ou na lavandaria, comemoração dos dias de aniversário e dos dias festivos, ouvir música ou ver filmes, os mais aptos poderão ajudar os menos aptos à hora das refeições e actividades físicas, cognitivas ou de expressão” (Jacob, 2007, p.38).

Contudo, ao trabalhar com esta população é necessário ter em conta que, por vezes, é complicado estimular a participação dos idosos nas actividades, devido às várias

limitações com que se encontram, como a idade, as condições de saúde muito distintas, as condições de solidão e os modos de vida que adoptaram a partir de certo momento da sua vida (Zimmerman, 2000). Assim sendo, é importante apresentar actividades adequadas à idade e às limitações do sénior, que despertem entusiasmo, sem exercer qualquer tipo de obrigação ou obrigatoriedade (Jacob, 2007). Isto para evitar o risco de encontrar diversas reacções negativas às propostas apresentadas, como a indiferença e o desprezo (Jacob, 2007).

1.4 Respostas sociais na terceira idade: novos desafios aos sistemas de protecção social para idosos

Os sistemas universais de protecção social foram construídos para proteger os trabalhadores e as suas famílias ou o conjunto dos cidadãos, contra as consequências de uma diversidade de “riscos”. Entre eles o do envelhecimento, um dos mais relevantes e também consumidor do maior volume de recursos (<http://www4.seg-social.pt/idosos>).

Assim, o processo de envelhecimento da população em Portugal, e as consequências daí resultantes para as famílias e para a Segurança Social, levou o Estado a conceber novas formas de intervenção e a ajustar as respostas sociais já existentes à nova realidade social, nomeadamente com uma maior dinamização no apoio social desenvolvido no domicílio, assim como em estruturas de convívio, de combate ao isolamento e à exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso ⁴(CES, 2013).

Estas respostas sociais devem ser alvo de grande análise e investimento, uma vez que se revelam veículos e/ou meios para melhorar a qualidade de vida, promover a autonomia do idoso no seu ambiente, reduzir a dependência de serviços e potenciar as redes de vizinhança e familiares (CES, 2013).

As respostas sociais desenvolvidas por Instituições Privadas com fins lucrativos ou por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos ou equiparadas como Santas Casas da Misericórdia, Centros Sociais ou Paroquiais, são

⁴ Parecer do Conselho Económico e Social (CES) realizado em Março de 2013, *Sobre as Consequências Económicas, Sociais e Organizacionais Decorrentes do Envelhecimento da População*.

apoiadas pelo Instituto da Segurança Social com o objectivo de favorecer a autonomia e a participação das pessoas idosas (Guia dos Direitos da Pessoa Idosa da Segurança Social, 2010).

Efectivamente, a grande maioria das respostas sociais em Portugal para os idosos é executada pelas IPSS (Jacob, 2007) e são, “neste momento a melhor resposta que há em Portugal pelo facto de existir uma fiscalização permanente por parte da Segurança Social” (Presidente da CNIS⁵, numa entrevista dada a revista Teste/Saúde da Deco-Proteste datada de Abril-Maio de 2013).

De acordo com o Relatório da Carta Social de 2012, as IPSS ainda continuam a ser detentoras de uma grande percentagem de respostas sociais para idosos, o que vem reforçar o papel que a rede solidária tem desempenhado enquanto catalisador no desenvolvimento de novas resposta de apoio à população.

Assim, em Dezembro de 2012 identificaram-se em Portugal Continental mais de 5 200 entidades proprietárias de equipamentos sociais, representando as entidades não lucrativas 71% e as entidades lucrativas 29%. Do total das entidades não lucrativas, cerca de 90% são IPSS (Relatório da Carta Social de 2012). O que leva a reflectir que de acordo com o mesmo relatório o número de equipamentos sociais apresentou em 2012 por comparação ao ano de 2000, um crescimento de 33%, representando cerca de 2000 novos equipamentos. Os equipamentos de entidades não lucrativas teve no período (2000-2012) uma posição de destaque no âmbito da RSES⁶ no apoio às famílias e bem-estar dos indivíduos (Relatório da Carta Social de 2012).

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, a Segurança Social dispõe de um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social que têm como objectivo promover a autonomia, a integração social e a saúde (Guia dos Direitos da Pessoa Idosa da Segurança Social Datada de Dezembro de 2010).

⁵ Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

⁶ Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

Assim, em função das necessidades e do grau de autonomia do sénior, existem 7 tipos de respostas, que o Ministério do Trabalho e da Segurança Social caracteriza da seguinte forma (<http://www4.seg-social.pt/idosos>).

Apoio Domiciliário - Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das actividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

Centro de Convívio - Resposta social de apoio a actividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.

Centro de Dia - Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.

Centro de Noite - Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento nocturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

Acolhimento Familiar - Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas - Resposta social destinada a alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos.

Centros de Férias e Lazer - Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

De acordo com o Relatório do ano de 2012 apresentado pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (realizado pelo gabinete de Estratégia e Planeamento, designado por Carta Social da Rede de Serviços e Equipamentos no Continente), as respostas sociais direccionadas às Pessoas Idosas apresentaram em 2012 um crescimento expressivo de 42%, relativamente ao período de 2000-2012, reflectindo-se em mais 2100 novas respostas desde o ano de 2000, fruto da preocupação existente face ao número elevado de idosos.

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é a resposta que apresenta a maior taxa de crescimento (62%), seguindo-se a ERPI (44%) e por último, o Centro de Dia (31%). Em consequência deste aumento significativo das respostas sociais, a capacidade de apoio e de serviços também crescem substancialmente, assim como a criação de emprego nesta área. Por referência ao ano de 2000 verificou-se um aumento do número de lugares disponíveis, que regista uma taxa de crescimento de 47% (84 000 novos lugares) (Carta social, 2012).

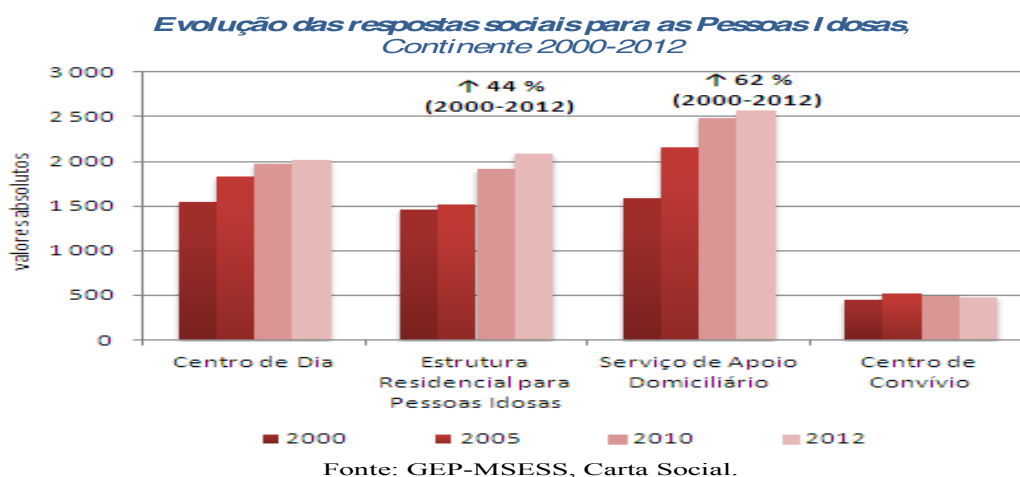


Figura 1 – Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente 2000-2012

Com as transformações verificadas na sociedade Portuguesa, quer a nível demográfico quer a nível familiar, os desafios que se colocam aos equipamentos sociais com intervenção na área da terceira idade prendem-se com a capacidade para responder atempadamente e adequadamente às necessidades da pessoa idosa e a sua família. (Manual de Boas Práticas da Segurança Social).

Conhecer melhor a realidade de cada idoso e o seu contexto familiar, para uma correcta intervenção no que concerne à adequação dos recursos e serviços disponíveis, é uma

condição indispensável numa sociedade que se pretende solidária, justa e aberta a todos os cidadãos. Neste sentido, torna-se imperativa a convergência de esforços e a estreita articulação entre os diferentes equipamentos sociais com intervenção no âmbito da terceira idade. Para além disso, torna-se crucial o envolvimento de todos os técnicos em equipas multidisciplinares, de forma a melhorar efectivamente as condições de vida da pessoa idosa e a fomentar a sua autonomia pessoal e social. Só com base numa acção conjunta e bem coordenada será dada uma resposta assertiva às necessidades do idoso. (Manual de Boas Práticas da Segurança Social).

A este respeito, importa ainda ter presente que, de acordo com os Guias Práticos da Segurança Social, todos os equipamentos sociais são obrigados a ter um regulamento interno onde devem constar, entre outros, as regras de funcionamento, os direitos e deveres dos utentes e dos familiares, horários e períodos de funcionamento, de visitas, quadro do pessoal, sistemas de participação. É norma obrigatória dar a conhecer o regulamento antes da entrada do utente na instituição, bem como aos seus familiares (<http://www4.seg-social.pt/guias-praticos>).

Fora das respostas sociais tipificadas pela Segurança Social, temos o Turismo Sénior e as Universidades da Terceira Idade (Jacob, 2007). O Turismo Sénior é dirigido especialmente aos mais velhos e mostra um cuidado especial com as questões de acessibilidade e com a duração e intensidade das viagens (Jacob, 2007). A este respeito, Jacob (2007, p.18) adverte que “o Turismo é um facto social de afastamento das pessoas do local de trabalho e de residência para se dedicarem a actividades de recreio, descanso e lazer”.

Apesar da nova resposta social, Universidade da Terceira Idade (UTI), ainda não ser reconhecida pela Segurança social, é uma mais valia no quotidiano dos idosos, pelo facto de proporcionar uma velhice com maior qualidade de vida através de propostas de educação permanente, dirigidas a pessoas com mais de 50 anos, interessadas em actualizar e adquirir novos conhecimentos (Jacob, 2007).

Pesquisas têm demonstrado que a educação é um dos instrumentos que propiciam ao indivíduo alcançar o envelhecimento activo. Envelhecer com saúde física, mental e espiritual é um dos maiores desafios das pessoas nesta faixa etária. Nessa perspectiva,

uma das adaptações mais bem sucedidas quando se fala em envelhecimento bem-sucedido foi a criação das Universidades e Faculdades da Terceira Idade (WWW.rutis.org).

A este propósito, Jacob (2007, p.18) adverte que as “UTI’s aparecem porque os seniores precisam de ter espaços culturais e sociais adaptados aos seus gostos e capacidades, nomeadamente à necessidade de se sentirem úteis, activos e participativos”.

Muito sucintamente, é de referir que as primeiras surgiram em Portugal nos anos 70, mas só no início do século XXI é que o movimento emergiu com grande força e tem como objectivo criar e dinamizar regularmente actividades culturais, sociais, educacionais e de convívio (Jacob, 2007). Em Portugal, Universidades Seniores estão associadas à RUTIS (Associação Rede de Universidades da Terceira Idade) que é uma rede que une as Academias e Universidades da Terceira Idade (WWW.rutis.org).

Depois de uma breve abordagem no âmbito das respostas sociais disponíveis para idosos, Jacob (2007, p.18), adverte que faz todo o sentido que se aposte na evolução de algumas das respostas tradicionais para esta população, como é de prever o surgimento de novas respostas. Deste modo, este autor refere que:

Vai continuar a aumentar a procura por estes serviços. Actualmente existe um elevado nível da procura expressa não satisfeita (lista de espera) nas valências para idosos;

Os actuais Centros de Convívio tenderão a diminuir em quantidade, podendo alguns evoluir para Universidades de Terceira Idade;

Os Centros de Dia tenderão a funcionar todos os dias (fins-de-semana e férias) e em horário mais alargado;

Os utentes do serviço de Apoio Domiciliário tenderão a aumentar, assim como os serviços tenderão a funcionar todos os dias e inclusive à noite;

Os Lares tenderão a diminuir, tornando-se cada vez mais especializados em grandes dependentes e idosos com demências;

Irão surgir cada vez mais Residências, versões mais reduzidas (até 25 utentes) e melhoradas dos Lares;

O trabalho com idosos vai ser cada vez mais especializado e exigente;

Haverá um aumento das actividades de animação para seniores;

À luz do que foi referido, o CES também se pronunciou apontando no Parecer de iniciativas que realizou em Março de 2013, *Sobre as Consequências Económicas*,

Sociais e Organizacionais Decorrentes do Envelhecimento da População, algumas recomendações indispensáveis para fazer face as necessidades actuais dos idosos.

Assim sendo, recomenda algumas iniciativas que caminhem ao encontro dos princípios de envelhecimento activo, para uma maior qualidade de vida dos idosos. Como seja, tornar o Turismo Sénior acessível para todos, recorrendo a estruturas como o Inatel e outras, como forma de divulgação cultural e do património, material e imaterial, entre os mais velhos; a inserção e a participação social dos idosos através de programas de voluntariado e das Academias e Universidades Seniores (CES, 2013).

Segundo o CES (2013) é inevitável e fundamental o desenvolvimento de políticas de qualidade das respostas sociais, pelo que aconselha que se incentive as Instituições a oferecerem serviços de qualidade que satisfaçam em pleno as necessidades dos seus utentes. Assim sendo, os serviços públicos devem oferecer uma resposta articulada, porque os idosos carecem de respostas adaptáveis, de acordo com o meio, com os serviços disponíveis, adquirindo neste contexto a flexibilidade das respostas sociais uma grande importância. As respostas sociais como agentes sociais de apoio directo aos idosos devem ser intensificadas, nas diversas situações de dependência, de isolamento social, de saúde, de participação, social e inclusive de emprego. De facto, as respostas sociais, o serviço de Apoio Domiciliário, os Centros de Dia e os Centros de Noite vêm prevenir e combater o isolamento social e promover a qualidade de vida, resultando numa resposta mais económica e mais humana a nível do meio ambiente do idoso.

Ainda de acordo com o mesmo documento o CES (2013) defende que é necessário apresentar modelos futuros de respostas sociais numa perspectiva de inovação social. Isto porque, nos últimos anos em todos os países da União Europeia, verificou-se um aumento nos programas de cuidados de longa duração para idosos fora dos esquemas mais tradicionais, defrontando um conjunto de factores de natureza demográfica, social, tecnológica, epidemiológica e política que influenciam quer a procura, quer a oferta de cuidados domiciliários.

O CES (2013) adverte ainda que a nível europeu se verifica um aumento da procura de cuidados ao domicílio, mais individualizados e personalizados, o que se traduz numa inovação, contrariando a procura habitual de Lares Institucionais. Assim sendo, o

mesmo documento aponta que a oferta de cuidados domiciliários é a resposta que mais agrada aos cidadãos idosos e que privilegia as famílias, devendo ser olhada não como a “única” resposta, mas como “uma” das principais respostas.

Para além disso, o CES (2013) advoga que, a par do desenvolvimento de respostas que respondam às necessidades e carências desta população (o que implicará um crescimento de emprego sobretudo na área da saúde e da acção social), também se deve promover o enquadramento político e legislativo adaptado às condições físicas e cognitivas que permita aos idosos reformados continuar a desempenhar um papel activo na economia do país.

Como forma de complementar o estudo que esta a ser realizado de natureza teórica, no capítulo que se segue será abordado as questões da estimulação física e cognitiva e das repercussões que estas têm na qualidade de vida dos idosos.

CAPÍTULO II – EFEITOS DA ESTIMULAÇÃO FÍSICA E COGNITIVA NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

2.1. Uma visão multifacetada sobre a qualidade de vida

Certamente que vem já há longa data a ânsia do ser humano querer viver a sua vida da melhor forma possível, ou seja, com qualidade de vida. Deste modo, definir a qualidade de vida ou os seus conceitos mais próximos (felicidade e bem-estar) é uma preocupação antiga (Aristóteles, 2003, *cit. in* Fleck, 2008). É difícil determinar o nascimento da expressão “*Qualidade de Vida*” (Bowling, 2001, *cit. in* Meneses, 2005). De acordo com Bech (1993, *cit. in* Meneses, 2005), o conceito surgiu na economia após a II Guerra Mundial, principalmente nos países desenvolvidos.

A partir dos anos 70, vários foram os sociólogos que se interessaram por este conceito, sendo unânime entre eles a importância de o avaliar e estudar (Couvreur, 2001). Sem haver consenso quanto à sua definição, em 1974 no Congresso Mundial de Sociologia de Toronto, uns consideravam a alegria de viver enquanto que outros tinham mais em conta a satisfação nas actividades quotidianas (Couvreur, 2001).

Efectivamente, ainda que a qualidade de vida seja avaliada há várias décadas, ainda não foi alcançado um consenso entre os investigadores em relação a uma definição e as dimensões que deve abarcar (Ogden, 2001; Shumaker, Anderson & Czajkowski, 1990, *cit. in* Meneses, 2005). Neste sentido Schipper e Powell, 1990; Vam-Dam e Van, 1981, (*cit. in* Meneses, 2005, p.38) aludem que “esta dispersão conceptual acaba por enfraquecer o conceito, podendo-se encontrar a expressão na ausência de qualquer referência ao seu significado”.

Dada a dificuldade em definir qualidade de vida com exactidão por se tratar de um conceito extremamente complexo; a abordagem realizada procederá a uma confrontação com definições diversas, desde as mais ligadas aos aspectos de saúde e respectivas consequências na vida das pessoas até às mais abrangentes que englobam todos os aspectos da vida humana.

Segundo, Shumaker et al., (1990, *cit. in* Meneses, 2005, p. 39-40) o conceito é definido como “a satisfação individual global com a vida e a sensação geral, pessoal de bem-estar”. Também Cramer (1993, 1994, *cit. in* Meneses, 2005), Fries e Spitz, (1990, *cit. in* Meneses, 2005) e Ribeiro (2005) apresentam o conceito de qualidade de vida como um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não somente a ausência de doença ou incapacidade física e que corresponde à definição da OMS, como se constatará ao longo desta abordagem.

Assim, o termo qualidade de vida como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um único significado (Patrick, 2008). Efectivamente, a boa saúde é um recurso para a boa qualidade de vida, mas elas não podem ser consideradas sinónimos (Chatterji & Bickenbach, 2008).

Com uma visão diferente, Hermann (1992, *cit. in* Meneses, 2005) adverte que a qualidade de vida refere-se “às experiências, comportamentos e estados de grupos de indivíduos que se sabe terem uma doença”. De igual modo, Schipper (et al., 1990, *cit. in* Meneses, 2005, p. 40) define a qualidade de vida “a partir da percepção do doente do efeito funcional da doença e seu tratamento sobre o próprio, tendo em consideração a expectativa”.

De opinião divergente, Couvreur (2001) refere que a qualidade de vida compreende simultaneamente um aspecto objectivo e subjectivo. Leventhal e Colman (1997, *cit. in* Meneses, 2005) também defendem o aspecto subjectivo que o mesmo encerra, afirmando:

“Qualidade de vida é um juízo subjectivo e genérico, sendo o juízo sobre a qualidade um produto da atenção sobre e da avaliação da experiência pessoal do individuo em vários domínios e da integração destas observações num juízo global que usa uma regra de decisão ainda não especificada” (Leventhal e Colman, 1997, *cit. in* Meneses, 2005, p. 40) .

Por conseguinte, Pais-Ribeiro (2004, *cit. in* Chatterji & Bickenbach 2008, p.45) e Haas, (1999, *cit. in* Chatterji & Bickenbach 2008, p.45) referem que uma revisão da literatura sobre a qualidade de vida, indica que a noção é usada, pelo menos, de seis maneiras diferentes, a saber:

1. Qualidade de vida como oposto de quantidade de vida, ou seja, duração da vida ou longevidade;
2. Qualidade de vida como sinónimo de experiência global vivida por um indivíduo;
3. Qualidade de vida como satisfação de um indivíduo com todos os aspectos da vida, incluindo a saúde;
4. Qualidade de vida como a importância que o indivíduo dá para diferentes domínios de sua vida, incluindo a saúde (ou seja, seu próprio estado de saúde);
5. Qualidade de vida como felicidade ou bem-estar, medida considerando domínios objectivos (saúde, renda segurança, etc.) ou como uma noção subjectiva tanto por meio de perguntas directas, quanto por meio de respostas e perguntas sobre os chamados estados de saúde mental positivos;
6. Qualidade de vida como uma combinação do que foi dito.

Chatterji e Bickenbach (2008) advertem que todas estas definições têm em comum o domínio da saúde (tanto como um estado de saúde objectivo quanto como a reacção subjectiva do respondente àquele estado) que é considerado um componente da qualidade de vida. Assim, salientam que praticamente ninguém discorda que a percepção da saúde ou a satisfação com a mesma seja considerado o factor mais importante para o bem-estar humano (Chatterji e Bickenbach, 2008).

De acordo com o ponto de vista de Chatterji e Bickenbach (2008) o conceito de qualidade de vida deve-se restringir à avaliação ou à satisfação subjectiva com um conjunto de domínios específicos que são considerados os mais importantes pelas pessoas em geral, tais como, saúde, relações pessoais, capacidade de realizar tarefas

diárias, condições de vida, a segurança financeira e a avaliação de estados positivos, tais como sentir-se animado e feliz. Para além disso, estes autores sugerem que para complementar essas avaliações feitas com base nas recordações e auto-avaliações e que têm uma perspectiva a longo prazo, é necessário, também, centrar-se na experiência pessoal em determinado momento e compreender a natureza das experiências afectivas e a sua duração (Chatterji & Bickenbach, 2008).

Calman (1987, *cit. in* Fleck, 2008) fez contribuições importantes para tornar o conceito de qualidade de vida mais claro. Para este autor, uma boa qualidade de vida está presente quando as esperanças e as expectativas de uma pessoa são satisfeitas pela experiência, sendo essas expectativas modificadas pela idade e pela experiência. Para além disso, Calman (1987, *cit. in* Fleck, 2008, p.26) adverte que a definição de qualidade de vida tem algumas implicações:

“só pode ser descrita pelo próprio indivíduo; deve ter em conta vários aspectos da vida; está relacionada aos objectivos e às metas de cada indivíduo; a melhora está relacionada à capacidade de identificar e de atingir esses objectivos; a doença e seu respectivo tratamento podem modificar esses objectivos; os objectivos precisam de ser realistas, já que o indivíduo precisa de manter a esperança de poder atingi-los; a acção é necessária para diminuir o hiato entre a realização dos objectivos e as expectativas, podendo essa acção acontecer através do crescimento pessoal ou da ajuda dos outros; o hiato entre as expectativas e a realidade pode ser, justamente, a força motora de alguns indivíduos.”

De acordo com Frisch (1994, *cit. in* Meneses, 2005), o somatório da satisfação em determinadas áreas que a pessoa valoriza e que proporciona o contentamento perante a vida, traduz uma outra definição da qualidade de vida.

À luz do que tem vindo a ser referido, Fleck (2008, p. 25) alude que a definição que melhor traduz a abrangência do constructo qualidade de vida é a que é proposta pela Organização Mundial de Saúde. Assim na década de 90, sob a égide desta Organização formou-se o “WHOQOL Group”, que assumiu o estudo da Qualidade de Vida, definindo-a como “a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005, p.78).

Esta definição expressa um conhecimento amplo e complexo de qualidade de vida que engloba, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as relações com aspectos significativos do meio ambiente (The WHOQOL Group, 1995, *cit. in* Fleck, 2008; Orley, 1994, *cit. in* Meneses, 2005; Ribeiro & Paúl, 2011). A este respeito, Fleck, (2008, pp.25-26) explica que neste conceito do Grupo WHOQOL estão implícitos três aspectos fundamentais:

1. A subjectividade, isto é, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão. A realidade objectiva só conta na medida em que é percebida pelo sujeito.
2. A multidimensionalidade, isto é a qualidade de vida é composta por várias dimensões.
3. A presença de dimensões positivas e negativas. Assim, para a presença de qualidade de vida é necessário que alguns elementos estejam presentes (ex. mobilidade) e outros ausentes (ex. dor).

Fernández-Ballesteros (*cit. in* Paúl & Fonseca, 2005, p.303) também apruma como essencial característica da qualidade de vida a sua multidimensionalidade, sendo que “à semelhança da própria vida, a qualidade de vida tem muitos ingredientes”. Assim, a qualidade de vida ao possuir várias características é uma variável subjectiva baseada na percepção pessoal que varia com o tempo. Portanto, para o estudo da mesma deve-se considerar as várias dimensões implicadas (Fernández-Ballesteros, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005).

Nesta mesma ordem de ideias, Campbell (et al., 1976, *cit. in* Meneses, 2005) realizaram um estudo tendo como amostra, de indivíduos Americanos com mais de 18 anos, identificando 12 domínios representativos para a qualidade de vida, a saber: saúde, casamento, vida familiar, governo, amizade, habitação, emprego, comunidade, fé, actividades de lazer, situação financeira e participação em organizações.

Num outro estudo realizado neste âmbito por Flanagan (1982, *cit. in* Meneses, 2005) foram registados 15 domínios, agrupados em categorias. Assim, as categorias que estabeleceu foram: bem-estar físico, material e social; relações com as outras pessoas; desenvolvimento e relações pessoais; comunidade e actividades cívicas; e recreação.

Shumaker et al. (1990, *cit. in* Meneses) propõem 6 dimensões para determinar a qualidade de vida: funcionamento cognitivo, social, físico, e emocional (geralmente associadas à qualidade de vida), produtividade pessoal (grau em que um indivíduo é capaz de contribuir para a sociedade; engloba o estatuto profissional) e intimidade (inclui funcionamento sexual, bem como a expressão e recepção de um amplo leque de comportamentos que estão sujeitos a sentimentos de envolvimento íntimo com os outros).

Frisch (1994, *cit. in* Meneses, 2005) defende que a qualidade de vida abarca 16 áreas, sendo elas: “saúde, auto-estima, objectivos e valores, dinheiro, trabalho, tempos livres, aprender, criatividade, serviços voluntários, amor, amigos, filhos(as), família, casa, vizinhança e comunidade”.

Por conseguinte, Spilker (1990, *cit. in* Meneses, 2005, p.43) considera que os domínios amplos da qualidade de vida contêm apenas 4 categorias: estado físico e capacidades funcionais, estado psicológico e bem-estar, interacções sociais, estatuto e factores económicos.

De modo semelhante, Schipper et al. (1990, *cit. in* Meneses, 2005) falam em quatro domínios, bem como, a função física e ocupacional, estado psicológico, interacção social e a sensação somática

Como se constatou, as definições de qualidade de vida são muitas e englobam aspectos diversos, dependendo do autor. Verifica-se que não existe por isso um consenso quanto à sua definição “porque o termo é usado em contextos diferentes por pessoas diferentes” (Patrick, 2008, p.33). Contudo, há uma concordância, que o constructo da qualidade de vida é mais abrangente do que o estado de saúde:

“A saúde é somente um domínio. A qualidade de vida inclui aspectos do ambiente que podem ou não ser afectados pela saúde ou pela saúde percebida. Alguns aspectos amplamente valorizados da existência humana, como ambiente seguro, habitação adequada, renda e liberdades garantidas, em geral, não são definidas como status de saúde. (...) Uma abordagem para esse problema de fronteira é a utilização do termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), indicando que a avaliação está centrada no conceito de saúde e nos desfechos da área da saúde” (Patrick, 2008, p.33).

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, ainda que qualidade de vida possa significar diferentes coisas para diferentes pessoas (Bowling, *cit. in* Meneses, 2005), o denominador comum dos que o passaram a utilizar parecia ser o interesse pelo bem-estar das pessoas (Vieira, 2002, *cit. in* Meneses, 2005).

Contudo, por ser estudada em diversos contextos, “as definições de qualidade de vida acabam por reflectir aspectos comuns e específicos desses mesmos contextos e perspectivas”, por isso, “não é justo limitar os autores a uma definição específica e limitada, uma vez que a área é muito diversa e em evolução” (Spilker, 1990, *cit. in* Meneses, 2005, p.35-39).

No entanto, para conduzir estudos válidos de qualidade de vida é essencial uma clara definição do constructo, amplamente aceite e compreendida pelos que a estudam (Gil & Feinstein, 1994, Schpper et al., 1990, Shumaker et al. 1990, *cit. in* Meneses, 2005).

Em suma, apesar de não existir um consenso quanto à definição de qualidade de vida, existe algum acordo quanto às 4 componentes básicas que este conceito encerra: bem-estar psicológico, bem-estar físico, bem-estar social e bem-estar financeiro e material. Quando estes componentes falham ou se tornam deficitários, o ser humano torna-se mais vulnerável e a qualidade de vida é posta em causa.

2.2 Qualidade de vida e envelhecimento

O envelhecimento demográfico da população é a clara evidência de que as pessoas vivem mais tempo e com menos doenças agudas, contudo, é pouco compreensível que se esteja dar mais anos de vida ao ser humano, para não se saber usufruir com boa qualidade de vida individual e social (Carvalho & Mota, 2012). Efectivamente, esta tem sido uma preocupação sistemática do ser humano, manifestada em diversas áreas do conhecimento (Fleck et al., 2008) e será o principal desafio do século XXI (Carvalho & Mota, 2012).

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, a crescente importância da qualidade de vida nas culturas ocidentais, associada ao processo de envelhecimento,

requer medidas, iniciativas e intervenções e, de facto, obriga a repensar sobre as políticas do envelhecimento da sociedade regulamentada, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos e assegurar a sua integração progressiva e equilibrada na sociedade (Carvalho & Mota, 2012). Com efeito, os idosos de hoje vivem mais tempo, mas é premente que vivam com qualidade, integrados na sociedade e na família, com garantias de meios de subsistência e apoios necessários. A medicina não pode fazer tudo sozinha, a maior fatia da responsabilidade está na própria pessoa (Carvalho & Mota, 2012).

Na mesma ordem de ideias, Paúl e Fonseca (2005) referem a importância na acção preventiva sobre o estilo de vida das pessoas, numa perspectiva de reeducação a promover junto da população idosa (quer na comunidade, quer a nível institucional), visando o progresso qualitativo dos aspectos psicossociais.

É importante, contudo, salientar que nos variados contextos existem diversos factores que contribuem de diferentes formas para a qualidade de vida dos idosos. Segundo o modelo da OMS, a qualidade de vida abrange as dimensões física, psicológica, social e ambiental, introduzindo variáveis diversificadas e não sobreponíveis à satisfação de vida, na compreensão do processo de envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005).

A este respeito, Donald (1997, *cit. in* Jacob, 2007), ao tentar definir o conceito de qualidade de vida para idosos, formulou 5 classes gerais, que podem servir de referência tanto para os mais velhos como para os profissionais que os atendam. Assim, a primeira categoria é a do *bem-estar físico*, cujos elementos são: a comodidade em termos materiais, saúde, higiene e segurança; a segunda categoria corresponde às *relações interpessoais*, que inclui as relações com familiares, amigos e participação na comunidade; a terceira categoria tem a ver com o *desenvolvimento pessoal*, que representa as oportunidades de desenvolvimento intelectual e auto-expressão; a quarta categoria são as *actividades recreativas*, que se subdividem em três partes: socialização, entretenimento passivo e activo; e, por fim, a última categoria corresponde às *actividades espirituais e transcendentais*, que envolvem a actividade simbólica, religiosa e o autoconhecimento.

Na mesma linha, Neri (2000, *cit. in* Fleck, et al., 2008) advoga que podem contribuir para a qualidade de vida e para o bem-estar subjectivo, para o sentido de auto-eficácia e, conseqüentemente, para o funcionamento global dos idosos, os níveis de escolaridade, boas condições de vida e de saúde, uma rede de amigos satisfatória, a manutenção de relações familiares e o estar activo. Também Castellón (2003, *cit. in* Fonseca, 2004 b) sinaliza aqueles que são os indicadores geralmente mais usados para a avaliação da qualidade de vida associada ao envelhecimento: bem-estar subjectivo (físico, material, social, emocional), autonomia, actividade, índices materiais e recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, lugar na comunidade, relações pessoais.

Fazendo referência concreta a um estudo de âmbito nacional realizado em Espanha em 1998 junto da população idosa, Castellón, (2003, *cit. in* Fonseca, 2004 b) refere que nesta pesquisa dois terços dos entrevistados valorizam como aspectos mais importantes da qualidade de vida a saúde e o poderem cuidar de si mesmos, "en esta encuesta 2/3 de los encuestados valoran como aspectos más importantes para la calidad de vida la salud y el poder valerse por si mismos" (Castellón, 2003, *cit. in* Fonseca, 2004, p.215), enumerando ao mesmo tempo aqueles que são os índices de qualidade de vida mais críticos para a população idosa espanhola (provavelmente, também para a portuguesa): saúde, integração social, capacidades funcionais (que permitem manter a independência nas actividades de vida diária), actividade (relativa à ocupação do tempo em actividades que dêem satisfação), qualidade ambiental (em termos da casa que se habita e do lugar onde se vive), satisfação com a vida, educação, recursos económicos, acesso a serviços sociais e de saúde (Castellón, 2003, *cit. in* Fonseca, 2004 b).

Por conseguinte, Jacob (2007) refere que, segundo alguns inquéritos realizados em Portugal a diferentes grupos de idosos de ambos os sexos, alguns institucionalizados outros residentes no seu domicílio nos anos de 1995, 1997, 2000 e 2004, a viver na zona norte e centro do país, a qualidade de vida dos idosos depende dos seguintes factores: possuir autonomia para executar as actividades do dia-a-dia; manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; ter recursos económicos suficientes; realizar actividades lúdicas e recreativas constantemente.

Bowling, Banister e Sutton (2003, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005) a partir da análise de dados de um rastreio sobre a qualidade de vida da população idosa no Reino Unido,

concluíram que os aspectos mais valorizados pelos idosos a residir na comunidade são: ter boas relações com a família e os amigos; desempenhar papéis sociais, como voluntariado e *hobbies*; ter boa saúde e funcionalidade; viver numa casa numa zona simpática e de boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida; e, manter o controlo e independência.

Efectivamente, estes dados sugerem que independentemente do contexto e do país, o que é mais valorizado pelos idosos é o bem-estar físico, reflectindo, assim, que a saúde continua a ser uma área fulcral da qualidade de vida, particularmente para os idosos. Por conseguinte, a introdução do conceito de qualidade de vida, nomeadamente na área da saúde, deveu-se à mudança de modelo de abordagem das questões da saúde, em que se passou de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, biopsicossocial (Paúl & Fonseca, 2005). As intervenções médicas deixaram de ser avaliadas exclusivamente do ponto de vista dos resultados, em termos de mortalidade e morbidade, passando a integrar a melhoria do bem-estar geral, nomeadamente no que respeita às doenças crónicas (Paúl & Fonseca, 2001; *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005).

Esta abordagem é particularmente pertinente face ao envelhecimento demográfico da população e à evidência de que as pessoas vivem mais tempo e com menos doenças agudas, ou seja, a qualidade de vida e a sua avaliação são questões centrais, nomeadamente, no que diz respeito aos idosos (Hickey, 2004, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005).

A OMS, encara hoje como um desafio proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos, que passa por mantê-los activos, preenchendo a sua necessidade existencial, a sua satisfação de vida (Paúl & Fonseca, 2005). Como afirma Fonseca (2004, p.140) a satisfação de vida “refere-se à avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, referindo-se mais a um processo cognitivo do que afectivo”. A qualidade de vida está em inter-relação com a adaptação psicológica no percurso de vida da pessoa idosa, que procura um envelhecimento activo saudável (Fonseca, 2004).

Um estudo realizado por Lawton, Kleban e di Carlo (1984, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005, p.77), expõe que o bem-estar psicológico “é um dos quatro componentes do bem-

estar subjectivo, que inclui também a competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o ambiente objectivo”. Novo (2003, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005), baseada sobretudo nos estudos de Ryff (1989), incluiu também ao bem-estar psicológico, a autonomia, exercer influência na comunidade, as relações interpessoais, os objectivos na vida, o desenvolvimento pessoal e a aceitação de si mesmo. Deste modo, o bem-estar psicológico é considerado um indicador de adaptação à situação de idoso, com modificações ligadas a agentes ambientais e físicos (Paúl & Fonseca, 2005).

Nesta lógica, a compreensão da qualidade de vida configura-se muito como uma experiência fenomenológica, multidimensional, que ultrapassa largamente o problema da saúde, (Hendry & McVittie, 2004, *cit. in* Paúl e Fonseca, 2005), sendo assim, um processo complexo que abrange as dimensões física, psicológica, social e ambiental, (Paúl e Fonseca, 2005). Tal ideia é reforçada por Lawton, (1991, *cit. in* Fleck, et al., 2008) que defende, igualmente, que a qualidade de vida na velhice parte de uma avaliação multidimensional em relação aos critérios sócio-normativos e intrapessoais que buscam referência tanto nas relações actuais quanto nas passadas e também prospectivas na relação entre o idoso ou adulto maduro e o ambiente que o cerca. Desta maneira, a qualidade de vida na velhice dependeria de muitos elementos em interacção constante ao longo da vida do indivíduo (Lawton, 1991, *cit. in* Fleck, et al., 2008).

Efectivamente, “As coisas que dizemos a nós próprios na nossa mente, bem como o significado que atribuímos aos acontecimentos da nossa vida, combinam-se para criar a realidade em que acabamos por viver“ (Lima, 2004, p. 51). Assim sendo, “quando na nossa vida nos confrontamos com fracassos importantes, quer no domínio amoroso, familiar ou financeiro a nossa qualidade de vida ressent-se e por vezes, perdemos o gosto de viver” (Couvreur, 2001, p.23). De acordo com o gerontólogo Alexandre Kalache (*cit. in* Félix, 2013, p.37), “envelhecer com qualidade depende de tudo o que, ao longo da vida, formos acumulando”.

Tal ideia veio a ser reforçada com o estudo realizado por Xavier e colaboradores (2003, *cit. in* Fleck et al., 2008, p.220-221) no qual ficou evidente que os idosos que avaliavam a sua qualidade de vida como negativa apresentavam significativamente mais sintomas depressivos.

O essencial é traçar, programar e abranger objectivos consistentes e realistas. Desta forma, a relação entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos e/ou níveis de desesperança no idoso é estreita. Envelhecer satisfatoriamente depende, assim, do equilíbrio entre os limites impostos pelos anos vividos e as capacidades e potencialidades do indivíduo (Fleck et al., 2008). Tal relação irá possibilitar ao idoso lidar, com diferentes graus de sucesso, com as perdas características do envelhecimento (Fleck et al., 2008).

O bem-estar dos idosos tem de facto a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e mais ainda com o ambiente em que os indivíduos se desenvolveram e vivem, numa combinação única, que é a sua história de vida (Paúl, 1992, *cit. in* Fonseca, 2004).

Dada a imensa heterogeneidade de ser idoso, Baltes e Smith (2003, *cit. in* Fonseca, 2004) criticam uma “orientação gerontologica” em que os idosos são tratados como uma categoria global, desligada das restantes fases da vida e pouco atenta às diferenças entre os próprios idosos. Assim como ilustram bem como a qualidade de vida dos idosos pode ser tão diferente em diferentes momentos da velhice, estando subordinada não apenas a factores relativos à história de vida, à integração social e às condições objectivas e materiais de existência, mas também (e a partir de certa altura, sobretudo) a factores de ordem biologia que se revelam determinantes para o funcionamento global do indivíduo.

Efectivamente, a associação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. O conceito qualidade de vida é, aliás, considerado por muitos autores como um conceito nuclear no campo da atenção aos idosos, constituindo um dos principais indicadores que se deve ter em atenção na hora de avaliar a condição de vida dos idosos (Castellón, 2003, *cit. in* Fonseca, 2004 b).

2.3. Vantagens da ocupação do tempo através da estimulação física e cognitiva

A velhice é mais uma etapa da vida, altura em que se dispõem de muito tempo livre e se sente necessidade de o ocupar, sob pena de surgirem graves consequências a nível físico e psicológico. Assim, é essencial para o idoso ocupar o seu tempo livre, recorrendo a actividades gratificantes que lhe proporcione momentos de lazer, que lhe permita manter e recuperar a sua capacidade física, mental e social (Geis, 2001), isto porque a melhor forma de ter uma velhice saudável é através das actividades, sejam elas em que área forem (Zimerman, 2000).

Como em qualquer outro período existencial da vida humana, o decurso vital da velhice exige o desafio de propostas significativas para os tempos livres que, através da geração de novas aprendizagens, promovam espaços reais para a expressão do idoso como ser diferente, para a sua afirmação na sua originalidade e na sua mesmidade (Tamer & Petriz, 2007).

Efectivamente, o lazer e a recreação devem fazer parte da vida das pessoas; as actividades recreativas podem proporcionar momentos de descontração, diversão e alegria, que contribuirão para uma melhor ocupação do tempo livre e para a aquisição de novas experiências (Araújo, 2011).

Contudo, a valorização social do Homem pela sua capacidade de produção coloca os idosos numa situação de exclusão e negligência social. Antes da reforma o indivíduo era útil, válido e responsável, com a chegada da reforma vê-se rejeitado ou pelo menos marginalizado por uma sociedade competitiva, para a qual deixa de ter valor. Aliás, sucede frequentemente que, por causa de uma dedicação exclusiva a essa mesma sociedade (sobretudo através da vida profissional), que no momento da “passagem a reforma”, nomeadamente, muitos indivíduos são literalmente apanhados sem saber fazer mais nada, sem qualquer perspectiva extra-profissional de ocupação do tempo, vendo-se subitamente desvalorizados, vazios, tentando agarrar-se a qualquer coisa que preencha e dê sentido ao quotidiano (Fonseca, 2004), isto porque, “é raro encontrar uma pessoa totalmente feliz por não fazer nada” (Bize & Vallier, 1985, p. 195).

Independentemente do espírito com que cada pessoa encara a reforma, a verdade é que o fim do trabalho profissional leva a um dos maiores problemas sentidos na terceira idade: a falta de ocupação do tempo. Deste modo, diante do vazio que a reforma pode produzir na vida de certas pessoas, é necessário procurar actividades gratificantes e motivadoras que ocupem ao menos uma parte do dia, aumentando a sua auto-estima e fazendo-os sentir-se activos e úteis, pois, a falta de ocupação tem efeitos negativos sobre qualquer ser humano (Geis, 2001).

Assim sendo, os idosos que não beneficiam de uma vida activa e se concentram apenas no “seu mundo interior” e nas doenças próprias da idade, estão mais sujeitos à depressão, à desmotivação, à ausência de objectivos de vida, são mais vulneráveis às frustrações causadas pelas perdas (Zimerman, 2000), tornam-se apáticos e melancólicos, deixando um modelo de “velho” infeliz para os que um dia também lá chegarão (Bize & Vallier, 1985).

Efectivamente, a prática e o desenvolvimento de actividades de lazer têm-se revelado na vida dos indivíduos como um factor de crucial importância. As actividades do tempo livre são uma compensação ao trabalho que aborrece, além de contribuir para um melhor estado de espírito dos cidadãos, pode, no caso dos mais velhos, amenizar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento (Geis, 2001).

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, Fonseca (2004, p.186) refere algumas medidas preventivas que podem reduzir o impacto negativo das perdas desenvolvimentais que venham a ocorrer, na sequência do processo de envelhecimento, a saber, entre muitas, “promover a ligação entre tempos livres e educação/formação da qual se retirem efeitos visíveis e que não sirva apenas para ocupar o tempo de um modo descomprometido; (...) Estimular o treino cognitivo (através da aprendizagem da arte, da cultura), praticar actividades físicas e cuidar da saúde física e mental”.

À luz do que foi referido, e dada a importância e os benefícios que as actividades de lazer assumem em qualquer idade, o reformado precisa ser educado para o lazer, entendendo-o como:

“Um conjunto dinâmico e complexo de ocupações, voluntariamente usado para relaxar e divertir-se ou, ainda, para desenvolver a participação social, os gostos, os conhecimentos ou

aptidões depois de ver-se libertado das obrigações profissionais, familiares, sociais e cultural; não é apenas o tempo que resta após o trabalho, é fazer algo” (Dumazedier, *cit. in* Geis, 2001, p.33).

Considerando, portanto, o lazer sob esta perspectiva, ele aparece como uma possibilidade de escolha individual de práticas no tempo disponível, proporcionando efeitos, como o descanso, o divertimento e o desenvolvimento da personalidade e da sociabilidade. Estas actividades (de lazer) devem constituir momentos onde o indivíduo (idoso) se empenhe, algo que escolha de livre e espontânea vontade, que lhe ofereça prazer, satisfação, descontração e que contribua para o desenvolver como pessoa. Assim, os indivíduos, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos, depois de realizarem as tarefas que são “olhadas” como obrigações, têm tempos livres que devem ser ocupados com diferentes actividades (Geis, 2001).

Existe um grande leque de oferta de actividades para seniores proporcionadas pelos vários recursos locais desde autarquias, instituições públicas, empresas privadas, entre outros, dinamizadas por profissionais especialistas na área de gerontologia. Mas, só fazem sentido, se forem ao encontro das necessidades e desejos da população alvo. As actividades de que os idosos podem usufruir são várias, desde actividades lúdicas (jogos tradicionais), actividades físicas (ginástica, piscina), manuais (modelagem, costura, pintura), intelectuais (universidades seniores, dinâmicas de grupo), artísticas (teatro, grupo de cantares), associativismo (voluntários, clubes), convívios intergeracionais, passeios, actividades que impliquem novos conhecimentos e contacto com novas realidades, com as novas tecnologias, entre outras (Jacob, 2007).

Apesar dos vários benefícios apontados pelos diferentes autores, o tempo dispensado para as actividades de lazer ainda é irrisório quando comparado com o tempo dedicado à actividade profissional. Isto porque, o tempo de trabalho tem um grande valor social, já que é considerado como o mais importante, é o que ocupa a maior parte do dia e ao qual são dedicados todos os esforços (Geis, 2001). A sociedade educa-nos principalmente para preencher esse tempo de trabalho e não leva em conta os hábitos, as actividades e a formação pessoal que é adquirida durante o tempo livre (Geis, 2001).

Assim, cabe às entidades públicas a promoção de actividades e a sua apresentação aos grupos de idosos, adaptando-as às necessidades, aos interesses, às possibilidades económicas, culturais e sociais dos idosos (Geis, 2001). Isto porque as actividades de tempo livre estão muito condicionadas à capacidade económica, à classe social à qual se pertence, à cultura e à educação que se possui, aos hábitos e à saúde (Malo, 1971, *cit. in* Geis, 2001).

Assim sendo, os idosos com um poder económico mais reduzido, circunscrevem-se ao seu espaço, não tendo oportunidade de usufruir de actividades sociais e culturais, com a sua rede social, família e amigos. Os que possuem um rendimento económico mais estável conseguem manter e efectuar os seus interesses sociais e culturais (Fonseca, 2004).

Pinquart e Sorensen (2000, *cit. in* Fonseca, 2004) realizaram uma investigação que os levou a perceber que o estatuto socioeconómico e educacional pode contribuir para o bem-estar psicológico pela melhoria da qualidade de vida objectiva: quanto mais dinheiro disponível, melhor habitação, maior participação em actividades culturais, sociais e de lazer. E, por seu turno, um nível educacional elevado está associado a um melhor conhecimento dessas actividades, promovendo a sua utilização.

Já mesmo Aristóteles (350 A. C., *cit. in* Jacob, 2007, p.73) referia que “a cultura é o melhor conforto para a velhice”. Efectivamente, a fraca ou inexistente educação escolar, bem como a falta de experiências anteriores em actividades de ocupação de tempo livres pode contribuir para promover no indivíduo solidão. Neste sentido, os níveis mais elevados deste sentimento ocorrem em classes sociais mais baixas, com poucos interesses específicos e com uma baixa capacidade de ocupação em actividades de índole pessoal (Barreto, 1984, *cit. in* Fonseca, 2004).

Como já foi enfatizado, a terceira idade é mais uma fase da vida que pode ser caracterizada como um período de aproveitamento para realização pessoal de investimento em si próprio. Uma das grandes vantagens é o tempo livre que as pessoas dispõem, tornando possível a participação em actividades antes quase impossível.

Para que o ser humano obtenha uma velhice bem-sucedida, é necessário todos os responsáveis (sociedade) apoiarem, ou seja, facilitar o acesso dos idosos a actividades culturais e fomentar, entre eles, o emprego criativo do tempo livre através de uma educação para o ócio, melhorando a sua qualidade de vida e a capacidade de se sentirem úteis. Ao mesmo tempo, devem promover uma cultura de participação e de solidariedade (Levet, 1995).

Efectivamente, a pessoa idosa deve ser contemplada como um ser biopsicossocial, necessitando constantemente de estimulação física, psicológica e social (Zimmerman, 2000).

2.4 Benefícios da estimulação cognitiva para um envelhecimento com mais qualidade de vida

Um dos principais receios associados ao envelhecimento está relacionado com a diminuição da memória e do funcionamento cognitivo (Azevedo & Teles, 2011). Assim como o corpo, o cérebro tem de ser exercitado para continuar a funcionar e, tal como na actividade física é desejável que o corpo se canse enquanto está a ser exercitado, também é desejável que a mente se canse com o treino, pois a prática melhora o desempenho cognitivo (Azevedo & Teles, 2011).

Contudo, apesar de o treino de capacidades não fazer desaparecer as diferenças de idade, as capacidades cognitivas que são devidamente estimuladas e exercitadas (em função do potencial biológico e da experiência ambiental) tendem a sofrer um declínio mais tardio e menos dramático do que as capacidades não exercitadas (Denney, 1982, *cit. in* Fonseca, 2004).

Assim sendo, o risco de deterioração mental é mais propícia em indivíduos que estão em situação de inactividade (Barreto, 1988, *cit. in* Fonseca, 2004) isto porque a insuficiência de estimulação desencadeia um declínio da eficiência mental, que leva a supor que um determinado nível de solicitações é indispensável para a manutenção de estratégias de resposta. Nesta lógica, apesar de existirem perdas de capacidades cognitivas com o envelhecimento esses efeitos podem ser bastante atenuados se o idoso

manter uma boa actividade cognitiva e contactos sociais regulares (Fonseca, 2004). Assim, a animação cerebral é imprescindível, pelo facto de manter a mente activa e prevenir algumas das consequências do “sedentarismo” mental (Jacob, 2007).

Por conseguinte, a ideia de que existe um declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade surge mais como um estereótipo relacionado com o envelhecimento do que propriamente como uma realidade linear (Azevedo & Teles 2011).

Actualmente sabe-se, que o declínio cognitivo geralmente associado à idade pode ser prevenido, ou até mesmo retardado, através do uso e treino adequados das várias funções cognitivas ou através da adaptação de estratégias de compensação (Azevedo & Teles, 2011).

Da investigação que tem vindo a ser realizada ao nível do treino cognitivo (curta duração) e intervenção cognitiva (mais prolongada no tempo) Azevedo e Teles (2011) referem que ficou perceptível que:

“Assim como os jovens, as pessoas mais velhas melhoram o desempenho das tarefas desde que treinem a sua execução; O treino é ainda mais eficaz quando realizado em pessoas mais velhas com algum declínio cognitivo; As melhorias mantêm-se no tempo (entre 3 a 6 meses); O treino cognitivo pode compensar o declínio associado à idade em idosos saudáveis; A velocidade de processamento é muito importante, tanto para as actividades do dia-a-dia, como para a saúde, e deve, portanto, ser uma das áreas a intervir; As intervenções de maior duração (por exemplo, sessões formais ou informais de estimulação cognitiva) têm efeitos mais prolongados no tempo e mais facilmente se generalizam às actividades quotidianas” .

Os contributos de uma outra investigação, neste âmbito, realizado entre 1994 e 2001 a 801 idosos, divididos em 40 grupos nos EUA também demonstrou os contributos positivos que advêm da estimulação cognitiva (Jacob, 2007). Assim, ficou comprovado que realizar actividades intelectualmente estimulantes reduz em 47% a possibilidade dos idosos desenvolverem a doença de Alzheimer (Jacob, 2007). A este propósito, Jacob (2007) argumenta que o exercício mental regular pode aumentar a actividade cerebral, retardar os efeitos da perda de memória e da acuidade e velocidade perceptiva e prevenir o surgimento de doenças degenerativas.

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, apesar de existir algum tipo de declínio cognitivo associado à idade, admite-se que este se deve, pelo menos em parte, à falta de uso de tais capacidades (Azevedo & Teles, 2011; Jacob, 2007; Kuhl 1986, *cit. in* Fonseca, 2004). A célebre frase relativa ao funcionamento do cérebro *Use it or lose it* (use-o ou deixará de funcionar) vem chamar a atenção para a necessidade que a mente tem, assim como o corpo, de ser cuidada e usada para continuar a funcionar adequadamente (Azevedo & Teles, 2011).

Assim, o desenvolvimento da memória na pessoa idosa é um dos aspectos fundamentais da estimulação cognitiva. Comparando com indivíduos mais jovens, as pessoas idosas necessitam de usar estratégias de recuperação, tendo em conta que a informação ultrapassa a capacidade de armazenamento a curto prazo. Desde cedo, a pessoa idosa sente as limitações físicas, em que a memória do movimento e da posição do corpo (memória cinestésica) é muito valorizada e relaciona-se com a capacidade de coordenação e de mobilidade. O ensino de mnemónicas, bem como o uso da imaginação visual são dois dos factores que comprovadamente melhoram o desempenho dos idosos, já que um dos aspectos mais deficientes, nas pessoas mais velhas, é a capacidade de codificação da informação (Lima, 2004).

A memória a longo prazo interpõe-se com a limitação de recursos e dificuldades no processamento da informação sentidas pelas pessoas idosas. Consequentemente, a sua motivação, atenção e concentração diminuem, esquecendo até pequenas coisas. Assim, o medo, a insegurança, a falta de confiança em si e na própria capacidade de aprender, faz com que o idoso não se motive, não se concentre, não preste atenção e não armazene as informações recebidas. Por falta de hábito, aos poucos vai deixando de usar a sua memória (Zimerman, 2000).

Zimerman, (2000), no seu trabalho desenvolvido em terreno com pessoas idosas verificou que a ansiedade, a agitação e a depressão tem uma relação directa com o declínio da memória. Contudo, também apurou que, após o tratamento adequado (antidepressivos, jogos de memória, reforço da auto-estima), as pessoas voltam a ter níveis de memória iguais aos que sempre tiveram. Após esta estimulação, as próprias pessoas idosas sentem necessidade de actividade (sair de casa, ir ao shopping, passear nos parques, etc.) (Zimerman, 2000).

A memória é afectada pela ausência de interesse, pelo que é necessário estender o mundo de interesses da pessoa idosa em todos os sentidos: político, económico, cultural, de alimentação, saúde, socialização, etc. É importante ajudar as pessoas adultas a planificarem estratégias para o envelhecimento, de promover novos interesses e novas actividades, de estimular e treinar a vitalidade física e mental e de ocupar, utilmente, os grandes tempos livres disponíveis (Osorio, 2004). Isto porque o envelhecimento não tem de se caracterizar pela perda e a deterioração intelectual. Nestas idades, o importante é proporcionar experiências de aprendizagem às pessoas idosas e manter um ambiente rico e estimulante (Osorio, 2004).

Nesta lógica, as intervenções com pessoas idosas são diversas, consoante o tipo de intervenção em questão. Assim, alguns aspectos devem ser considerados nos programas educativos para idosos, nomeadamente: intervir ao nível da depressão, já que esta está fortemente associada às falhas de memória; corrigir ou compensar os défices sensoriais, devendo prestar-se especial atenção ao contexto; utilizar um ritmo mais lento na aprendizagem e memorização, partindo da experiência e dos conhecimentos dos idosos e, finalmente, manter sempre um ambiente de apoio caloroso e de valorização (Lima, 2004).

2.5 Benefícios da estimulação física para um envelhecimento com mais qualidade de vida

Ao longo dos anos, um número crescente de estudos tem tentado analisar a potencial influência do exercício físico na idade biológica, capacidade funcional e saúde do idoso. Assim, diferentes estudos têm demonstrando que o declínio físico e funcional associado ao envelhecimento pode, mesmo em sujeitos com idades extrema, ser revertido através do exercício físico (Carvalho & Mota, 2012).

Assim sendo, o melhor é dar ao corpo algo para ele fazer, pois não há nada pior do que o sedentarismo, isto porque a ausência de exercício leva a perda de mobilidade em todos os músculos do corpo, aumento da gordura muscular, diminuição da capacidade

respiratória, aumento da tensão arterial, do risco de diabetes, do colesterol, perda de cálcio nos ossos, entre outros (Chopra, s/d, *cit.in* Félix, 2013).

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, é indubitável que um aumento na actividade física formal e não formal pode vir a ser uma estratégia preventiva efectiva, tanto para o indivíduo como para a sociedade, sendo uma forma de melhorar a saúde pública (Carvalho & Mota, 2012). A capacidade do idoso realizar as suas tarefas quotidianas reduz-se substancialmente com o decurso dos anos. Esta redução resulta das alterações produzidas em todos os órgãos e sistemas biológicos, bem como dos factores sociais e psicológicos que decorrem simultaneamente com esta degenerescência funcional. No entanto, as manifestações de insuficiência evidenciadas por este grupo populacional é mais fortemente motivada pelo desuso funcional do que por uma falência efectiva das capacidades físicas, motoras e intelectuais (Carvalho & Mota, 2012). Efectivamente, é precisamente a falta de exercício que provoca deterioração. Contudo, é possível melhorar a utilização das faculdades próprias mediante a adequada exercitação até uma idade avançada (Osorio, 2004).

Assim, a actividade física surge como elemento potenciador da qualidade de vida da pessoa idosa, na medida em que o seu nível de independência funcional ou de qualidade de vida está dependente da sua capacidade de manter autonomamente as diferentes facetas da sua actividade diária (Carvalho & Mota, 2012).

Seguindo esta linha de pensamento, também Araújo (2011) ressalta a importância de se conservar a saúde e independência à medida que envelhecemos através da prática de actividade física, a qual é percebida como sendo “todo o movimento de vida diária, incluindo o trabalho, a recreação, o exercício físico e as actividades desportivas” (López, 2002, *cit. in* Araújo, 2011, p.13).

Vaillant (2003, *cit. in* Araújo, 2011) salienta que dos diversos estudos desenvolvidos nos últimos anos para tentar descobrir o que contribui para um envelhecimento com qualidade e activo, todos apontam a prática de actividade física como um dos factores essenciais. Assim sendo, é indubitável que a prática de actividade física está intimamente ligada a um envelhecimento saudável e é na inactividade que está a origem

de muitas patologias, sobretudo aquelas normalmente associadas ao processo de envelhecimento (López, 2002, *cit. in* Araújo, 2011).

Segundo alguns estudos, a prática de pelo menos 30 minutos de exercício melhora a oxigenação cerebral e a realização destes exercícios em três blocos de 10 minutos é suficiente para obter benefícios para a saúde (Azevedo & Teles 2011). Assim, o exercício físico regular pode ter efeitos positivos na memória, capacidades de raciocínio e tempo de reacção (BetterHealth, 2008, *cit. in* Azevedo & Teles 2011).

Neste âmbito, outras pesquisas realizadas desde 1960 no Centro de Gerontologia Claude-Bernard evidenciam que uma actividade desportiva mantida ao longo da vida favorece uma notável acção sobre o envelhecimento de certas funções, nomeadamente sobre o intelecto e o comportamento (Bize & Vallier, 1985).

Clarkson-Smith e Hartley (1989, *cit. in* Fonseca, 2004) também abordaram a relação entre exercício físico e as capacidades cognitivas dos idosos e concluíram que os idosos que praticam exercício físico tinham melhores resultados em medidas de raciocínio, memória activa e tempo de reacção.

Assim, o exercício físico parece relacionar-se, com a velocidade de resposta, o qual se reflecte positivamente nos resultados de desempenho cognitivo e nas medidas de capacidade cognitiva (Fonseca, 2004). Para além disso, Clarkson-Smith e Hartley (1989, *cit. in* Fonseca, 2004) também defendem a ideia de que a perda de vigor físico associada ao envelhecimento é consequência do estilo de vida sedentário de muitos idosos, apresentando muitos dos sintomas associados à velhice uma forte correlação com a inactividade física e resultado em mudanças neuro-fisiológicas que reforçam os factores psicogénicos que estão na origem dessa mesma inactividade.

Outra via pela qual a actividade física exerce influencia sobre o funcionamento cognitivo é sugerida por Rogers, Meyer e Mortel (1990, *cit. in* Fonseca, 2004), os quais constataram, ao longo de um período de quatro anos, que os reformados inactivos mostram um declínio acentuado na circulação sanguínea cerebral, obtendo simultaneamente piores resultados em testes cognitivos.

Na linha de argumentação que vem sendo apresentada, é unânime a opinião dos diferentes autores aqui apontados sobre as consequências da actividade física ao longo da vida e principalmente na terceira idade. Nesta lógica, a sua manutenção representa um desafio e quase um dever para todos (Jacob, 2007), porque o desenvolvimento de actividades físicas, mantendo constante a sua prática, apresenta muitas vantagens a nível fisiológico, psicológico e social, que contribuem para um envelhecimento activo (Araújo, 2011).

Contudo, é preciso adaptá-la às necessidades e às possibilidades de movimento de cada pessoa e de cada grupo etário (Geis, 2003), pois, não há idade limite para a actividade física, desde que não exija um esforço demasiado (Bize & Vallier, 1985). A principal diferença entre actividade física para jovens e para pessoas idosas reside na estrutura, a forma de realizar e apresentar a actividade em si e o seu planeamento didáctico (Geis, 2003). Assim sendo, uma actividade física adaptada e compensatória pode ajudar a prevenir algumas alterações patológicas, quer anatómicas quer funcionais, e a lidar melhor com aqueles que, normalmente, acompanham o passar dos anos (Araújo, 2011). Não se trata de rejuvenescer, mas de envelhecer da melhor maneira possível (Araújo, 2011).

Fiatarone et al (1990, *cit. in* Jacob, 2007, p. 54) salienta que indivíduos com mais de 90 anos podem conseguir ganhos de força durante um período de treino de oito semanas. Por conseguinte, o aumento da força e da capacidade funcional podem melhorar a qualidade de vida até mesmo de indivíduos com doenças crónicas (Jacob, 2007).

Sendo assim, é essencial que todas as semanas os idosos pratiquem algum tipo de exercício físico, porque as pessoas que o fazem, quer isso envolva treinos intensos ou somente um longo passeio regular, sentem-se mais saudáveis, com mais auto-confiança, que por sua vez reforça a auto-estima, e desfrutam melhor da vida (Fontaine, 1996, *cit. in* Lima, 2004).

Nesta lógica, o movimento corporal é muito importante pelo facto de ajudar a pessoa idosa a criar, a sentir e a expressar-se; quanto mais vivências corporais e propostas de movimento se oferecerem, mais segurança corporal terá e mais autónomo e disponível estará (Zimmerman, 2000).

Efectivamente, ninguém duvida da importância da estimulação física. A necessidade de exercícios físicos está mais do que provada pelos cardiologistas, ou profissionais de outras áreas de saúde contribuindo para retardar o declínio dos sistemas fisiológicos. Assim sendo, o que se pretende na estimulação física é incentivar a prática de exercício físico e sensibilizar para os vários benefícios que ela acarreta (Zimerman, 2000).

Em suma, um corpo sadio e flexível possibilita uma vida mais activa, autónoma e variada, assim como uma longevidade de melhor qualidade e as propostas de movimento serão uma mais valia para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições (Araújo, 2011; Carvalho & Mota, 2012; Jacob, 2007).

PARTE 2: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III– METODOLOGIA

Após a reflexão teórica realizada e sintetizada previamente ao longo deste capítulo serão identificadas as perguntas de partida que conduziram a investigação, o objectivo geral e os objectivos específicos do estudo, a caracterização sócio-demográfica dos participantes, bem como os instrumentos de recolha de informação e respectivos procedimentos. São igualmente explicitadas as metodologias utilizadas no estudo empírico.

3.1. Perguntas de Partida

Qualquer investigação deve começar sempre por uma questão de partida, que serve de primeiro fio condutor (Quivy & Campenhoudt,1992). Este estudo tem subjacente a seguinte questão de partida: Qual o impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida das pessoas idosas num contexto de institucionalização?

No entanto, esta questão tem implícitas outras interrogações, a saber:

- a) O que é para um idoso institucionalizado a qualidade de vida?
- b) A forma como a instituição actua é percebida pelo idoso como promoção da sua qualidade de vida?
- c) Qual é a percepção do idoso institucionalizado sobre a sua qualidade de vida antes e após ter sido submetido a um programa de intervenção?

3.2. Objectivos do estudo

As questões acima enunciadas têm obviamente correspondência directa com os objectivos deste estudo. Assim, o objectivo geral do presente estudo é compreender e verificar os efeitos da prática de actividades cognitivas e físicas na qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Para uma melhor concretização, foram definidos os seguintes objectivos específicos:

- a) Aferir diferentes configurações em torno do conceito de qualidade de vida;
- b) Avaliar a percepção que idosos institucionalizados têm sobre a sua qualidade de vida;

- c) Comparar a percepção da qualidade de vida de idosos antes e após serem submetidos a um programa de intervenção.

3.3. Participantes

Esta pesquisa teve lugar numa ERPI sediada em zona Urbana no Concelho do Porto que tinha 25 utentes. A amostra, foi constituída por 10 pessoas idosas do sexo feminino. É de salientar que os 6 indivíduos do sexo masculino que residem na ERPI não cumpriam os critérios de inclusão, planeados para a investigação, por isso a amostra foi na sua totalidade feminina.

Assim, os critérios de inclusão, acordados com a Directora Técnica da ERPI foram os seguintes:

- a) Residir no lar de idosos;
- b) Não apresentar diagnósticos de estados demenciais ou deterioração cognitiva visivelmente incapacitantes;
- c) Aceitação por parte dos idosos de aceitar participar na investigação sem qualquer tipo de pressão ou influência.

A amostra foi objecto de dois estudos, um de natureza quantitativa, outro de natureza qualitativa. De seguida será apresentada a caracterização sócio-demográfica das participantes, obtida através da ficha de informação pessoal, que está incluída na escala Easy-Care, e da 1.^a unidade de análise do guião de entrevista.

Assim, à data de recolha de dados e de acordo com o Easy-Care a amostra tinha idades compreendidas entre os 66 e os 87 anos ($n=77,90$, $DP=7,02$) e uma escolaridade, entre 1 e 6 anos ($n=3,40$, $DP=1,65$). Mais concretamente, de acordo com a Tabela 1, constatamos que com a instrução primária completa temos 2 participantes, com o 6.^o Ano de escolaridade também temos 2 participantes, que obtiveram este grau de instrução já na idade adulta, seguindo-se 3 participantes com a 3.^a Classe, 2 participantes com a 2.^a Classe e por fim, 1 participante com a 1.^a Classe.

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica das entrevistadas

Entrevista	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Profissão	Situação profissional	Tempo de institucionalização
E1	66	Solteira	6º ano	Auxiliar de lar	Reformada	1 ano
E2	74	Solteira	1ª classe	Auxiliar de lar	Reformada	1 ano e meio
E3	69	Casada	3ª classe	Cabeleireira	Reformada	8 meses
E4	78	Viúva	2ª classe	Auxiliar de infantário	Reformada	2 anos
E5	80	Solteira	3ª classe	Empregada de limpeza	Reformada	12 anos
E6	74	Solteira	4ª classe	Empregada de limpeza	Reformada	2 anos e meio
E7	87	Viúva	6º ano	Costureira	Reformada	3 anos
E8	85	Viúva	3ª classe	Tecedeira	Reformada	2 anos
E9	82	Viúva	2ª classe	Empregada de limpeza	Reformada	1 ano
E10	84	Viúva	4ª classe	Doméstica	Reformada	2 anos

No que respeita ao estado civil, pode-se constatar através da Tabela 1 e 2, que metade das participantes estava viúva, sendo que outra grande fatia espelha a percentagem de elementos que se mantinha solteira, por fim, uma participante encontrava-se casada vivendo com o marido na ERPI.

Em relação à situação profissional, as participantes encontram-se reformadas, sendo que, de acordo com a Tabela 1, no passado duas das participantes foram auxiliares de Lar e é onde estão actualmente institucionalizadas, uma foi cabeleireira, uma foi auxiliar de infantário, três foram empregadas de limpeza, uma foi costureira, uma foi tecedeira e por fim uma foi doméstica. Ainda segundo a informação patente na mesma tabela o tempo de institucionalização dos participantes, tem como limite máximo 12 anos e o mínimo é 8 meses.

Em relação à questão relacionada com os rendimentos familiares, de acordo com a Tabela 2, 70% das inquiridas responderam que sobra algum dinheiro.

Tabela 2 – Informação pessoal obtida através do Easy-Care

	Frequência	%
Área de residência		
Urbana	10	100
Estado Civil		
Solteira	4	40
Casada	1	10
Viúva	5	50
<i>Total</i>	10	100
Rendimentos		
É mesmo á justa para as necessidades.	3	30
Sobra algum dinheiro.	7	70
<i>Total</i>	10	100
Situação Profissional		
Reformada	10	100
Cuida actualmente de alguém?		
Sim	1	10
Não	9	90
<i>Total</i>	10	100
Tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados?		
Não	10	100
Com quem vive?		
Em Instituição	10	100

Em relação à questão se cuida actualmente de alguém, apenas uma tinha a função de cuidadora: vive com o marido na ERPI e, como é mais autónoma do que ele, vai-lhe prestando algum auxilio nas actividades da vida diária. Através dos dados provenientes da Tabela 2 também se depreende que as participantes não recebem apoio de familiares ou amigos, cabendo à Instituição o cuidado de lhes assegurar a ajuda necessária para o seu bem-estar.

3.4 Instrumentos e Procedimentos

Neste ponto apresentam-se os instrumentos os procedimentos escolhidos no âmbito da utilização das metodologias quantitativa e qualitativa.

A escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. O investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para recolher a informação junto dos participantes é o mais conveniente para responder às questões de investigação ou verificar hipóteses (Fortin, 2009, p. 368).

Uma vez que é possível fazer-se uma combinação entre dois ou mais métodos e técnicas, desde que sejam adequados ao objecto de estudo, no presente trabalho de investigação optou-se por conjugar uma metodologia quantitativa com uma metodologia qualitativa.

A investigação qualitativa é um trabalho de proximidade e interactivo, dado que exige o contacto entre o investigador e um indivíduo ou um grupo, o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam e experimentam os acontecimentos em estudo. Assim, se utilizar este método temos como vantagem a análise do comportamento humano, a subjectividade dos dados, uma maior exploração e descrição dos factos (Almeida & Freire, 2008; Quivy & Campenhoudt, 1992). O método quantitativo tem como vantagem a amplitude dos estudos, a objectividade, a identificação de regularidades, a orientação para os resultados, a replicação e generalização dos dados (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Estas duas abordagens não devem ser excludentes, dir-se-á até que a sua conjugação fornece uma “pintura” mais completa e um maior rigor aos dados obtidos, visto que, existem factos que são do domínio quantitativo e outros do domínio qualitativo. Daí a importância de fazer o cruzamento dos dados obtidos pelos dois métodos para uma melhor análise e compreensão do tema em estudo. Neste sentido, Marconi e Lakatos (2002, p.31) afirmam:

“Nas investigações, em geral, nunca se utiliza apenas um método ou uma técnica, (...) mas todos os que forem necessários ou apropriados para determinado caso. Na maioria das vezes, há uma combinação de dois ou mais deles, usados concomitantemente” .

3.4.1 Metodologia quantitativa

No âmbito da utilização da metodologia quantitativa considerou-se pertinente aplicar junto das participantes, em dois momentos distintos, a escala da qualidade de vida Easy-Care Standard Portugal 2010 em versão reduzida (Anexo A), de forma a conseguir responder às questões de investigação e aos objectivos inicialmente definidos.

Este instrumento foi desenvolvido para avaliar o bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa com 65 anos ou mais de idade (Sousa et al., 2003, Sousa et al., 2002, Richardson, 2001 *cit. in* Nunes, 2010). Foi inicialmente concebido no âmbito do programa Europeu EPIC (*European Protopy Care*), no sentido de se constituir como um instrumento de rápida e simples utilização por diferentes profissionais, permitindo a identificação de múltiplas necessidades e avaliação de diferentes domínios relacionados com a qualidade de vida (Sousa & Figueiredo, 2000, *cit. in* Simões, 2010).

A sua construção realizou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam dimensões pertinentes para aquela faixa etária, mas de forma parcelar (ex. *Índice de Barthel*, Escala de Katz, SF-36) (Copyright, 2010, University of Warwick, <http://easycare.org.uk>). A inovação do EASY-Care reside em conjugar numa escala itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa (Copyright, 2010, University of Warwick, <http://easycare.org.uk>).

Trata-se de um instrumento que pretende avaliar as percepções sobre as capacidades (aptidão de um indivíduo para a execução de uma tarefa ou acção) e não o desempenho (o que o indivíduo faz); ou seja, não avalia o que a pessoa idosa faz na realidade, mas aquilo que julga ser capaz de fazer (Copyright, 2010, University of Warwick, <http://easycare.org.uk>). O que torna este instrumento numa mais valia para todos os profissionais que procuram dar resposta às múltiplas necessidades desta população. O Easy-Care apresenta outras vantagens, permitindo uma aplicação prática, curta e simples, englobando uma perspectiva transcultural e abrangente (Sousa & Figueiredo, 2000 *cit. in* Nunes, 2010).

A Universidade de Sheffield, coordenadora do referido projecto, organizou, em nome da OMS, uma base de dados onde constam adaptações desta Escala para diferentes línguas. A versão 1999-2002 do Easy-Care foi a primeira versão a ser validada em Portugal e foi amplamente usada em diversos contextos como os da investigação da prática social e de saúde, bem como, para a caracterização da população (Sousa, et al., 2003 *cit. in* Nunes, 2010).

A nova versão lançada em 2008 pela mesma Universidade incorpora a experiência clínica e de investigação obtida com a versão anterior (Sousa et al., 2009, *cit. in* Simões,

2010). Encontra-se disponível para os 25 países da União Europeia e compreende o Easy-Care Standard e o EASYcare Supporting Instruments (Sousa et al., 2009, *cit. in* Simões, 2010).

O Easy-Care Supporting Instruments é utilizado para providenciar dados adicionais sempre que o profissional considere necessário referentes aos cuidadores informais, administração de medicação, indicadores de risco de quedas e risco de ruptura no cuidado (Sousa et al., 2009, *cit. in* Simões, 2010).

O Easy-Care Standard é um instrumento baseado na evidência que permite aos profissionais, às pessoas idosas e aos seus cuidadores informais registar informação sobre áreas que podem ter impacto na independência, saúde e bem-estar da pessoa idosa (Drennan et al., 2007, *cit. in* Couto, 2010). E ainda ajudar os profissionais da área da saúde e da área social, a caminhar no sentido da melhoria dos serviços que lhes são destinados. Os dados obtidos permitem avaliar problemas na população, identificar necessidades e objectivos que podem ser rentabilizados na gestão de diferentes serviços, na investigação e na futura formulação de políticas (Sousa et al., 2009 *cit. in* Simões 2010).

Assim, para além de contemplar dados sócio-demográficos, apresenta 7 áreas com questões relativas à visão, audição e comunicação, auto-cuidado, mobilidade, segurança, local de residência e finanças, manter-se saudável e saúde mental e bem-estar:

- *Caracterização sócio-demográfica da amostra*; sexo; idade; área de residência; estado civil; anos de educação formal; rendimento do agregado familiar; com quem vive; situação profissional; cuida actualmente de alguém; tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados;
- *Sobre a visão, audição e comunicação*: consegue ver; consegue ouvir; tem problemas em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala; consegue utilizar o telefone;
- *Relativamente ao auto-cuidado*: consegue cuidar da sua aparência pessoal; consegue vestir-se; consegue lavar as mãos e a cara; consegue utilizar a banheira ou o duche; consegue fazer as suas tarefas domésticas; consegue preparar as suas

refeições; consegue alimentar-se; tem algum problema com a sua boca ou dentes; consegue tomar os seus medicamentos; já teve alguns problemas com a sua pele; tem acidentes com a sua bexiga; tem acidentes com os seus intestinos; consegue utilizar a sanita;

- *Acerca da mobilidade*: consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra; tem problemas com os seus pés; consegue deslocar-se dentro de casa; consegue subir e descer escadas; nos últimos 12 meses caiu alguma vez; consegue andar no exterior; consegue ir às compras; tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos;

- *Em relação à segurança*: sente-se seguro dentro da sua casa; sente-se seguro fora da sua casa; já alguma vez se sentiu ameaçada ou assediada/o por alguém; sente-se discriminada/o por alguma razão; tem alguém que a/o possa ajudar em caso de doença ou emergência;

- *Relativamente ao local de residência e finanças*: de uma forma geral está satisfeita com o seu local de residência; consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros; gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito;

- *Em relação a manter-se saudável*: pratica exercício regularmente; fica com falta de ar durante as actividades normais; fuma tabaco; acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas; a sua tensão arterial foi verificada recentemente; tem alguma preocupação com o seu peso; já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia;

- *Acerca da saúde mental e bem-estar*: consegue realizar actividades de lazer, passatempos, trabalhos e outras actividades de aprendizagem que sejam importantes para si; de uma forma geral, diria que a sua saúde é; sente-se sozinha/o; recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto; teve alguns problemas em dormir no mês passado; teve dores corporais no mês passado; no último mês sentiu-se muitas vezes incomodada/o por se sentir em baixo, deprimida/o ou desesperada/o; no último mês, sentiu-se muitas vezes incomodada/o por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas; tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimento (Copyright, 2010, University of Warwick, <http://easycare.org.uk>).

Esta versão engloba também dados sobre: informação pessoal, biografia, motivo da avaliação, história clínica, comentários dos familiares ou de amigos, sumário das necessidades e prioridades de investigação em termos do processo de cuidados (Copyright, 2010, University of Warwick, <http://easycare.org.uk>).

O Easy-Care pressupõe um sistema de pontuação em que são definidos valores para cada item; as pontuações foram acordadas através da combinação dos pareceres de profissionais na área da saúde, pessoas idosas e prestadores de cuidados informais, em relação à importância relativa de cada item (Sousa & Figueiredo, 2000, *cit. in* Nunes, 2010).

A cotação é realizada a partir da atribuição de um determinado valor a cada opção de resposta, salientando-se que as pontuações mais elevadas significam uma maior incapacidade. Através da selecção de determinadas questões deste questionário é possível calcular, (Figueiredo & Sousa, 2000, *cit. in* Nunes, 2010):

- *Pontuação Global de (In)dependência*, relativa à necessidade de cuidados e de apoio nas actividades de vida diária (AVD). A pontuação global de (in)dependência, contém codificações específicas em cada item que devem ser respeitadas: o somatório deve variar entre 0 e 100. Pontuações elevadas indicam níveis de necessidades de apoio elevadas;
- *Risco de Ruptura do Cuidado*, que potencia a admissão hospitalar de emergência. A pontuação total é de 12 a atribuir um ponto a cada resposta afirmativa. As mais elevadas predizem um aumento do risco de admissão hospitalar;
- *Risco de Quedas*, a pontuação total é de 8 a atribuir um ponto a cada resposta afirmativa. Três ou mais itens positivos indicam um risco de quedas elevado.

Depois de completar a avaliação é registado um sumário das necessidades e dos problemas identificados, pela ordem de importância que o respondente lhes atribuiu (Copyright, 2010, University of Warwick, <http://easycare.org.uk>). Está ainda disponível uma Escala Geriátrica de Depressão (constituída por 4 questões em que se atribui um ponto a cada sintoma de depressão) e um teste de diminuição cognitiva (a ser aplicado perante a suspeita de diminuição cognitiva). (Copyright, 2010, University of Warwick, <http://easycare.org.uk>).

O *Teste de Diminuição Cognitiva* é constituído por seis questões que avaliam a orientação temporal e a memória imediata e a longo prazo. A pontuação é de 1 para cada resposta incorrecta sendo a fonte de erro máximo ponderado igual a 28. A pontuação de 0 a 10 indica normalidade ou diminuição ligeira e a pontuação de 11 a 28 indica diminuição moderada e grave (Copyright, 2010, University of Warwick, <http://easycare.org.uk>).

Após a escolha do instrumento a utilizar na metodologia quantitativa, procedeu-se ao pedido de autorização via electrónica, aos membros do Easy-Care em Portugal, a saber, Professora Doutora Liliana Sousa, Professora Doutora Piedade Brandão, Professora Doutora Daniela Figueiredo e Professora Doutora Margarida Cardoso para que permitissem a sua utilização (Anexo B).

À Instituição onde se realizou a investigação foi redigida uma carta a solicitar autorização para a recolha de dados junto da população sénior, tendo em vista a elaboração da Dissertação de Mestrado. A Instituição não colocou qualquer tipo de objecção para a realização deste estudo, sendo considerado uma mais valia (Anexo C).

Depois de todas as autorizações concedidas, o Projecto foi entregue à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo esta considerado não haver nada a contestar à sua concretização (Anexo D).

Esta investigação teve sempre como objectivo ser o menos invasiva possível, desde o contacto directo com os participantes até à divulgação dos resultados. Assim sendo, a pesquisadora no primeiro contacto com os informantes privilegiados estabeleceu uma conversa amistosa e explicou a finalidade da pesquisa, o seu objectivo, relevância e ressaltou a necessidade da colaboração, como forma de contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Para além disso, salientou que a divulgação deste estudo era para fins académicos do Mestrado e que seria garantido sigilo absoluto sobre as questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes, bem como a identificação do local da recolha de dados. Efectivamente, é importante que “o investigador se empenhe em manter secreto os dados recolhidos durante e após o estudo não podendo comunicá-los a quem quer que seja” (Fortin, 2009, p. 189).

Depois dos participantes assinarem a declaração de consentimento informado da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo E) foi iniciado o trabalho de campo, assente em vários momentos. Assim, o primeiro momento foi constituído pela aplicação da versão reduzida do sistema de avaliação de idosos Easy-Care Standard 2010, às 10 participantes que fizeram parte da amostra. A primeira aplicação do instrumento decorreu no Mês de Junho de 2013, tendo demorado 20 a 30 minutos o seu preenchimento. É de salientar que cada idoso preencheu o seu questionário com a supervisão da investigadora, em ambiente reservado e calmo.

Num segundo momento, entre Julho a Outubro de 2013, na sala de convívio da ERPI foram aplicadas às idosas 2 sessões de estimulação por semana, uma física e outra cognitiva (Anexo F), com a duração de 30 a 45 minutos cada uma. No final de cada sessão foi preenchida uma grelha de observação (Anexo G), para um maior controlo dos dados e uma correcta avaliação individual. Neste instrumento estão patentes as actividades de estimulação cognitiva e física realizadas ao longo das sessões de estimulação com o respectivo grau de dificuldade que varia entre muita, pouca ou nenhuma dificuldade.

Após 4 meses de estimulação, em Novembro de 2013, foi aplicado novamente o instrumento de avaliação de idosos Easy-Care Standard 2010, como forma de averiguar se existem alterações na qualidade de vida dos idosos institucionalizados na sequência da prática de actividades orientadas para o uso da mente e do corpo.

De modo a poder emparelhar o instrumento de avaliação de idosos Easy-Care Standard 2010, administrado antes e depois da estimulação física e cognitiva, foi colocado em cada questionário um código numérico, por forma a não permitir a identificação do participante. Com este procedimento foi possível assegurar o carácter confidencial das respostas, que permitiu às participantes ficarem à vontade e a responder espontâneamente às questões do Easy-Care.

Numa fase posterior, o tratamento estatístico dos dados foi realizado informaticamente recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 21. Para sistematizar a informação fornecida pelos dados recolhidos pela escala Easy-Care, utilizou-se a estatística descritiva e frequência. Para comparar estatisticamente os dados

do primeiro momento com os do segundo, em relação à da Pontuação de (In)dependência, do Risco de Ruptura do Cuidado e da Avaliação do Risco de Quedas, optou-se por testes não paramétricos (dado tratar-se de uma amostra reduzida), nomeadamente teste dos postos sinalizados de Wilcoxon para Amostras Relacionadas.

3.4.2 Metodologia qualitativa

No âmbito da utilização da metodologia qualitativa considerou-se pertinente aplicar junto da população-alvo a técnica da entrevista, com vista a clarificar melhor o tema em estudo tendo em conta os objectivos do mesmo (Coutinho, 2011). Nesta lógica, as entrevistas permitem abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura, ao mesmo tempo podem ajudar o investigador a colocar o problema de forma mais correcta possível (Quivy & Campenhoudt, 1992). Contudo, de acordo com Ruquoy (1997, p.86), para a realização de uma entrevista de “qualidade” é necessário “(...) fazer com que o interlocutor se exprima o mais livremente possível, e forneça as informações mais completas e precisas sobre o assunto tratado”.

De forma a conseguir responder às questões de investigação, considerou-se pertinente adoptar um modelo de entrevista semi-estruturada, uma vez que esta permite uma maior flexibilidade relativamente à entrevista estruturada, conseguindo, ao mesmo tempo, conduzir e focar a comunicação para os objectivos da entrevista, sempre que o discurso se desvie das intenções de investigação, suscitando o aprofundamento de informação requerida (Pardal & Correia, 1995).

Foi concebido um guião de entrevista (Anexo H) em profundidade semi-estruturado e aplicado de forma semi-directiva. A utilização deste instrumento de recolha de informação teve como função evitar que as participantes saíssem do campo de pesquisa e permitiu recolher informação acerca do que pensam, expressam, sentem e desejam e sabem sobre o tema em estudo (Marconi & Lakatos, 2002; Ruquoy, 1997).

Assim, o guião de entrevista é estruturado em consonância com os objectivos previamente definidos para o estudo, designadamente:

- 1) Caracterização sócio-demográfica dos participantes;
- 2) Atitudes perante a qualidade de vida;

3) Atitudes perante a estimulação física e cognitiva;

Mais concretamente, na primeira unidade de análise, procurou-se fazer uma breve caracterização sócio-demográfica das participantes. Recolheu-se dados como, o sexo, a idade, a escolaridade, o estado civil, a profissão a situação profissional e o tempo de institucionalização.

A segunda unidade de análise foi operacionalizada com a seguinte pergunta de partida “*Considera que tem uma vida com qualidade? Por quê?*”. Assim, procurou-se aferir o que as participantes entendem por qualidade de vida (conceito), o que é importante estar reunido para terem qualidade de vida (propriedades), o que podem fazer para melhorar a sua qualidade de vida (melhorias/próprio), e por fim, aferir a importância da Instituição na promoção de qualidade de vida (melhorias/Instituição).

A terceira unidade de análise foi operacionalizada com a pergunta de partida: “*O que achou das actividades de estimulação física e cognitiva em que participou? Explícite algumas razões?*”. Assim, procurou-se apurar se, no entender das participantes foi relevante participar em actividades de estimulação física e cognitiva (importância), bem como se, se sentem bem a participar nas actividades (satisfação), como ocupavam o tempo no passado (antecedentes) e actualmente, e, por fim, se as actividades de estimulação contribuíram para se sentirem melhor a nível físico e intelectual (eficácia).

As entrevistas foram realizadas em Novembro de 2013, após as participantes terem sido submetidas a sessões de estimulação física e cognitiva durante um período de 4 meses, como já foi explicado anteriormente.

Ao iniciarmos a entrevista as participantes já tinham sido esclarecidas e sensibilizadas num outro momento do estudo, para a importância em participar. A investigadora foi recebida pelos entrevistados de uma forma cooperante, o que proporcionou uma relação de empatia entre o entrevistado e a entrevistadora. Assegurou-se, sob compromisso de honra, perante todos os participantes, que todas as informações recolhidas pela técnica da entrevista seriam utilizadas somente no âmbito deste estudo, mantendo-se sigilo e anonimato das fontes e que após o estudo, todo o registo de som seria destruído.

As entrevistas foram orientadas pela pesquisadora no Gabinete da Directora Técnica da Instituição e foi adequada às pessoas em questão, tanto a nível da linguagem como da simplicidade de resposta exigida. O ambiente foi propício a que os participantes manifestassem de uma forma mais liberta os seus sentimentos acerca do tema proposto. A duração média de cada entrevista oscilou entre os 30 e 40 minutos. O registo dos dados obtidos processou-se através de gravação em suporte digital, após o consentimento das participantes (Anexo I).

Após a realização das entrevistas procedeu-se à audição das mesmas e à respectiva transcrição integral. Isto porque, quando se trata de trabalhar um documento em bruto a primeira transcrição do texto é indispensável e corresponde à primeira fase do trabalho de tratamento do material. Este é um passo especialmente moroso, mas é um procedimento indispensável, pois desta forma conseguiu-se transcrever para o papel não só os discursos que estavam gravados, mas todas as situações que aconteceram durante a entrevista e que pareceram pertinentes, constituindo assim como refere Vala (2003) o *corpus de análise*.

Para a análise da informação recolhida utilizou-se o modelo interactivo, proposto por Miles e Huberman (1984, *cit. in* Lessard-Hébert *et al.*, 1994 p.107), o qual se baseia em três componentes, sendo eles:

1. A redução dos dados;
2. A apresentação e organização;
3. A interpretação e verificação das conclusões;

Estes autores definem a primeira componente como um processo de “(...) selecção, de contração, de simplificação, de abstracção e de transformação” (p.23) do material compilado. A redução dos dados é uma operação contínua que “(...) vai do momento em que é determinado um campo de observação até à fase em que se decide aplicar um sistema de codificação e proceder a resumos” (Miles & Huberman, 1984, *cit. in* Lessard-Hébert *et al.*, 1994, p. 109). Os autores consideram que esta primeira fase é o primeiro momento da interpretação dos dados numa investigação, ainda antes da própria codificação.

Optou-se por uma redução dos dados antecipada (Miles & Huberman, *cit. in* Lessard-

Hébert *et al.*, 1994), a partir de uma base conceptual. Foi previamente definida a problemática a estudar, um campo de estudos e a elaboração do guião da entrevista.

A organização dos dados é definida como «(...) a estruturação de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões» (Miles & Huberman, 1984 *cit. in* Lessar-Hébert *et al.*, 1994, p.118), permitindo ao investigador uma representação dos dados num espaço reduzido, que dará origem à matrizes conceptuais, facilitando a comparação entre diferentes conjuntos de dados, auxiliando a planificação de outras análises e garantindo a utilização directa dos dados no relatório final.

Neste estudo procedeu-se à organização e apresentação de dados através de matrizes conceptuais, agrupando as variáveis de acordo com as suas ligações teóricas (Miles & Huberman, 1984). As matrizes conceptuais são compostas por unidades de registo (formais e semânticas) e unidades de contexto (Vala, 2003). A unidade de registo formal é composta por uma frase, um termo ou uma expressão utilizada pelo indivíduo durante a entrevista, enquanto a unidade de registo semântica contém a interpretação ou uma ideia retirada a partir do discurso utilizado pelo entrevistado. Por sua vez, a unidade de contexto é formada por expressões ou frases referidas pelo sujeito durante a entrevista (Vala, 2003). A cada matriz fez-se corresponder uma unidade temática, de acordo com o guião da entrevista. As matrizes conceptuais, foram remetidas para anexo, sendo o Anexo L, sobre atitudes perante a qualidade de vida e o Anexo M, atitudes perante a estimulação física e cognitiva.

Por último, e de forma a operacionalizar a terceira etapa do modelo de análise escolhido, procedeu-se à análise do conteúdo, “ (...) que é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes Ciências Humanas e Sociais” (Vala, 2009, p.101), que permitiu «extrair significados a partir de uma apresentação-síntese dos dados» (Miles e Huberman, 1984 *cit. in* Lessar- Hébert *et al.*, 1994, p.122) de modo a que a interpretação possa ser criadora, «através da elaboração de explicações e de novas questões que transcendem a segura dos resultados» (Van der Maren, 1987, *cit. in* Lessar-Hébert *et al.*, 1994).

Efectivamente, a técnica da análise de conteúdo na investigação “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informação e testemunhos que apresentam um

certo grau de profundidade e de complexidade e permite satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 227). Segundo Henry e Moscovici (*cit. in* Bardin, 2004, p.28 “(...) tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo” porque “(...) ao trabalhar a prática da língua realizada por emissores identificáveis procura conhecer aquilo que está por detrás das palavras sobre as quais se debruça” (Bardin, 2004, p.38).

Assim sendo, com esta opção pela técnica da análise de conteúdo que se fez para tratar os dados das entrevistas pretendeu-se, como refere Castro (*cit. in* Custódio, 2008, 105) “organizar a informação recolhida dando ênfase ao que foi valorizado pelos entrevistados”.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação da metodologia, realizada no capítulo anterior, que se destinou a dar informação sobre as participantes e os procedimentos gerais usados na pesquisa empírica. Neste capítulo, chegamos à parte do nosso estudo em que apresentamos os resultados decorrentes da aplicação dos instrumentos de recolha de dados (Easy-Care e as entrevistas).

Assim, num primeiro momento, fez-se a apresentação dos resultados e respectiva análise dos dados provenientes da aplicação do Easy-Care, num segundo momento, apresentou-se os resultados e respectiva análise dos dados provenientes das entrevistas, e, por fim, as conclusões alcançadas com a metodologia quantitativa e qualitativa.

4.1. Percepção da qualidade de vida de idosos institucionalizados antes e após terem sido submetidos a sessões de estimulação física e cognitiva

Como já foi abordado, o Easy-Care foi o instrumento administrado para avaliar a qualidade de vida em diferentes domínios. A análise que se segue versa precisamente sobre os resultados obtidos em cada categoria do instrumento, tendo sido aplicado em

dois momentos distintos, antes e após as participantes terem sido submetidas a sessões de estimulação física e cognitiva durante um período de 4 meses. Assim, as Tabelas apresentadas permitem comparar as respostas dadas antes da estimulação (momento 1) com as respostas depois da estimulação (momento 2).

4.1.1 Visão, Audição e Comunicação

Através da Tabela 3, pode-se identificar que a maioria das participantes não apresentaram limitações ao nível das dimensões consideradas e que os resultados são iguais em ambos os momentos em análise para todas as áreas.

No que concerne a conseguir usar o telefone, está é a área que se revela mais crítica, com 20% das participantes a precisar de alguma ajuda para desempenhar esta tarefa, contudo a maioria das inquiridas responderam que o fazem sem ajuda, incluindo procurar e marcar números.

Analisando a capacidade auditiva, 90% das inquiridas responderam que “não tem dificuldade em ouvir”. No que diz respeito à visão e a capacidade verbal, todas as participantes referiram que não apresentam limitações nestas áreas.

Tabela 3 :
Distribuição da amostra segundo as capacidades de “Visão, Audição e Comunicação”

Momento 1	Frequência	%	Momento 2	Frequência	%
Consegue Ver			Consegue Ver		
Sim	10	100	Sim	10	100
Consegue Ouvir			Consegue Ouvir		
Sim	9	90	Sim	9	90
Com dificuldade	1	10	Com dificuldade	1	10
Total	10	100	Total	10	100
Dificuldade com a fala			Dificuldade com a fala		
Não tem dificuldade em fazer-se entender.	10	100	Não tem dificuldade em fazer-se entender.	10	100
Usar Telefone			Usar Telefone		
Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números.	8	80	Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números.	8	80
Com alguma ajuda.	2	20	Com alguma ajuda.	2	20
Total	10	100	Total	10	100

4.1.2 Auto-cuidado (cuidar de si)

Nas questões relacionadas com o “Auto-cuidado”, tendo em vista a Tabela 4, identificou-se que a maioria das participantes consegue realizar as actividades de forma autónoma e que as respostas são iguais em ambos os momentos em análise.

Assim, no que se refere a “cuidar da aparência pessoal”, 90% das participantes afirmaram que não precisavam de ajuda para cuidar da sua aparência pessoal. No que concerne a “ser capaz de se vestir”, 80% referiram não precisar de ajuda (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.). Apesar da totalidade da amostra afirmar não precisar de ajuda para “lavar as mãos e a cara”, no que se refere ao banho, os resultados já não são idênticos. Isto porque, 30% referem que precisam de alguma ajuda para utilizar a banheira ou o duche.

No que se refere a ser “capaz de realizar as tarefas domésticas”, a maioria das participantes mencionam que conseguem fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisam de ajuda com as mais pesadas.

As respostas face a ser capaz de “preparar as suas refeições”, não são unânimes, isto porque, 50% referem não precisar de ajuda, 40% das participantes salientam que com alguma ajuda conseguem preparar algumas coisas, mas não conseguem cozinhar sozinhas as refeições completas e apenas 10% referem ser incapazes de preparar refeições.

No que concerne a “conseguir alimentar-se”, todas as participantes referem serem capazes de o fazer sem ajuda. Contudo, para “tomar medicamentos” a amostra não revelou a mesma autonomia face à alimentação, sendo que 50% das participantes tomam a medicação sem ajuda nas doses correctas e às horas certas mas a outra parte da amostra espelha o oposto, ou seja, precisam de alguma ajuda, de alguém que lhes prepare e/ou as lembre de os tomar.

As respostas face a problemas com a boca dentes e pele foi 100% negativa. Todas as inquiridas descreveram serem capazes de utilizar a sanita sem ajuda e negaram ter acidentes com os seus intestinos. Contudo, a percentagem já não é a mesma no que se refere “a acidentes com a bexiga”, isto porque, 50% das participantes afirmaram que

não tem acidentes, mas os outros 50% responderam que tem acidentes ocasionais, menos de uma vez por dia

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo o Cuidar de si (Auto-cuidado)

Momento 1	Frequência	%	Momento 2	Frequência	%
Cuidar da aparência			Cuidar da aparência		
Sem ajuda	9	90	Sem ajuda	9	90
Precisa de ajuda para manter a aparência pessoal	1	10	Precisa de ajuda para manter a aparência pessoal	1	10
Total	10	100	Total	10	100
Vestir			Vestir		
Sem ajuda.	8	80	Sem ajuda.	8	80
Com alguma ajuda	2	20	Com alguma ajuda	2	20
Total	10	100	Total	10	100
Lavar as mãos e a cara			Lavar as mãos e a cara		
Sem ajuda	10	100	Sem ajuda	10	100
Utilizar banheira ou duche			Utilizar banheira ou duche		
Sem ajuda	7	70	Sem ajuda	7	70
Precisa de alguma ajuda	3	30	Precisa de alguma ajuda	3	30
Total	10	100	Total	10	100
Tarefas domésticas			Tarefas domésticas		
Sem ajuda	4	40	Sem ajuda	4	40
Com alguma ajuda	6	60	Com alguma ajuda	6	60
Total	10	100	Total	10	100
Preparar refeições			Preparar refeições		
Sem ajuda	5	50	Sem ajuda	5	50
Com alguma ajuda	4	40	Com alguma ajuda	4	40
Não consegue preparar	1	10	Não consegue preparar	1	10
Total	10	100	Total	10	100
Alimentar-se			Alimentar-se		
Sem ajuda	10	100	Sem ajuda	10	100
Problema com a boca ou dentes			Problema com a boca ou dentes		
Não	10	100	Não	10	100
Tomar os medicamentos			Tomar os medicamentos		
Sem ajuda	5	50	Sem ajuda	5	50
Com alguma ajuda	5	50	Com alguma ajuda	5	50
Total	10	100	Total	10	100
Problemas com a pele			Problemas com a pele		
Não	10	100	Não	10	100
Acidentes com a bexiga			Acidentes com a bexiga		
Não tem acidentes	5	50	Não tem acidentes	5	50
Tem acidentes ocasionalmente (menos de uma vez por dia)	5	50	Tem acidentes ocasionalmente (menos de uma vez por dia)	5	50
Total	10	100	Total	10	100
Acidentes com os intestinos			Acidentes com os intestinos		
Não tem acidentes.	10	100	Não tem acidentes.	10	100
Utilização da sanita			Utilização da sanita		
Sem ajuda.	10	100	Sem ajuda.	10	100

4.1.3 Mobilidade

Tendo em conta a Tabela 5, a maioria dos participantes é independente e não necessita de ajuda na realização das actividades consideradas. Contudo, observa-se que as actividades que implicam mobilidade no exterior são aquelas que emergem como mais críticas.

Assim, a análise dos dados demonstrou que nenhuma resposta se alterou do primeiro para o segundo momento em análise e que as inquiridas não apresentaram problemas com os pés nem tiveram “dificuldades em deslocar-se da cama para a cadeira” nem “dificuldade em deslocar-se dentro de casa”. Para além disso, os resultados evidenciaram que conseguem “subir e descer escadas” sem ajuda de terceiros, podendo usar ajudas técnicas de auxílio à marcha. Para as restantes questões a percentagem não se revelou 100% positiva como nas respostas anteriores.

Para a pergunta relacionada com as “quedas nos últimos 12 meses”, 70% das inquiridas afirmaram que não caíram nesse espaço de tempo. Também para os resultados referentes a ser capaz de “andar no exterior”, de “ir às compras” e de “deslocar-se a serviços públicos”, é perceptível que as opiniões não são unânimes. Sendo que 50% das inquiridas afirmaram que conseguem andar no exterior e ir às compras sem ajuda.

Em relação a ser capaz em “deslocar-se a serviços públicos”, tais como farmácia, consultório médico e dentista, a maior parte da amostra, ou seja, 60%, referiram que necessitam de alguma ajuda

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a Mobilidade

Momento 1	Frequência	%	Momento 2	Frequência	%
Deslocar-se da cama para a cadeira			Deslocar-se da cama para a cadeira		
Sem ajuda	10	100	Sem ajuda	10	100
Problemas com os pés			Problemas com os pés		
Não	10	100	Não	10	100
Deslocar-se dentro de casa			Deslocar-se dentro de casa		
Sem ajuda	10	100	Sem ajuda	10	100
Subir e descer escadas			Subir e descer escadas		
Sem ajuda	10	100	Sem ajuda	10	100
Quedas nos últimos 12 meses			Quedas nos últimos 12 meses		
Não	7	70	Não	7	70
Uma vez	2	20	Uma vez	2	20
2 vezes ou mais	1	10	2 vezes ou mais	1	10
Total	10	100	Total	10	100
Andar no exterior			Andar no exterior		
Sem ajuda	5	50	Sem ajuda	5	50
Com alguma ajuda	5	50	Com alguma ajuda	5	50
Total	10	100	Total	10	100
Ir às compras			Ir às compras		
Sem ajuda	5	50	Sem ajuda	5	50
Com alguma ajuda	5	50	Com alguma ajuda	5	50
Total	10	100	Total	10	100
Deslocar-se em serviços públicos			Deslocar-se em serviços públicos		
Não tem dificuldade	4	40	Não tem dificuldade	4	40
Com alguma ajuda	6	60	Com alguma ajuda	6	60
Total	10	100	Total	10	100

4.1.4 Segurança

O domínio apresentado em seguida na Tabela 6, refere-se à “Segurança”, onde se examinou diferentes aspectos, em ambos os momentos em análise, todas as participantes responderam que se sentem seguras dentro e fora de casa. Analogamente, para a pergunta se “alguma vez se sentiu ameaçada ou assediada por alguém”, os valores foram idênticos no primeiro e segundo momento em análise, sendo unânime que este sentimento de ameaça ou assédio nunca esteve presente entre as inquiridas.

Ainda no domínio da segurança, no que diz respeito aos resultados às questões “Sente-se discriminada por alguma razão (por exemplo, idade, sexo, raça, religião, incapacidade)”, no primeiro momento 40 % das participantes responderam que “sim. No segundo momento em análise todas as participantes responderam que não se sentem discriminadas.

Por fim, tendo em conta ao facto dos idosos possuírem ou não uma sistema de suporte em caso de emergência, para a questão “possui alguém que a possa ajudar em caso de doença ou de emergência”, em ambos os momentos todas as participantes responderam que sim, referindo a ERPI onde residem, como sendo o suporte principal ao qual podem recorrer em caso emergência ou doença.

Tabela 6 - Distribuição da amostra, segundo a Segurança

Momento 1	Frequência	%	Momento 2	Frequência	%
Segurança dentro de casa			Segurança dentro de casa		
Sim	10	100	Sim	10	100
Segurança fora de casa			Segurança fora de casa		
Sim	10	100	Sim	10	100
Sentimento de ameaça ou assédio			Sentimento de ameaça ou assédio		
Não	10	100	Não	10	100
Sentimento de discriminação			Sentimento de discriminação		
Sim	4	40	Sim	0	0
Não	6	60	Não	10	100
Total	10	100	Total	10	100
Tem alguém que possa ajudar em caso de doença ou emergência			Tem alguém que possa ajudar em caso de doença ou emergência		
Sim	10	100	Sim	10	100

4.1.5 Local de residências e finanças

De acordo com os resultados deste domínio, presentes na Tabela 7, verificou-se que em ambos os momentos em análise os resultados foram iguais. Assim, todas as participantes responderam que estavam “satisfeita com o local de residência” e que não tinham necessidade de “aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios que possa ter direito”.

Em relação à questão se era capaz de “gerir os seus próprios assuntos financeiros”, a maioria das inquiridas responderam que sim.

Tabela 7 - Distribuição da amostra, segundo o Local de Residência e Finanças

Momento 1	Frequência	%	Momento 2	Frequência	%
Satisfeita com o local de residência			Satisfeita com o local de residência		
Sim	10	100	Sim	10	100
Gere o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros			Gere o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros		
Sim.	6	60	Sim.	6	60
Não	4	40	Não	4	40
Total	10	100	Total	10	100
Necessidade de aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios que possa ter direito			Necessidade de aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios que possa ter direito		
Não	10	100	Não	10	100

4.1.6 Manter-se saudável

Na Tabela 8 estão representados os resultados relativos ao domínio “Manter-se saudável”. Como se pode constatar, apesar da maioria das participantes ter percecionado ter comportamentos saudáveis no primeiro momento de análise, a prática regular de exercício físico foi o comportamento menos adoptado pelas inquiridas, com 80% das participantes a manifestarem a ausência regular de exercício físico. No segundo momento, continuou a estar patente a preocupação com as questões relacionadas com a saúde, verificando-se um aumento de 70% das participantes que referiram praticar exercício físico regular.

À questão sobre se as inquiridas ficam com falta de ar durante a “realização de actividades normais”, no primeiro e segundo momento de análise, a maioria das participantes afirmaram que “não”. Quando confrontadas com a pergunta se “fuma” ou “bebe demasiadas bebidas alcoólicas” todas as inquiridas nos dois momentos responderam que não tem esses hábitos.

Ainda, tendo em conta a mesma tabela, e quando questionadas “se a tensão arterial foi verificada recentemente” num primeiro momento 90% das inquiridas responderam que sim e num segundo momento não existiram respostas negativas.

Acerca dos problemas relacionados com o peso, tanto no primeiro momento como no

segundo, 50% das participantes afirmaram estar “preocupadas com o excesso de peso”.

Em relação a “ir ao médico de família para verificar se a vacinação está em dia”, nos dois momentos de análise todas as participantes responderam que vão com regularidade a consultas de rotina e que a vacinação está em ordem.

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a capacidade em Manter-se Saudável

Momento 1	Frequência	%	Momento 2	Frequência	%
Pratica exercício regularmente			Pratica exercício regularmente		
Sim	2	20	Sim	9	90
Não	8	80	Não	1	10
Total	10	100	Total	10	100
Fica com falta de ar durante as actividades normais			Fica com falta de ar durante as actividades normais		
Sim (a subir/ descer escadas)	3	30	Sim (a subir/ descer escadas)	3	30
Não	7	70	Não	7	70
Total	10	100	Total	10	100
Fuma tabaco			Fuma tabaco		
Não	10	100	Não	10	100
Bebe demasiadas bebidas alcoólicas			Bebe demasiadas bebidas alcoólicas		
Não	10	100	Não	10	100
A sua tensão arterial foi verificada recentemente			A sua tensão arterial foi verificada recentemente		
Sim	9	90	Sim	10	100
Não	1	10			
Total	10	100			
Tem alguma preocupação com o seu peso			Tem alguma preocupação com o seu peso		
Com excesso de peso	5	50	Com excesso de peso	5	50
Com perda de peso	1	10	Com perda de peso	1	10
Não tem preocupações	4	40	Não tem preocupações	4	40
Total	10	100	Total	10	100
Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia			Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia		
Sim	10	100	Sim	10	100

4.1.7 Saúde mental e bem-estar

A Tabela 9 demonstra que a maioria das participantes, no segundo momento de análise, revelou uma percepção ligeiramente mais positiva, em relação aos itens da categoria “saúde mental e bem-estar”. Salienta-se o facto de todas as participantes, em ambos os

momentos em análise, responderem que conseguem realizar actividades importantes para si.

Em relação à questão “recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto” em ambos os momentos a maioria das participantes afirmou que não. Acerca das respostas face à percepção da sua saúde, num primeiro momento de análise, 10% das inquiridas consideraram a sua “saúde muito boa”, 20% da amostra acharam a sua “saúde boa”, e por fim 70% das inquiridas afirmaram possuir uma “saúde razoável”. Posteriormente, analisando o segundo momento em análise, constatou-se que 20% das inquiridas consideraram possuir uma saúde “muito boa”, 10% da população estudada acharam a sua saúde “boa”, e por fim, mantendo a percentagem do primeiro momento, 70% das participantes responderam possuir uma saúde “razoável”.

Também no domínio da percepção da sua saúde, quando questionadas sobre a presença de dores corporais, no primeiro momento, 60% das inquiridas responderam que “não possuía dores corporais”, 40% afirmaram que “sim”, embora fossem suaves. No segundo momento, 10% responderam que tiveram dores “muito suaves”, outros 10% das participantes responderam que tiveram dores “suaves” e 80% responderam que “não tiveram dores”.

Ainda de acordo com a mesma tabela, e analisando os problemas relacionados com o sono, no primeiro momento, 60% das inquiridas afirmaram ter “problemas de sono”, face a 40% das participantes que responderam “não possuir problemas relacionados com o sono”. No segundo momento, 20% responderam ter problemas de sono e 80% respondeu que “não” tiveram problemas a esse nível.

No âmbito da questão “Sente-se sozinha?”, no primeiro momento em estudo, 50% das participantes responderam “nunca” ter sentido solidão, 40% afirmaram que “por vezes” se sentem sozinhas e 10% das inquiridas destacaram que “muitas vezes” se sentem sós. No segundo momento, 50% das inquiridas responderam que “por vezes” se sentem sozinhas” face a outra metade da amostra que “nunca” se sentem sozinhas.

À questão “No último mês sentiu-se muitas vezes incomodada por se sentir em baixo, deprimida ou desesperada”, no primeiro momento, 50% das inquiridas responderam que

“sim” e as restantes participantes responderam que “não”, por outro lado, no segundo momento, 90% das inquiridas responderam que “não” face a 10% das participantes que responderam que “sim”.

Em relação à questão “no último mês sentiu-se incomodada por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas”, no primeiro momento, 50% das inquiridas afirmaram que “sim”, enquanto que as restantes inquiridas responderam que “não”. No segundo, momento a opinião das participantes foi unânime, no que concerne ao facto de no último mês “não” se sentiram incomodadas.

Por fim, analisando a questão deste último domínio face às preocupações das participantes em relação às falhas de memória, no primeiro momento, 70% responderam que “sim” e 30% afirmaram que “não” sentiam preocupação. No segundo momento, os valores foram de 60% para “sim” e 40% para “não”.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a Saúde mental e bem-estar

Momento 1	Frequência	%	Momento 2	Frequência	%
Consegue realizar actividades de lazer e outras que sejam importantes para si			Consegue realizar actividades de lazer e outras que sejam importantes para si		
Sim	10	100	Sim	10	100
A sua saúde é:			A sua saúde é:		
Muito boa	1	10	Muito boa	2	20
Boa	2	20	Boa	1	10
Razoável	7	70	Razoável	7	70
Total	10	100	Total	10	100
Sente-se sozinha			Sente-se sozinha		
Nunca	5	50	Nunca	5	50
Por vezes	4	40	Por vezes	5	50
Muitas vezes	1	10	Muitas vezes	0	0
Total	10	100	Total	10	100
Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto			Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto		
Sim	2	20	Sim	2	20
Não	8	80	Não	8	80
Total	10	100	Total	10	100
Problemas em dormir no mês passado			Problemas em dormir no mês passado		
Sim	6	60	Sim	2	20
Não	4	40	Não	8	80
Total	10	100	Total	10	100

(continuação da tabela 9)

Momento 1	Frequência	%	Momento 2	Frequência	%
Dores corporais no mês passado			Dores corporais no mês passado		
Sim/ muito suaves	0	0	Sim/ muito suaves	1	10
Sim/ suaves	4	40	Sim/ suaves	1	10
Não	6	60	Não	8	80
Total	10	100	Total	10	100
No último mês sentiu-se incomodada por se sentir em baixo, deprimida ou desesperada			No último mês sentiu-se incomodada por se sentir em baixo, deprimida ou desesperada		
Sim	5	50	Sim	1	10
Não	5	50	Não	9	90
Total	10	100	Total	10	100
No último mês sentiu-se incomodada por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas			No último mês sentiu-se incomodada por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas		
Sim	5	50	Sim	0	0
Não	5	50	Não	10	100
Total	10	100	Total	10	100
Preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos			Preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos		
Sim	7	70	Sim	6	60
Não	3	30	Não	4	40
Total	10	100	Total	10	100

4.1.8 Pontuação da (In)Dependência

Através da comparação estatística entre a pontuação de (In)dependência no 1º e 2º momento de aplicação (Tabela 10 e 11) patente na tabela 12, depreende-se que a mediana das diferenças entre a pontuação de (In)dependência e a II pontuação de (In)dependência é igual a zero. Isto é, não há diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos. Como a pontuação pode variar entre 0 e 100, sendo que pontuações elevadas indicam níveis de necessidades de apoio elevadas, pode concluir-se que a amostra revelou indicadores sugestivos de independência.

Tabela 10 - Pontuação da (In)Dependência (momento 1)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Q1.4	10	0	2	0,40	0,843
Q2.1	10	0	5	0,50	1,581
Q2.2	10	0	4	1,20	1,932
Q2.4	10	0	5	1,50	2,415
Q2.5	10	0	2	1,20	1,033
Q2.6	10	0	5	1,30	1,636
Q2.7	10	0	0	0,00	0,000
Q2.9	10	0	2	1,00	1,054
Q2.11	10	0	5	2,50	2,635
Q2.12	10	0	0	0,00	0,000
Q2.13	10	0	0	0,00	0,000
Q3.1	10	0	0	0,00	0,000
Q3.3	10	0	0	0,00	0,000
Q3.4	10	0	0	0,00	0,000
Q3.6	10	0	3	1,50	1,581
Q3.7	10	0	2	1,00	1,054
Q3.8	10	0	2	1,20	1,033
Q5.2	10	0	4	1,60	2,066
Pontuação de (In)dependência	10	0	33	14,50	13,394
N válido (de lista)	10				

Tabela 11 - Pontuação da (In)Dependência (momento 2)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
II Q1.4	10	0	2	0,40	0,843
II Q2.1	10	0	5	0,50	1,581
II Q2.2	10	0	4	0,80	1,687
II Q2.4	10	0	5	1,50	2,415
II Q2.5	10	0	2	1,20	1,033
II Q2.6	10	0	5	1,30	1,636
II Q2.7	10	0	0	0,00	0,000
II Q2.9	10	0	2	1,00	1,054
II Q2.11	10	0	5	2,50	2,635
II Q2.12	10	0	0	0,00	0,000
II Q2.13	10	0	0	0,00	0,000
II Q3.1	10	0	0	0,00	0,000
II Q3.3	10	0	0	0,00	0,000
II Q3.4	10	0	0	0,00	0,000
II Q3.6	10	0	3	1,50	1,581
II Q3.7	10	0	2	1,00	1,054
II Q3.8	10	0	2	1,20	1,033
II Q5.2	10	0	4	1,60	2,066
II Pontuação de (In)dependência	10	0	33	14,50	13,394
N válido (de lista)	10				

Tabela 12- Comparação estatística do resultado do momento 1 com o resultado do momento 2, da pontuação da (In)Dependência.

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A mediana das diferenças entre Pontuação de (In)dependência e II Pontuação de (In)dependência é igual a 0	Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas	1,000	Reter a hipótese nula

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

4.1.9 Risco de Ruptura do Cuidado

Através da comparação estatística entre a pontuação de “Risco de Ruptura do Cuidado” no 1º e 2º momento de aplicação (Tabela 13 e 14), patente na Tabela 15, depreende-se que a mediana das diferenças não é igual a zero, pelo que a diferença é estatisticamente significativa. A pontuação sugere que o risco diminuiu, podendo no segundo momento, considerar-se globalmente reduzido. No primeiro momento havia pelo menos uma participante a inspirar algum cuidado.

Tabela 13 - Risco de Ruptura do Cuidado (momento 1)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Q2_2	10	0	1	0,20	0,422
Q2_4	10	0	1	0,30	0,483
Q2_7	10	0	0	0,00	0,000
Q2_13	10	0	0	0,00	0,000
Q2_11	10	0	1	0,50	0,527
Q3_5	10	0	1	0,30	0,483
Q6_6	10	0	1	0,10	0,316
Q7_2	10	0	1	0,70	0,483
Q7_6	10	0	1	0,40	0,516
Q7_7	10	0	1	0,50	0,527
Q7_8	10	0	1	0,50	0,527
Q7_9	10	0	1	0,70	0,483
Pontuação /Risco de Ruptura do Cuidado	10	1	9	4,20	2,700
N válido (de lista)	10				

Tabela 14 - Risco de Ruptura do Cuidado (momento 2)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
II Q2_2	10	0	1	0,20	0,422
II Q2_4	10	0	1	0,30	0,483
II Q2_7	10	0	0	0,00	0,000
II Q2_13	10	0	0	0,00	0,000
II Q2_11	10	0	1	0,50	0,527
II Q3_5	10	0	1	0,30	0,483
II Q6_6	10	0	1	0,10	0,316
II Q7_2	10	0	1	0,70	0,483
II Q7_6	10	0	1	0,20	0,422
II Q7_7	10	0	1	0,10	0,316
II Q7_8	10	0	0	0,00	0,000
II Q7_9	10	0	1	0,60	0,516
II Pontuação/ Risco de Ruptura do Cuidado	10	0	6	2,70	2,312
N válido (de lista)	10				

Tabela 15 - Comparação estatística do resultado do momento 1 com o resultado do momento 2, do Risco de Ruptura do Cuidado.

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A mediana das diferenças entre Pontuação / Risco de Ruptura do Cuidado e II Pontuação / Risco de Ruptura do Cuidado é igual a 0.	Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas	0,042	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

4.1.10 Avaliação do Risco de Quedas

Através da comparação estatística entre a pontuação de “Avaliação de Risco de Quedas” no 1º e 2º momento de aplicação (Tabela 16 e 17) patente na Tabela 18, depreende-se que a mediana das diferenças entre a pontuação de Avaliação de Risco de Quedas e a II pontuação de Avaliação de Risco de Quedas é igual a zero. Isto é, não há diferença estatisticamente significativas entre os dois momentos. Adicionalmente tendo em consideração que a pontuação pode oscilar entre 0 e 8 e que três ou mais itens positivos indicam um risco de quedas elevado, o risco da amostra pode considerar-se bastante reduzido nos dois momentos.

Tabela 16 - Avaliação do Risco de Quedas (momento 1)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Q1_1	10	0	0	0,00	0,000
Q3_1	10	0	0	0,00	0,000
Q3_2	10	0	0	0,00	0,000
Q3_5	10	0	1	0,30	0,483
Q3_6	10	0	0	0,00	0,000
Q4_1	10	0	0	0,00	0,000
Q4_2	10	0	0	0,00	0,000
Q6_4	10	0	0	0,00	0,000
Pontuação/ Avaliação do Risco de Quedas	10	0	1	0,30	0,483
N válido (de lista)	10				

Tabela 17 - Avaliação do Risco de Quedas (momento 2)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
II Q1_1	10	0	0	0,00	0,000
II Q3_1	10	0	0	0,00	0,000
II Q3_2	10	0	0	0,00	0,000
II Q3_5	10	0	1	0,30	0,483
II Q3_6	10	0	0	0,00	0,000
II Q4_1	10	0	0	0,00	0,000
II Q4_2	10	0	0	0,00	0,000
II Q6_4	10	0	0	0,00	0,000
II Pontuação/Avaliação do Risco de Quedas	10	0	1	0,30	0,483
N válido (de lista)	10				

Tabela 18 - Comparação estatística do resultado do momento 1 com o resultado do momento 2, da Avaliação do Risco de Quedas

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig	Decisão
1	A mediana das diferenças entre Pontuação / Avaliação do Risco de Quedas e II Pontuação / Avaliação do Risco de Quedas é igual a 0.	Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas	1,000	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

4.2 Discussão dos resultados obtidos com o Easy-Care

Apresentados os resultados obtidos com a aplicação do Easy-Care, antes e após as participantes terem sido submetidos a sessões de estimulação física e cognitiva durante um período de 4 meses, segue-se a sua discussão, tendo por referência o enquadramento teórico desenvolvido na primeira parte deste estudo.

Os dados recolhidos através do Easy-Care permitiram avaliar a qualidade de vida e as (In)capacidades percebidas pelos idosos institucionalizados nas diferentes dimensões consideradas neste instrumento.

No domínio da “*Visão, Audição e Comunicação*”, os resultados são iguais nos dois momentos de análise e a maioria das participantes não apresentaram limitações ao nível das dimensões aqui consideradas.

No que concerne ao domínio “*Cuidar de si*”, a maioria das participantes, nos dois momentos em análise, tem a percepção que consegue realizar as actividades aqui apontadas de forma autónoma, sendo que as tarefas domésticas são percebidas como sendo a dimensão mais crítica, pelo facto de 60% das participantes necessitarem de alguma ajuda para desempenhar estas tarefas.

Em relação ao domínio da “*Mobilidade*”, em ambos os momentos em análise, a maioria das participantes é independente e não necessita de ajuda na realização das actividades aqui consideradas. Contudo, as actividades que implicam mobilidade no exterior são as que emergem como mais críticas.

Apesar do Easy-Care ser um instrumento que se revela importante para avaliar a qualidade de vida, parece que há outro tipo de parâmetros que escapam a este questionário. Além disso, limitações de natureza física, como visão, audição, problemas de incontinência, entre outros, não são solúveis através de estimulação, quando muito através de uma intervenção médica com o objectivo de projectar uma melhor qualidade de vida a quem padece destes problemas. Talvez por isso, as sessões de estimulação não tenham surtido nenhum impacto sobre as participantes que afirmaram nos dois momentos em estudo ter problemas de incontinência e de audição. No que concerne a

problemas com a falta de ar, que algumas participantes evidenciaram sentir na realização de algumas actividades, apesar de não ter existido uma melhoria no segundo momento, com um programa de actividade física mais longo, o aumento da capacidade respiratória pode melhorar, sendo este um dos benefícios apontados por Destéfani (2000).

Para além disso, áreas em que uma pequena percentagem das participantes evidenciaram ser necessária alguma ajuda, tais como, tomar banho, vestir-se, deslocar-se no exterior, apesar de a estimulação não ter surtido impacto, de acordo com o instrumento são indicadores de qualidade de vida. Contudo, não são os únicos importantes, isto porque, de acordo com diferentes autores presentes na literatura consultada existem outras dimensões também importantes que não são bem exploradas pelo Easy-Care.

Assim sendo, Campbell (et al., 1976, *cit. in* Meneses, 2005) e Flanagan (1982, *cit. in* Meneses, 2005) advertem que em estudos realizados neste âmbito os participantes mencionam o casamento, a vida familiar, a amizade, o emprego, a fé, a comunidade e actividades cívicas como sendo os domínios mais representativos para a qualidade de vida. Shumaker et al. (1990, *cit. in* Meneses) propõem, também o estatuto profissional, e o envolvimento íntimo com os outros onde inclui o funcionamento sexual.

Referenciando outros autores, como Frisch (1994, *cit. in* Meneses, 2005), Spilker (1990, *cit. in* Meneses, 2005) e Schipper et al. (1990, *cit. in* Meneses, 2005) muitas mais visões se poderia apontar acerca do conceito de qualidade de vida. A este respeito Patrick (2008) explica que não há um consenso por parte dos diferentes autores quanto às suas dimensões porque o termo é usado em contextos diferentes por pessoas diferentes.

Em relação ao domínio “Local de Residência e Finanças” os resultados são iguais nos dois momentos de análise. As participantes estão satisfeitas com o local de residência. Referenciando Destéfani (2000), tal evidência, pode ser explicada pelo facto de a ERPI ser um lugar onde o idoso é respeitado e o ambiente oferece segurança, conforto, e os funcionários estão capacitados para dar resposta as necessidades dos seus residentes. Ainda em relação a este domínio verificou-se que a maior parte das participantes gere o

seu dinheiro, o que é bom, pois se o cérebro tiver poucas solicitações menos activo estará e as suas células perderão a sua finalidade (Destéfani, 2000).

Nos domínios apresentados a seguir foi possível verificar que a estimulação contribuiu para melhorar a percepção que as participantes tinham sobre a sua qualidade de vida, antes e após serem submetidas a um programa de estimulação. A este respeito, Frish (1994, *cit. in* Meneses, 2005) adverte que o somatório desses domínios que a pessoa valoriza e que vai proporcionar contentamento perante a vida é que traduz a definição de qualidade de vida.

Assim, foi possível identificar, na segunda aplicação do Easy-Care, que ocorreram melhorias em algumas dimensões, nomeadamente no que concerne: “*Segurança*”, “*Manter-se saudável*”, “*Saúde Mental e Bem-Estar*”.

No que concerne à dimensão “*Segurança*”, apesar de as participantes na sua totalidade se sentirem seguras dentro e fora de casa nos dois momentos em análise, o mesmo já não sucedia com o sentimento de discriminação, presente no primeiro momento de análise em 40% das participantes. Contudo, depois de terem sido submetidas às sessões de estimulação, esse sentimento de discriminação que as participantes relacionavam à idade e à incapacidade, desapareceu. É de referir que as participantes que responderam que se sentiam discriminadas, no início das sessões de estimulação, foram as que apresentaram mais insegurança e timidez na concretização das actividades. Mas, com o decorrer dos meses, foram tendo uma percepção mais positiva das suas capacidades, o que se reflectiu numa maior confiança no acto de realizar as actividades. Assim, no segundo momento de aplicação do Easy-Care às participantes, após a estimulação, estas apresentaram uma percepção diferente em relação a este sentimento, ou seja, deixaram de se sentir discriminadas. Isto pode estar relacionado com o facto das participantes terem percebido que apesar da idade avançada ainda eram capazes de fazer coisas, melhorando a percepção que tinham de si próprias.

A corroborar estes dados, o gerontólogo Alexandre Kalache (s/d, *cit. in* Félix, 2013) salienta que envelhecer com qualidade depende de tudo o que ao longo da vida fomos acumulando. Se temos um auto-conceito negativo este repercute-se em sentimentos de tédio, apatia, sentimentos de inutilidade, baixa auto-estima, perda progressiva de

identidade e estados depressivos. Um estudo referido por Jacob (2007), realizado em Bragança junto de idosos institucionalizados, indicou que tais sentimentos podem ser anulados se a ERPI tiver uma estrutura de animação estabelecida.

Assim, a prática de actividades orientadas para estimular o indivíduo a nível físico e cognitivo é algo fundamental, para a percepção de um envelhecimento com mais qualidade de vida (Jacob, 2005; Zimmerman, 2000). Isto porque a pessoa idosa, especialmente a que está institucionalizada, ao permanecer demasiado tempo desocupada, pode contribuir para despoletar consequências negativas a nível do bem-estar biopsicossocial (Cruz, 1992, *cit. in* Osório, 2004; Destéfani, 2000).

Citando outros autores, pode-se encontrar mais explicações plausíveis para a origem deste sentimento de discriminação. Referenciando Novo (2003, *cit. in* Fonseca, 2004), a maior dificuldade de alguém que envelhece, seja qual for a sua condição psicológica, é continuar a ser vista como uma pessoa humana. Mas todas as posições negativas sustentadas pela sociedade em relação à “velhice” podem levar a pessoa idosa a perceber sentimentos de discriminação por causa da idade e da sua diminuição de faculdades físicas e mentais (Bunzel, 1972, *cit. in* Fonseca, 2004). Segundo Destéfani (2000) a juventude é mais valorizada e não se reconhece que cada idade tem o seu valor.

Nem todas as participantes neste estudo perceberam o sentimento de discriminação, isto porque, como explica Céfalo (s/d, *cit. in* Félix, 2013), a vivência da velhice e a perspectiva que a partir dela temos sobre a vida varia de pessoa para pessoa. Há quem encare bem esta nova fase da vida, mas também há quem se sinta desvalorizado e discriminado por perda das capacidades da juventude, o que permite observar a existência de uma grande heterogeneidade nos idosos (Berger, 1995). Assim, existem “velhices” distintas na medida em que cada pessoa idosa tem trajectórias de vida diferenciadas e não vivencia esta nova fase da vida da mesma maneira (Vaz, 2008).

No que concerne a dimensão “*Manter-se saudável*”, na primeira aplicação do Easy-Care, apesar da maior parte das participantes perceberem comportamentos de saúde saudáveis, como não beber, fumar, ter vacinas em dia, ir ao médico, no que concerne à prática de exercício físico regular, tal procedimento não era visto como algo importante para se manterem saudáveis e com qualidade de vida. Apenas 20% das inquiridas

adoptavam esta prática e percepcionavam-na como sendo um comportamento a manter, pelo facto de ter repercussões positivas na saúde. Dando-lhe assim, a mesma importância que atribuíam aos outros comportamentos adoptados também pelas restantes inquiridas para se manterem saudáveis. Após as sessões de estimulação, a maioria das participantes (90%) referiram que praticavam exercício porque tinham estado nas sessões de estimulação e adquiriram a percepção de que para além dos cuidados de saúde, (ir ao médico, não beber, não fumar) que tinham antes de terem sido submetidas as sessões de estimulação, também é importante estar em movimento, pois é algo que também contribui para adquirir uma melhor qualidade de vida.

A corroborar estes dados, Carvalho e Mota (2013) salientam que a actividade física surge como um elemento potenciador de qualidade de vida da pessoa idosa, na medida que o seu nível de independência funcional ou de qualidade de vida está dependente da sua capacidade de manter autonomamente as diferentes facetas da sua actividade diária. Estudos desenvolvidos nos últimos anos para tentar descobrir o que contribui para um envelhecimento activo e com qualidade de vida, todos apontam para a prática de actividades físicas como um dos factores essenciais (Vaillant, 2003, *cit. in* Araújo, 2011). Assim, é indubitável que a prática de actividade física regular está intimamente relacionada a um envelhecimento saudável e é na inactividade que está a origem de muitas patologias, sobretudo aquelas normalmente associadas ao processo de envelhecimento (López, 2002, *cit. in* Araújo, 2011; Jacob, 2007; Zimmerman, 2000).

Outros estudos efectuados neste âmbito referem que o exercício físico regular melhora a oxigenação cerebral, o que pode ter efeitos positivos na memória, capacidades de raciocínio e tempo de reacção (Better Health, 2008, *cit. in* Azevedo & Teles, 2011).

Assim, a estimulação física correlaciona-se positivamente com o bem-estar biopsicossocial, na medida em que vai implicar um estado de satisfação a nível físico, mental e social completo, sendo estas dimensões apresentadas por Ribeiro (2005) como as principais para apresentar o conceito de qualidade de vida e não somente ausência de doenças.

No que concerne a dimensão “*saúde mental e bem-estar*”, a maioria das participantes revelou, após as sessões de estimulação uma percepção mais positiva em relação aos

itens desta dimensão. Assim o sentimento de solidão diminuiu, do primeiro momento para o segundo.

Após as sessões de estimulação, a percepção que as participantes tinham sobre a sua saúde também melhora, o que se reflecte em não apresentarem tantos problemas relacionados com o acto de dormir: se antes da estimulação 60% das participantes tinham problemas, após a estimulação esta percentagem baixou para 20%. Para tal facto, Araújo (2011) adverte que entre os vários benefícios a nível fisiológico que a actividade física proporciona, um deles é o melhorar o sono, tanto em quantidade como em qualidade.

Em relação as dores corporais, que 40% das participantes referiram sentir antes da estimulação, após as sessões, a percepção já não era a mesma, isto porque 80% referiram não ter sentido no último mês dores e as que sentiram foram muito suaves ou suaves. A este respeito Araújo (2011) salienta ainda, que a actividade física permite manter os músculos treinados para todas as actividades do dia-a-dia, evitando, assim, dores musculares, ósseas e das articulações.

O item relacionado com estados depressivos foi o que mereceu um maiores diferenças por parte das participantes, assim, se antes da estimulação metade das inquiridas se sentiam deprimidas e incómodas por terem pouco interesse ou prazer por fazer coisas após as sessões de estimulação a percepção das participantes já não era a mesma. A maioria (90%) deixou de se sentir invadida por esse sentimento, sentindo um maior interesse ou prazer para fazer as coisas e deixaram de sentir, ainda que numa percentagem pequena, do primeiro momento para o segundo, menos preocupações com falhas de memória. Note-se que no segundo momento de aplicação do Easy-Care, a participante que percepcionou na sua vida algum incómodo por se sentir “em baixo” deve-se ao facto de estar a passar por um processo de luto, por falecimento do filho.

Todos estes aspectos positivos apontados após as sessões de estimulação física e cognitiva, leva a constatar que as participantes adquiriram uma percepção mais positiva sobre a sua qualidade de vida. Na mesma linha de argumentação Zimmerman (2000) refere que a estimulação física e cognitiva é um instrumento precioso para atenuar

vários aspectos negativos do envelhecimento que se reflecte num aumento da qualidade de vida, e num óptimo equilíbrio biopsicossocial.

Assim, é fundamental que os idosos institucionalizados ocupem o seu tempo com actividades, para que se sintam úteis, melhorando a sua auto-estima, aumentando a oportunidade de desempenho de papéis adequados ao idoso. A ausência de actividades, tal como afirma Zimmerman (2000), dá origem a que os idosos venham a adquirir uma atitude de queixas perante a vida e a que sofram mais de sintomas depressivos. Isto porque, para minimizar os efeitos negativos da inactividade e ter um envelhecimento com qualidade de vida, é fundamental estar em movimento seja a que nível for (Félix, 2013). De igual modo, a OMS também é da opinião que proporcionar qualidade de vida aos idosos passa por mantê-los activos preenchendo as sua necessidade existencial e a sua satisfação com a vida (Paúl & Fonseca, 2005).

A linha de argumentação que vem sendo efectuada, a estimulação contribuiu para melhorar a qualidade de vida percebida das participantes, como se pode constatar através dos resultados apurados no momento 1 e 2 de aplicação do Easy-Care. Sendo que, no primeiro momento, as participantes referiram queixas relacionadas com dores corporais, insónias, solidão, sintomas depressivos, pouco prazer para realizar actividades. A razão para esta situação poderá ser provocada pelo reduzido número de actividades que os idosos institucionalizados executam em relação aos que vivem em casa (Bromley, 1966, *cit. in* Jacob, 2007) que os impossibilita de ocupar de forma activa e agradável o excessivo tempo vazio e sem sentido, com o objectivo de se descontraírem física e psicologicamente (Cruz, 1992, *cit. in*, Osório, 2004). Referenciando Jacob (2007) e Fernandes (2002), estes autores também são da opinião que a realidade institucional priva os residentes de estimulação, de atenção e de vínculos afectivos que se repercute no surgimento de vários sintomas, tais como inibição, sintomas depressivos, inactividade, perda de interesse pela vida, baixa auto-estima, incapacidade relacional e frustração.

Perante o exposto, a animação sócio-cultural numa ERPI deveria ser considerada um serviço indispensável à qualidade de vida do sénior (Jacob, 2007). Isto porque, como já foi apoiado através do nosso estudo, a ausência de estimulação física e cognitiva nas

vivências das pessoas institucionalizadas não favorece uma velhice mais activa e com qualidade de vida.

No que concerne à pontuação global de In(dependência), as participantes nos dois momentos em análise revelaram indicadores sugestivos de independência. Nesta área a percepção da qualidade de vida antes e após terem sido submetidas a sessões de estimulação não sofreram alterações assim como na avaliação do Risco de Quedas, em que as participantes não apresentaram risco de quedas elevadas, uma vez que no primeiro e no segundo momento de análise a pontuação indica um risco de quedas mínimo.

Contudo, em relação a pontuação de Risco de Ruptura do Cuidado as participantes obtiveram uma percepção diferente em ambos os momentos em análise e estas alterações ocorreram na sequência da melhoria em alguns domínios estudados. Assim, a diminuição da pontuação de Risco de Ruptura do Cuidado no segundo momento de aplicação do instrumento traduziu um aumento da qualidade de vida entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, o que contribui para diminuir o risco de admissão hospitalar.

4.3 Impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida dos idosos institucionalizados

Como já foi abordado anteriormente, o guião de entrevista foi o segundo instrumento a administrar às participantes no âmbito de uma metodologia qualitativa com o objectivo de aferir diferentes atitudes perante a qualidade de vida e a estimulação física e cognitiva, após as entrevistadas terem sido submetidas a sessões de estimulação. A apresentação que se segue versa precisamente sobre os resultados obtidos em cada matriz conceptual, remetidas para anexo no presente estudo (Anexo J, L), sendo o Anexo J sobre as atitudes perante a qualidade de vida e o anexo L, sobre as atitudes perante a estimulação física e cognitiva.

4.3.1 Atitudes perante a qualidade de vida

Sobre as atitudes perante a qualidade de vida as entrevistadas não foram unânimes no que diz respeito à definição que o termo encerra. Através da leitura das passagens discursivas que se seguem, podemos aferir diferentes configurações em torno do conceito de qualidade de vida.

Assim, se para a maioria das entrevistadas qualidade de vida significa um estado de bem-estar físico, que pode estar aliado a uma rede de amigos satisfatória ou a um bom funcionamento cognitivo, à segurança e à utilidade, tal como é possível constatar mediante a leitura das seguintes passagens discursivas: “*É a saúde que é pouca.*” E9, “*É a saúde e dar-me bem com as pessoas.*” E2, “*Para mim é a saúde, a boa disposição, a amizade e a compreensão.*” E5, “*Para mim é sentir-me bem com os colegas, ser feliz. E o mais importante é a saúde, é o que eu tenho um bocado menos.*” E6, “*É ter saúde. A qualidade de vida é também ter muita boa memória sempre. Dar-me bem com as pessoas também é importante.*” E7, “*(...) Ter saúde e o facto de não dar trabalho a ninguém e ser útil ao próximo para mim é muita qualidade de vida.*” E3

Para outras participantes significa actividades de lazer, que inclui o passear e a jardinagem, como se vê na passagem discursiva das entrevistadas E1 e E10: “*Seria dialogar e passear. Sair para a rua.*” E1, “*Eu estava bem e feliz na minha casa, tinha lá muito terreno e passava a vida no jardim. Quando os dias eram grandes só a noite é que me levava lá para cima, tirava as ervas dos canteiros e das roseiras. Sentia muita necessidade de andar ali, gostava e fazia-me muito bem. Aquilo dava-me muito prazer.*” E10. Ou pode ainda significar, tal como se pode constatar através do discurso da entrevistada E8, apenas relações interpessoais honestas: “*Sinto-me infeliz quando vejo mentiras, quando dizem isto, dizem aquilo, fico revoltada e não gosto. Ora bem, estar de bem com a vida é estar bem com os outros, sem mentiras e amizade verdadeira.*” E8

É de destacar o relato da entrevistada E4, segundo o qual a qualidade de vida significa deixar de sofrer, de sentir saudades por quem já “partiu”. Assim, a morte parece ser o seu único objectivo de vida e seria o remédio certo para curar o profundo desgosto e o desinteresse pela vida: “*A minha qualidade de vida (...), para lhe ser franca é morrer.*”

Isso é que Deus me fazia um milagre, que eu não queria andar cá no mundo. Sinto-me triste porque perdi um filho. Estou sozinha no mundo.” E4

Um outro aspecto relevante na caracterização do conceito, prende-se com a questão “*Sobre o que é preciso estar reunido para se ter qualidade de vida*”. Os dados sugerem que as entrevistadas apontam um conjunto de domínios, considerados os mais importantes nas suas vidas, tais como, saúde, relações interpessoais satisfatórias nas quais se inclui o bom relacionamento familiar, bom funcionamento cognitivo, e actividades de lazer, como forma de obterem qualidade de vida.

Assim, nos discursos apresentados pode-se considerar que para a maioria das entrevistadas o domínio principal da qualidade de vida é a saúde conjugada ou não com outros domínios igualmente importantes. Vejamos a leitura da passagem discursiva da entrevistada E6 que apruma como essencial somente a saúde, como sendo o domínio mais importante: “*O essencial é a saúde é o mais importante (...).*” E6.

Contrariamente ao relato da entrevistada apresentada anteriormente a participante E8 não se preocupa com a falta de saúde. Este domínio não tem grande relevância para si, porque o que é fundamental existir é um bom relacionamento interpessoal para que a qualidade de vida esteja patente na sua vida, tal como se pode constatar mediante a leitura da passagem discursiva que se segue: “*Quando não há conflitos eu estou bem. A saúde não me preocupa muito, hoje é melhor, amanhã é pior. Eu só estou doente quando vou para o hospital, de resto nunca tenho nada. É um dia de cada vez.*” E8

As entrevistadas E2 e E9, combinam a saúde física com uma rede de relações interpessoais satisfatória: “*Ter os meus amigos e estar bem com saúde é importante.*” E2, “*Ter saúde que é o mais importante. Dar-me bem com toda a gente também é importante.*” E9

No discurso da entrevistada E4 para além da forte influência do domínio saúde como forma de obter qualidade de vida, é igualmente importante, pelo grande impacto emocional que proporciona, as relações familiares satisfatórias. Estas promovem bem-estar, e contrariam sentimentos de abandono e incapacidade familiar: “*A saúde é*

importante mas faz muita falta a amizade da família. Vim para aqui e a minha família não me liga. Nem um telefonema nem nada.” E4

Os dados presentes nos discursos das entrevistadas E3 e E10 sugerem que somente as relações interpessoais, que incluem as relações com familiares e amigos, é o que tem mais relevância para estar reunida a qualidade de vida. É de destacar o testemunho da entrevistada E3, que, contrariamente à entrevistada E10, não sabia o que era ter uma família que lhe proporcionasse segurança e bem-estar até dar entrada na ERPI: *“É dar-mo-nos bem uns com os outros, como nos temos dado e fazemos amizades. Que era isso que eu vinha à procura, de uma família que era aquilo que eu infelizmente não tinha. Aqui encontrei uma família que me ajuda a manter o bem-estar.” E3, “É dar-me muito bem com a família, como me dou. A família para mim esta em 1.º lugar. Depois há outras pessoas que eu gosto muito, são como se fossem da minha família. São aquelas que são amigas mesmo amigas.” E10*

Por conseguinte, os testemunhos das entrevistadas E1 e E7 para além de irem ao encontro daquilo que já foi mencionado, acrescentam um outro domínio de grande relevância para elas, a saber, as actividades de lazer. Foram as únicas participantes que deram importância à ocupação do tempo como forma de obterem uma velhice mais bem sucedida, tal como se pode constatar através da leitura das passagens discursivas que se seguem: *“(…) Existir amizade entre as pessoas.(…) A saúde também é importante está em 1º lugar.(…) tenho às vezes depressões nervosas quando me isolo mais mas as actividades ajudam e também é importante .” E1, “É a saúde que é o principal e depois o convívio e dar-me bem com as minhas colegas. (...) As actividades também é bom para o convívio e distrai muito, e eu gosto muito.” E7*

Segundo o ponto de vista da entrevistada E5, para se ter qualidade de vida é necessário que os domínios saúde, amizade e bom funcionamento cognitivo, estejam reunidos na sua vida: *“Saúde, amizade, compreensão e também tenho que estar bem disposta e a cabeça a funcionar bem.” E5*

Analisando a questão sobre *“O que podem fazer para melhorar a sua qualidade de vida”* nos relatos das participantes estão presentes diferentes pontos de vista. Mas todos

eles remetem para o bem-estar, em diferentes áreas que as participantes valorizam e que conduzem a uma maior qualidade de vida.

Assim, para as entrevista das E6 e E10 rezar é algo que não se esquecem de fazer diariamente como forma de obterem bem-estar emocional, que irá contribuir para diminuir o sentimento de tristeza e de solidão e melhorar a sua qualidade de vida. Se para a entrevistada E6 este é um momento de partilha com uma grande amiga de longa data, dando grande relevância às relações interpessoais satisfatórias, para a entrevistada E10 este momento é vivenciado de forma solitária: *“Existir compreensão com todos. Eu à tarde vou à missa e ao terço às Carmelitas com outra amiga de (menciona local). Quando estava na minha casa em (menciona o local) já vínhamos cá, agora também faço os possíveis por ir sempre esteja chuva ou esteja sol. Isto é algo que me dá bem-estar.”* E6, *“Agora não posso fazer muita coisa, tive um AVC. Mas quando estou no quarto sozinha, nunca me esqueço de fazer as minhas orações antes de dormir, isso ajuda-me a sentir-me bem.”* E10

Por conseguinte, as entrevistadas E7, E8 e E9 mencionam que fazem os possíveis para manter um bom relacionamento com o próximo: *“(...) Para estar bem faço os possíveis para me dar bem com todos, senão fico triste. Eu nunca tive uma zanga aqui com ninguém. E com a família também não.”* E7, *“(...) Dar-me bem com toda a gente ajuda a sentir-me bem (...)*” E9. Uma das participantes aqui destacadas adverte que gostava de mudar o seu “temperamento” como forma de obter relações interpessoais mais bem-sucedidas: *“Querida que mudasse o meu temperamento, que eu não tenho culpa, que não fui eu que me fiz. Enervo-me muito a falar, mas gosto de me dar bem com todos (...)*” E8.

Com uma visão diferente, os relatos das entrevistadas E1, E2, E4 e E5 mostram que aquilo que tentam fazer por si para adquirirem qualidade de vida é contrariar a tristeza e o tédio em suas vidas, mantendo-se sempre ocupadas com actividades de lazer, mesmo que a disposição não seja muita. Tal como se pode constatar através da leitura das passagens discursivas que se seguem: *“Tento não me isolar muito, sair e conviver”*. E1, *“Andar sempre alegre. (...) fazer actividades e participar em tudo.”* E2, *“(...) Acho que já não há nada que me ponha feliz. (...) ainda não ultrapassei a morte do meu marido e do meu filho. Sim é uma ajuda, as actividades ajudam a distrair e eu faço por*

participar.” E4, “Eu gostava de fazer muita coisa mas às vezes as forças já vão fugindo. Gosto de fazer os bonecos de madeira, as estrelas e anjinhos para o Natal, poesia e a ginástica. De manhã quando me levanto faço sempre ginástica aos braços. Tudo isto que faço é uma ajuda para me sentir melhor.” E5

Dando continuidade à análise das respostas, a entrevistada E3 faz alusão a um conjunto de atitudes positivas que pode exercer consigo própria como forma de adquirir qualidade de vida. Assim, um bom relacionamento com o próximo, o desempenho de papéis sociais, a sua independência e autonomia para executar as actividades do dia-a-dia são metas a alcançar diariamente, como se pode constatar mediante a leitura da passagem discursiva que se segue: *“É continuar a fazer o que tenho feito. Que é dar-me bem com toda a gente e dar o menos trabalho possível à casa enquanto eu tiver saúde. Fazer o que posso que é logo desde o início arrumar o meu quarto, fazer tudo o que eu posso às pessoas que não podem andar, ajudar em alguma coisa que seja necessário e arranjar o cabelo as minhas amigas. (...) basta pelo prazer que tenho no meu trabalho (...).” E3*

Em relação à questão sobre *“De que forma a Instituição contribui para manter ou melhorar a sua qualidade de vida”*, a opinião é unânime em relação aos benefícios que este equipamento social lhes tem oferecido como promotora de qualidade de vida.

Os relatos das participantes evidenciam que o apoio que a ERPI lhes oferece a nível instrumental e psicológico é imprescindível para que a sua vida tenha mais sentido e a qualidade de vida não seja posta em causa, tal como é possível constatar mediante a leitura das seguintes passagens discursivas: *“Sim. Ajuda-me quando é preciso.” E2, “São meus amigos(...). Sinto-me bem aqui.” E4, “Sim. Ajuda-me quando preciso, quando tenho que ir ao médico, quando estou doente e a Senhora Dra. tem sempre uma palavra amiga”E9, “Contribui. As pessoas aqui são amigas,...) Preocupam-se connosco quando estamos doentes e temos festas muito bonitas.” E5, “Sim, preocupam-se com o nosso bem-estar.(...)” E8, “Contribui, pois evidentemente. O ambiente é bom, tudo contribui para que a gente se sintam bem.” E7, “Aqui sinto-me muito bem, o ambiente é bom são amigos (...). Aqui as festas trazem alegria ao nosso dia-a-dia e as actividades ajudam a distrair.” E10*

É de destacar no relato da entrevistada E6 a titularidade de “obrigatoriedade” que dá à Instituição, que remete para as expectativas relativamente ao papel das Instituições para com os seus residentes. Deste modo, essa obrigação não deve passar apenas por assegurar as necessidades fisiológicas mas sim também as do nível social, afectivo, religioso e recreativo, pondo à disposição dos residentes um conjunto de actividades que aumentem a sua actividade física e mental: “*Sim. A Instituição deve e tem obrigação de ajudar a pessoa a sentir-se melhor. (...) Aqui sinto-me feliz porque se estiver doente que não possa ir sozinha ao médico tenho alguém. Estou ocupada com às actividades e não sei estar quieta*”. E6

No caso da entrevistada E1 para além de assegurar que o ambiente institucional é agradável, como já foi referido noutros relatos, na ERPI a participante encontrou a possibilidade de se sentir útil através da ajuda que presta a outros idosos mais dependentes e com mais idade. Algo que poderia não acontecer se estivesse inserida no ambiente familiar: “*Sempre que posso dou apoio às senhoras, acho que é o melhor da minha pessoa que posso dar. Sinto-me útil e bem neste ambiente, sinto-me feliz a ajudar o próximo. Quando estou doente tenho muito apoio e nunca me sinto sozinha, são meus amigos*.” E1

O testemunho da entrevistada E3 evidencia a importância de o ambiente institucional permitir aos seus residentes manter certos papéis sociais como forma de preservar o sentimento de inclusão social. Que no seu caso resulta em continuar a exercer a profissão de cabeleireira, como se pode verificar mediante a leitura da passagem discursiva que se segue: “*Sim. Esta casa é a coisa mais feliz que eu tenho na minha vida. Até me deu a possibilidade de continuar a exercer a profissão. Quando a Sra. Dra. me falou se eu queria cortar o cabelo às senhoras aqui do Lar fiquei muito contente. O meu marido também foi cabeleireiro e dá o seu contributo nos homens que estão aqui*.” E3

4.3.2 Atitudes perante a estimulação física e cognitiva

Analisando os relatos das participantes quando questionadas “*Se é importante estarmos ocupados com actividades que estimulem a mente e o corpo*”, é possível constatar, mediante a leitura das passagens discursivas das entrevistadas, que é fundamental e até

muito importante, realizar actividades que aumentem a actividade física e mental, como forma de aumentar o bem-estar e contrariar uma atitude passiva ou de queixas perante a vida: “*Sim é fundamental*”. E1, “*Sim. As actividades são importantes para me sentir bem.*” E2, “*É muito. É importante mesmo. As pessoas se estiverem entretidas a fazer qualquer coisa que seja, até a tristeza é capaz de passar mais depressa para o lado de lá.*” E5

Outra evidência referenciada pelas entrevistadas, prende-se com o facto de a estimulação física e cognitiva permitir que o tempo seja ocupado de forma saudável, evitando o aborrecimento e a inactividade e favorecendo o equilíbrio físico e mental, tal como é possível constatar mediante as seguintes passagens discursivas:“(…) *É sim senhora. É importante estarmos ocupados. Eu achava que que deveria de ser de manhã até à noite. Que toda a gente tivesse uma ocupação, fosse no que fosse. É importante ter rotinas para não pensar em coisas que não devemos.*” E3, “*Para mim é importante. Ajuda-me a sentir-me melhor da cabeça, a gente passa melhor o tempo e faz bem para a gente andar mais alegre, para não andar sempre com a cara caída.*” E8

O relato da entrevistada E6, para além de ir ao encontro daquilo que já foi referenciado pelas restantes entrevistadas, também revela uma certa rejeição pela inactividade. Porque segundo o ponto de vista da participante, viver da melhor forma possível o presente com satisfação pela vida, dando o melhor exemplo de quem sabe viver a todos que a rodeiam é estar activa e ser capaz de realizar as tarefas diárias. Sendo preferível a morte quando tal não for possível de concretizar: “*É importante estar ocupada a gente, passa melhor o tempo. (...) É importante estar ocupada senão a vida é monótona. Por exemplo, a pessoa fica doente mais depressa porque não tem actividade, para passar o tempo, pensa na doença, fica mais deprimida. Se tem doença, a doença vai-se adiantando porque a pessoa não reage.(...) Sou uma pessoa muito activa, por enquanto. Peço a Deus quando cair numa cama que me leve o mais depressa possível.*” E6

A entrevistada E7 também reconhece ser importante estar ocupada com actividades que promova benefícios a nível físico e mental. Assim, salienta algumas actividades que podem ajudar o idoso a ocupar o seu tempo e com essa prática beneficiar de bem-estar psicológico. Destacando que quem não tem estímulos do exterior e está confinado apenas ao ambiente institucional tem mais necessidade de estar ocupado: “(…) *no dia-a-*

dia é importante estar ocupada com trabalhos manuais, ginástica, leitura do jornal ou uma revista, jogos, renda. E quem não sai tem mais necessidade disso para se distraírem, para não estar a pensar, só a pensar em coisas “.

No testemunho da entrevistada E10 convém realçar a ambivalência de sentimentos. Assim, a participante tem noção que a estimulação através dos jogos ajuda o cérebro a estar activo e gosta de participar. Mas por outro lado, pelo facto de às vezes não fazer “certinho”, sentia-se constrangida: *“Sim. Gostava de fazer aqueles jogos que puxavam pela memória. Obrigava a gente a pensar. As vezes não fazia certinho, mas gostava e fazia.”* E10

Dando continuidade à análise dos relatos provenientes das entrevistadas, constata-se que apesar das entrevistadas E4 e E9 terem noção que a estimulação física e cognitiva é benéfica para um envelhecimento bem-sucedido, a disposição para participar em actividades que têm essa intencionalidade é inferior à das restantes participantes. Isto porque, a perda de um filho e do ambiente familiar, no caso da entrevistada E4, e a perda da saúde no caso da participante E9, fazem despoletar sentimentos de angústia que contribui para diminuir o interesse por tudo aquilo que as rodeia, como se pode constatar mediante a leitura das passagens discursivas que se seguem: *“Acho que sim que é importante estar ocupada com a ginástica, jogos. Trabalhos manuais. Mas a disposição é pouca e a tristeza é grande.”* E4, *“É importante estar ocupada. Mas quando se chega à minha idade com uma doença que não me larga, é um cansaço, não dá muita vontade, não dá apetite de fazer nada.”* E9

Um outro aspecto relevante na apresentação dos resultados sobre as atitudes das participantes perante a estimulação, prende-se com a questão relacionada com a satisfação adquirida quando estão a participar em actividades de estimulação física e cognitiva. Nos seus relatos é perceptível que se sentem invadidas por sentimentos de satisfação pessoal, alegria, utilidade e realização pessoal. Estes benefícios alcançados são um estímulo permanente ao seu bem-estar biopsicossocial promovendo sentimentos de valorização e auto-estima que contribuem para melhorar a sua qualidade de vida, tal como é possível constatar mediante a leitura das seguintes passagens discursivas: *“Sinto-me bem a participar nas actividades. Parece que saio de mim própria e não penso nos problemas.”* E1, *“Sinto alegria em mim quando estou a participar. Sinto que*

sou capaz de fazer coisas.” E2, “Sinto-me feliz e útil.” E3, “Sinto-me muito feliz e realizada.(...) Às vezes também há um bocadinho de preguiça e não pode ser.(...) não me apetece, mas depois lá faço.(...) Sinto-me feliz , graças a Deus, por ainda estar activa.” E5, “Sinto-me bem. Sinto que fiz alguma coisa de bom para contribuir para qualquer coisa, para animar as pessoas. “E7, “Sinto-me bem, eu gosto. (...) participo sempre, sinto-me bem. E8, “Sinto-me bem (...).” E10, “Sinto-me bem, ajuda a passar o tempo.” E9, “Quando participo sinto-me feliz. Quando nós temos um bocado de saúde devemos de fazer por dar utilidade e fazer ver que ainda temos utilidade para isto e para aquilo. Que ainda somos capazes de fazer coisas.(...) Quanto mais a pessoa parar mais envelhece mais o cérebro fica mais fraco porque só esta a pensar na doença não esta a pensar noutras coisas. Distrair o cérebro para isto e para aquilo é bom. Olhe, aos Domingos eu nunca passo aqui o dia, vou com a minha amiga passear(...).Mas o importante para nós é não nos deixarmos ir ao fundo, reagir (...).” E6

É de ressaltar o testemunho da entrevistada E4 que apesar da tristeza que sente pelo facto de estar a vivenciar um processo de luto a estimulação vai ajudar a melhor o seu estado anímico: *“Sim, naquele momento estou distraída não penso tanto na tristeza.(...)” E4*

Analisando os relatos das participantes, quando questionadas acerca da forma *“Como ocupavam o tempo no passado, na idade adulta”*, através dos seus testemunhos apurou-se que 50% das entrevistadas, no pouco tempo livre que tinham, este era dedicado aos labores como, malha e *crochet*: *“Fazia muita malha (...) contava as malhas para fazer uma camisola bem feita (...).” E2,“(...) quando não estava a trabalhar, fazia era muito crochet (...).” E4, “Fazia crochet e malhas. (...).” E7*

Às vezes o produto final que daqui resultava era para oferecer a alguém especial ou para vender, como forma de ganhar mais algum dinheiro, como é possível constatar através da leitura da passagem discursiva que se segue: *“ Fiz muitas colchas e vendia. Fiz uma toalha que (...) ofereci a uma sobrinha minha que merecia. (...) antigamente gostava de caminhar mas agora não posso.” E1*

Neste testemunho também está patente o gosto pela caminhada, assim como, no relato da entrevistada E6, que para além de sentir prazer com esta actividade também tem a

noção que ela é benéfica para alcançar uma vida mais saudável: *“Também gosto muito de passear, eu caminho muito. Eu já cheguei a vir de (menciona o local) para (menciona o local) a pé. Caminhar faz bem, mas agora já não posso andar assim tanto porque a idade também avança (...). Eu caminhava mais quando era nova mas agora já não posso caminhar assim tanto (...).”* E6

O prazer pela leitura é também uma das actividades de carácter cognitivo que se destaca nos relatos das entrevistadas E6 e E10, ambas com o actual 4.º ano de escolaridade, tal como é possível constatar mediante a leitura das passagens discursivas que se seguem: *“Gostava de ler e ainda leio (...). Tenho muitos livros, E6, “Fazia roupas em malha (...). Ouvia rádio, gostava de ler o jornal, quando pegava nele nunca mais o largava.”* E10. Por outro lado, na perspectiva das entrevistadas E9 e E8 com níveis de escolaridade inferior, a leitura é algo que não as fascina: *“Fiz muitos paninhos em crochet. Não sou muito amiga de ler.”* E9

No caso da entrevistada E8 com o actual 3.º ano de escolaridade, esta actividade até dava sono, sendo preferível algo mais dinâmico como a lida doméstica: *“Eu gosto muito da vida da casa (...). Andava sempre a limpar tudo, e assim passava o meu tempo. Quando tinha tudo arranjadinho sentava-me no sofá a ver televisão, (...). Não gosto de ler, dá-me sono. Passava assim o meu tempo sempre na limpeza, com isto com aquilo.”* E8

De acordo com a entrevistada E3 o tempo dedicado à sua actividade profissional e a lida doméstica não lhe permitiam pensar em lazer, tal como é possível constatar mediante a leitura da passagem discursiva que se segue: *“Antigamente nunca me deu para isso. Fui sempre cabeleireira (...) e em casa não tinha ninguém para me fazer absolutamente nada. Eu é que tinha que fazer tudo (...).”* E3

Por conseguinte, através dos testemunhos da entrevistada E5 depreende-se que esta passa o tempo entre a lida do campo e a poesia: *“(…) sempre com muita genica. Fui sempre de muito trabalho, gostava de pegar em martelos e em foices, gostava da lida do campo. Para ler era mais preguiçosa, agora já leio mais um bocadinho. Também fazia poesia como ainda faço.”* E5

Uma vez apresentados os resultados sobre as actividades de lazer que as participantes detinham na idade adulta, faz todo o sentido fazer também referência à forma como actualmente as participantes ocupam o tempo no meio onde estão inseridas.

Nos seus relatos é perceptível que, presentemente, mantêm algumas actividades do passado, como ler, passear, escrever poesia e exercer a profissão de cabeleireira, tal como é possível constatar mediante a leitura das seguintes passagens discursivas: “*Sou muito activa. Faço poesia, participo nas actividades do lar. (...)*” E5, “*Gosto de passear com a minha amiga e ler.*” E6, “*Já tenho mais tempo para participar em todas as actividades que sejam necessárias que as meninas mandam fazer e ainda exerço a minha profissão. (...) Quando vou lá para fora não procuro o autocarro para andar, ando com as minhas pernas. Dou uma volta grande com o meu marido, que a ele também lhe faz bem que é diabético. Entro, venho com as pernas cansadas, à noite durmo melhor.*” E3

Além disso, têm oportunidade de usufruir de trabalhos manuais (e.g., modelagem, pintura, recorte) actividades artísticas (e.g., cantar nas festas da instituição), exercício físico: “*Tento sempre manter-me ocupada com trabalhos manuais e outras coisas simples, embora agora não possa fazer o que queria fazer por causa das dores na coluna.*” E7, “*Arrumo o meu quarto e participo nas actividades do lar que é a Ginástica, trabalhos manuais e canto nas festas.*” E8, “*Vou participando nas actividades do lar. Jogos, alguns trabalhos manuais.*” E9

Mantêm ainda o programa de sessões de estimulação deixado pela pesquisadora na Instituição, que implica vários jogos que estimulam o nível físico e cognitivo e que permitem o contacto com novos conhecimentos e novas realidades: “*Participo em todas as actividades do lar. Nunca falto. (...) Jogos que nos ajudam a pensar, mexer e conviver é muito bom.*” E1, “*(...) Faço ginástica como posso e jogos.*” E2, “*Vou fazendo alguns jogos, a ginástica não posso fazer muita coisa.*” E10, “*(...) participo pouco, gosto de falar com as pessoas e assim, (...), mas parece que sinto um bocadinho de alegria quando faço bem ao próximo e estou distraída a conversar e fazer jogos.*” E4

Uma vez apresentadas as actividades sócio-culturais nas quais as entrevistadas participam, é de grande importância compreender se essas mesmas actividades, que

promovem a estimulação física e cognitiva, têm algum impacto sobre as suas vidas. Analisando os seus relatos, quando questionadas acerca da eficácia, ou seja “*Se as actividades contribuem para dar mais sentido à vida e ajudam a melhorar a mobilidade e o funcionamento do cérebro?*” Pelas respostas apresentadas é unânime que uma vida sedentária não contribui para o bem-estar biopsicossocial das entrevistadas. Sendo que, uma vida activa e com o tempo preenchido com actividades gratificantes é indispensável pelo facto de melhorar a rotina diária e a auto-estima, despoletar sentimentos de felicidade, valorização e realização pessoal. Para além de ajudar a dar mais sentido à vida, minimizar estados depressivos, melhorar a mobilidade e o funcionamento do cérebro e proporcionar momentos agradáveis de convívio, tal como é possível constatar mediante a leitura das passagens discursivas que se seguem: “*Sim, sim. (...) Parece que a gente sai de nós próprios e ajuda a passar o tempo. Se assim não fosse era uma vida muito parada. (...) Sinto-me bem e de que maneira! À noite a gente dorme ali como uma “torda” (...) o corpo está cansado.*” E1, “*Acho que sim, estou distraída com as actividades que me ajuda a não pensar tanto na tristeza que trago. O que é, é a disposição. Custa começar, mas depois faz-se e gosto e ajuda-me a sentir-me um bocadinho melhor.*” E4, “*Gosto das perguntas que as meninas fazem, obrigam-nos a pensar (...) as actividades ajudam a sentir-me melhor. Sinto-me realizada. Ainda dou graças a Deus que ainda posso fazer alguma coisa.(...) Não gosto de estar parada.(...) As actividades são importantes e contribuem para me sentir bem e conviver.*” E2

“*Ajuda muito a passar o tempo e a ocupar a cabeça. Adaptei-me muito bem a isto. Mantenho-me ocupada sinto-me capaz de fazer ainda muitas coisas. Mas faz-me nervos, eu não tenho culpa, mas faz-me nervos ver uma pessoa que ainda consegue mexer-se e não o faz. (...) Eu faço o que posso, até às vezes faço mais do aquilo que posso. Sou teimosa.*” E8, “*(...) As actividades são importantes. Se estivesse parada era pior. A memória não funcionava para aquilo que eu queria (...) tenho um bocadinho de preguiça. Mas depois penso (...) ainda fico pior. Deixa-me agir (...) Aconselho toda a gente a mexer-se. Gostava que toda a gente fosse assim. Sinto-me bem, enquanto posso faço, (...). Faço por não aborrecer ninguém, evito chatear as pessoas. Geralmente sinto-me feliz, só andei agora triste por ter a minha companheira de quarto doente no hospital.*” E5, “*É importante estar ocupada com as actividades. Sinto-me mais feliz, não penso tanto nos problemas da vida. E o dia- a -dia é mais fácil.*” E10, “*Pois, a mim e a todos. Muitas não colaboram mas é sempre bom participar. Quando há festas é*

bom o convívio(...).” E7, “É bom participar pelo convívio, mas a pouca saúde, a falta de ar e o cansaço, às vezes tira a vontade.” E9

É de salientar a leitura das passagens discursivas das entrevistadas E3 e E6 pela sua riqueza de conteúdo. Estas participantes, para além de destacarem o que já foi referenciado pelas restantes participantes, vão mais além no seu discurso. Assim, a entrevistada E6 menciona que para combater a falta de saúde, a medicação prescrita pelo médico, por si só não é suficiente para se sentir bem. Deste modo, adverte que a sua força de vontade para estar sempre activa através de várias actividades e uma boa alimentação também são factores impulsionadores e de grande influência no seu bem-estar: *“Ajuda a gente não estar a pensar nisto, naquilo e passa o tempo mais depressa. As actividades e o estar ocupado contribui para que me sinta melhor e me sinta capaz (...) Eu se estiver no meu quarto, eu não estou quieta eu ponho-me a bordar a fazer renda, malha, faço isto, faço aquilo. E sinto-me bem assim, senão não chegava a idade em que estou. Já tinha morrido ou estava numa cama acamada. Porque se tivermos actividades e tivermos força de vontade (...) fazemos as coisas e ajuda muito a actividade para o cérebro, só que o cérebro não dura sempre. (...) Ocupação e alimentação é essencial, Só os medicamentos não chegam. Eu tomo 7 a 8 medicamentos por dia (...). Mas só a medicação não era suficiente para me sentir como me sinto. Porque o ditado diz “parar é morrer” e não se deve parar.” E6*

O relato da entrevistada E3 destaca também uma certa aversão pela inactividade e remete para os benefícios em torno do estar activo e de ocupar o tempo com actividades que ofereçam prazer: *“(...) as actividades ajudam a sentir-me bem com saúde e mais energia em mim. Porque senão eu morro! Uma pessoa parar é morrer.(...) a coisa mais maravilhosa que me aconteceu foi estar ocupada. (...) Aqui encontrei uma família e várias formas de me distrair e passar o tempo. Eu sinto-me muito bem (...) Aqui sinto mais ânimo e quando participo nas actividades o convívio com as pessoas é a melhor coisa que pode haver na nossa vida. Agora a pessoa estar ali assim com os braços cruzados a pensar naquilo que não deve, a olhar para a televisão a ver desgraças. Na televisão acontece de tudo, não vale a pena, não dá saúde a ninguém. (...) Ginástica, conviver, jogos, estar ocupada dá mais saúde.(...) tenho sempre que fazer, estou sempre ocupada com qualquer coisa. (...) Acho que ficava entredessa depressa e sentia-me aborrecida se estivesse sem fazer nada. Não, não posso, não conseguia. Quando entro*

ali no salão e vejo muita gente a dormir não puxa conversa e uma pessoa precisa de se distrair. (...) O grupo que participa já é diferente, temos a Senhora X. que se não fosse isso, coitadinha da senhora. É uma pessoa muito doente da cabeça, deprimida, mas é uma pessoa que anda sempre e participa. (...). Eu admiro estas pessoas assim, e acho muitíssimo bem. Até posso dizer que é a melhor coisa que temos na nossa vida.” E3

Esta participante faz também distinção entre o grupo que participa nas actividades daquele que não tem iniciativa e força de vontade para contrariar o sedentarismo. Assim em relação aos inactivos vê-os como se sofressem de uma espécie de adormecimento ou morte social e desinteresse para continuarem vivos. Em oposição, referencia os benefícios do grupo que participa nas actividades e se mantém activo, dando como exemplo a senhora E4 que apesar de estar doente e deprimida participa sempre, mostrando assim, alguma admiração pela senhora.

De notar que ao longo dos 4 meses de sessões de estimulação física e cognitiva, foi importante registar na grelha de observação o desempenho das participantes, para se ter a noção do grau de dificuldade apresentado para cada actividade proposta. Assim como verificar-se, se com o decorrer das sessões as dificuldades sentidas na concretização das actividades diminui ou não. Com base na grelha de observação foi possível apurar que as participantes ao longo destas sessões sentiram mais dificuldade em realizar actividades de carácter cognitivo. Os exercícios “*palavras ao contrário*”, “*fotocópia*” e “*texto em fala*” foram os que apresentaram um grau de dificuldade maior. Contudo, o seu desempenho melhorou, bem como se notou uma maior confiança em si mesmas no acto de executar as actividades propostas.

4.4 Discussão dos resultados com base nas entrevistas

Apresentados os resultados deste estudo que adoptou uma metodologia qualitativa, prossegue-se para a fase que respeita à sua discussão, tendo por referência o enquadramento teórico desenvolvido na primeira parte desta dissertação. A visão conceptual das participantes institucionalizadas sobre a qualidade de vida, mostra que a sua definição é uma questão individual (Patrick, 2008) que está submetida a diferentes pontos de vista e a diferentes domínios que as participantes valorizam e em que o estado de espírito ou de humor de cada entrevistada pode influenciar essa definição. Vejamos o

caso da participante E4, que apresentou durante a entrevista um estado de espírito bastante abatido por estar a viver uma fase de luto e ausência familiar, quando confrontada com o conceito testemunhou de forma pessimista que morrer significa alcançar muita qualidade de vida. Tal facto, pode estar relacionado com o que Couvreur (2001) adverte, que quando na nossa vida nos confrontamos com fracassos importantes, quer no domínio amoroso, familiar ou financeiro a nossa qualidade de vida resente-se e por vezes, perdemos o gosto de viver.

Tal ideia veio a ser reforçada com um outro estudo realizado por Xavier e colaboradores (2003, *cit. in* Fleck et al., 2008) no qual ficou evidente que os idosos que avaliavam a sua qualidade de vida como negativa apresentavam significativamente mais sintomas depressivos. Analogamente a estes dois estudos, este também vem reforçar as ideias supramencionadas, através do relato da entrevistada E4. A este propósito, Lima (2004) reforça que as coisas que dizemos a nós próprios na nossa mente, bem como o significado que atribuímos aos acontecimentos da nossa vida, combinam-se para criar a realidade em que acabamos por viver. Desta forma, a relação entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos e/ou níveis de desesperança no idoso é estreita (Fleck et al., 2008).

Em contrapartida, através das leituras das passagens discursivas das restantes entrevistadas, foi possível constatar que o somatório da satisfação em determinadas áreas que as participantes valorizam reflecte-se num contentamento perante a vida a que Frisch (1994, *cit. in* Meneses, 2005) adverte como sendo o que explica o conceito de qualidade de vida.

A área que obteve maior destaque foi o bem-estar físico, assumido pela maior parte das participantes como um valor máximo e reconhecendo-o como algo necessário para a sobrevivência, bem-estar e obtenção de qualidade de vida. A este respeito Chatterji e Bickenbach (2008) também concordam que a percepção da saúde ou a satisfação com a mesma é o factor mais importante para o bem-estar humano. Contudo, apesar da grande importância atribuída à saúde pela maior parte das entrevistadas existem outras áreas que adquirem grande relevância nos restantes relatos e que contribuem também para ter qualidade de vida.

Assim sendo, as relações interpessoais satisfatórias e as actividades de lazer são de crucial importância no processo de envelhecimento, como forma de manter a mente e corpo sãos. As relações interpessoais que remetem para a família ou amigos suscitou grande relevância por parte das entrevistadas, uma vez que estas promovem satisfação com a vida e contrariam sentimentos de abandono e incapacidade familiar. A este propósito Guedes (2012) refere que no seu estudo ficou evidente que do ponto de vista das relações sociais existe uma diminuição generalizada nos contactos estabelecidos com a família, vizinhos e amigos anteriores, quando o idoso é institucionalizado. Isto é algo que também se depreende dos relatos de algumas das entrevistadas, dos quais se destaca a leitura da passagem discursiva de uma das participantes que menciona que quando deu entrada na ERPI a família deixou de lhe telefonar.

Tendo em conta a linha de argumentação que vem sendo realizada, o constructo da qualidade de vida é um conceito bastante amplo, que varia de acordo com a percepção pessoal de cada entrevistada e é mais abrangente do que o estado de saúde. Tal facto pode ser reforçado com o que a OMS (1995, cit. in Fleck, 2008) refere, que a qualidade de vida supera a tão discutida saúde nesta faixa etária, como um processo complexo que abrange as dimensões física, psicológica, social e ambiental.

Importa ainda salientar que os discursos das entrevistadas sugerem um conjunto de atitudes positivas adoptadas, como forma de obterem bem-estar e uma maior qualidade de vida. Há duas entrevistadas que destacam a importância da espiritualidade como forma de obterem paz e segurança que as ajuda a encarar as adversidades da vida com mais optimismo. A este respeito Papalia e Olds (2000) referem que pesquisas confirmam que o envolvimento religioso tem um impacto positivo sobre a saúde física e mental. Também Donald (1997, cit. in Jacob, 2007) ressalva a importância de incluir as actividades religiosas como um indicador a ter em conta quando se define o conceito de qualidade de vida nos idosos. Efectivamente, de acordo com o Manual dos Direitos Humanos e Serviço Social (1999), recomendado pela ONU, a dimensão espiritual é também um dos contextos no qual se desenvolve o Serviço Social. Sendo de grande importância quer para o desenvolvimento do Serviço Social, quer para o desempenho humano, que seja prestada atenção ao espírito, aos valores e à ética, bem como às esperanças e ideais daqueles com quem os profissionais de Serviço Social trabalham e, ao mesmo tempo, aos valores dos próprios Assistentes Sociais.

Para as restantes entrevistadas, a obtenção de qualidade de vida depende da capacidade de conseguirem manter um bom relacionamento com o próximo e da disposição, mesmo que não seja muita, para realizarem actividades sócio-culturais, como forma de se manterem ocupadas. A este respeito Lopez Cruz (1992, *cit. in* Osorio, 2004) adverte que a pessoa idosa, especialmente a que vive numa Instituição, se permanecer demasiado tempo desocupada, acaba por despoletar tensão na velhice com repercussões graves sobre a saúde e o bem-estar, além de adquirir perda progressiva de identidade, baixa auto-estima e um conceito pessoal negativo.

É de salientar o relato da entrevistada E4 que apesar de estar deprimida por estar a vivenciar uma fase de luto, faz um esforço para contrariar o seu estado anímico através da sua participação nas actividades de lazer, que a ajudam a desviar o pensamento, mesmo que seja só por momentos, para longe das perdas dos seus entes-queridos.

Isto leva-nos a constatar que é importante o indivíduo estar distraído com actividades a vários níveis para que possa esquecer problemas e ocupar e estimular a mente. Tal facto, pode estar relacionado com o que Zimmerman (2000) diz :

“Às vezes as causas da depressão são externas: perda do marido, do filho (...) o trabalho com velhos deprimidos consiste em estimulá-los em todos os aspectos, por meio de jogos de memória (auditiva, visual, táctil, etc.), passeios, leituras e conversas com o objectivo de aumentar a sua auto-estima, ajuda-los a organizar a sua vida, resgatar seus aspectos positivos, descobrir actividades prazerosas e recuperar e desenvolver novos relacionamentos” Zimmerman (2000, p.109).

Na mesma linha de argumentação Kalache (s/d, *cit. in* Félix, 2013), reforça que envelhecer com qualidade depende de tudo o que ao longo da vida formos acumulando, sendo importante não se optar por um discurso negativo perante as adversidades, mas sim fazer um esforço por aprender a ter uma visão mais optimista da vida. Assim, esta visão mais positiva da vida, de acordo com a participante supracitada, pode ser adquirida através da participação em actividades sócio-culturais. A este propósito, Jacob (2007) considera que estas permitem aceder a uma vida mais activa e criadora constituindo um estímulo à vida mental, física e psíquica da pessoa idosa. A este respeito, Pimentel (2005) também adverte que as actividades ocupam um lugar de destaque no quotidiano dos idosos institucionalizados, uma vez que proporcionam

momentos de lazer que incentivam o desenvolvimento de relações interpessoais e permitem o desenvolvimento de novos interesses.

A análise dos discursos das entrevistadas permitiu ainda constatar que a forma como a Instituição actua é percebida pelas participantes como garantia da sua qualidade de vida. Esta constatação, proveniente dos seus relatos, está relacionada com o apoio instrumental e psicológico que a ERPI oferece aos seus residentes, transmitindo-lhes segurança, bem-estar, conforto e alegria, enfim, sentem que a ERPI é a sua casa.

Assim, a percepção pessoal de cada entrevistada vem ao encontro do que é referido por Destéfani (2001) quando salienta que a ERPI deve ser um lugar para viver, onde o idoso deve continuar a ser respeitado como uma pessoa única, com um nome e uma história, dono de sonhos e desejos. Pois como referem Fernandes (2002) e Paúl (1997), se o ambiente for inadequado é indubitável que a integridade do idoso pode ficar ameaçada e o estado de saúde pode regredir e deteriorar-se de forma rápida.

É de destacar a leitura da passagem discursiva patente no relato da entrevistada E6 quando adverte que a ERPI tem a “obrigatoriedade” para com os seus residentes de lhes proporcionar bem-estar. Está aqui patente uma certa expectativa relativamente ao papel das Instituições. Assim, essa obrigação não deve passar apenas por assegurar a satisfação das necessidades fisiológicas, mas também as do nível social, afectivo, religioso e recreativo, colocando à disposição dos idosos um conjunto de actividades que aumentem a sua actividade física e mental (Jacob, 2007) como forma de não os privar de estimulação de vínculos afectivos e atenção emocional (Cardão, 2009). Se tal não se verificar pode levar à perda de amor próprio, interesses e respostas emotivas diminuídas, dependência excessiva, e perda de interesse pelo mundo exterior (Fernandes, 2002). Para além de contribuir para uma progressiva ameaça à identidade pessoal e social e com isso conduzir os residentes à sua morte social (Guedes, 2012).

Mediante a leitura da passagem discursiva da entrevistada E1, pode-se constatar que a participante para além de assegurar que o ambiente institucional é agradável, como já foi referido noutros relatos, destaca o sentimento de utilidade que a ERPI lhe permite exercer junto de outros residentes menos autónomos e com mais idade. Analogamente, o testemunho da entrevistada E3 também vem evidenciar a importância de o ambiente

institucional permitir aos seus residentes manter certos papéis sociais. Assim, a institucionalização poderá ser útil para a auto-estima por aumentar as oportunidades de interacção e papéis sociais adequados ao idoso (Fernandes, 2002).

Efectivamente, apesar de existir a ideia que a permanência do idoso no seu meio familiar e social é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice (Pimentel, 2005), de acordo com este estudo, os testemunhos das entrevistadas permitiram constatar que os laços que se criam na Instituição com os profissionais e os restantes residentes também podem ser muito importantes e em alguns casos minimizam o impacto da ausência da família e dos amigos por morte ou distância geográfica.

Para além disso, na perspectiva destas participantes o ambiente institucional contribui para manter o sentimento de utilidade junto de outros residentes mais dependentes e possibilita a ocupação do tempo com a execução de várias tarefas. Passando algumas delas por actividades que permitem a estimulação mental e física das entrevistadas, e contribuem para fomentar sentimentos positivos que conduzem à uma melhor qualidade de vida.

Referenciando Osorio (2004), o trabalho de animação é de grande relevância quando se trata de idosos institucionalizados. O grande princípio básico deve ser o de proporcionar uma vida digna para que os residentes continuem a aproveitar as oportunidades para o desenvolvimento pessoal para que, no ambiente institucional da ERPI, se crie uma melhor qualidade de vida.

Tendo em conta os dados obtidos nas entrevistas sobre as atitudes das participantes perante a estimulação física e cognitiva foi possível constatar que, presentemente, as entrevistadas tem a percepção que é fundamental e até muito importante realizar actividades sócio-culturais porque ajudam a melhorar a actividade física e mental, a intensificar o bem-estar, a contrariar uma atitude passiva ou de queixas perante a vida, e a quebrar a monotonia. A este respeito Zimerman (2000) adverte que quem não tem actividades como hábito está mais sujeito à depressão e mais vulnerável à frustração causada pelas perdas. Em oposição quem se mantém activo tem potencialmente o ego mais estruturado e a auto-estima fortalecida.

A preocupação das participantes em acabar com a rotina e com “os tempos mortos” e viver uma vida digna e com sentido para evitar o aborrecimento e a inactividade e favorecer o equilíbrio físico e mental vem reforçar o que Bize e Vallier (1985, p.195) salientam designadamente: “é raro encontrar uma pessoa totalmente feliz por não fazer nada, os idosos sem qualquer ocupação tornam-se apáticos e melancólicos”. Assim, a ocupação do tempo por via das actividades sócio-culturais adquire grande importância no dia-a-dia destas entrevistadas, pelo facto de romper com a monotonia e conceder ao corpo e à mente algo para fazer. Tal, no entender de Chopra (s/d, cit.in Félix, 2013) é benéfico porque “(...) a preguiça mental e física provoca o envelhecimento prematuro”. Em oposição, mediante a leitura das passagens discursivas das entrevistadas pode-se constatar que através da estimulação física e cognitiva as participantes sentem-se invadidas por sentimentos de satisfação, alegria, utilidade, realização pessoal e maior auto-estima.

Estes benefícios alcançados neste estudo vêm ao encontro do que Zimmerman (2000) e Deepak Chopra, (s/d, cit. in Félix, 2013) advertem que a estimulação é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições, melhorando, assim, a qualidade de vida. Também de acordo com Araújo (2011) as actividades recreativas podem proporcionar momentos de descontração, diversão e alegria, contribuir para uma melhor ocupação do tempo livre e para a aquisição de novas experiências.

É de salientar no relato da participante E10 a ambivalência de sentimentos. Assim, apesar de sentir prazer na execução das actividades de estimulação cognitiva, também se sentia um pouco constrangida pelo facto de às vezes não fazer “certinho”. Referenciando Zimmerman (2000), a autora adverte que o medo de errar da pessoa idosa vem de um sentimento de obrigação de acertar sempre, como se a experiência de vida fosse um factor preponderante para uma memória perfeita, mas isto é algo que acontece em qualquer idade, por isso não é motivo para o idoso se sentir envergonhado quando não consegue fazer bem.

A este respeito Geis (2001) adverte que apesar de existir um declínio das capacidades físicas e psíquicas não se deve generalizar e estabelecer uma idade limite como ponto inicial da perda de tais capacidades, porque cada pessoa tem a sua própria evolução e

involução. Contudo, segundo a autora, o melhor é estar alerta para a prevenção de possíveis problemas, na tentativa de retardar o seu surgimento.

Mediante a leitura da passagem discursiva da entrevistada E6 também importa ressaltar a frase “(...) *devemos de fazer por dar utilidade e fazer ver que ainda temos utilidade para isto e para aquilo. Que ainda somos capazes de fazer coisas.*(...)”. Esta afirmação remete para os estereótipos associados ao envelhecimento que rotulam o sénior de velho inútil e lento ao nível psicomotor e com disfunções sensoriais e psicológicas. A este respeito Félix (2013) refere que temos de nos confrontar com uma sociedade que, dominada pelo ideal da juventude, dificulta a aceitação do processo de envelhecimento. Assim, consciente ou não de tal facto, a participante parece exteriorizar uma certa obrigação em mostrar às pessoas que a rodeiam que, apesar de “velha”, ainda é capaz de fazer coisas e pode ser útil, negando desta forma, as representações negativas em torno do processo de envelhecimento. À este respeito Zimerman (2000) ressalta que todas as pessoas, independentemente da idade ou da condição social, têm uma necessidade vital de ser reconhecidas pelas pessoas com as quais convivem como sendo alguém que é aceite, respeitado, valorizado e querido.

Dos discursos apresentados, está também subjacente a ideia de que no passado, o tempo dispensado para actividades sócio-culturais ficou muito aquém do tempo dedicado o trabalho. Isto porque atribuíam ao lazer menor importância por falta de tempo e desconhecimento dessas mesmas actividades e dos seus benefícios.

No caso da entrevistada E3 o tempo dedicado à sua actividade profissional e à lida doméstica não lhe permitiam pensar em lazer. Isto pode estar relacionado com o que Geis (2001) adverte, ou seja, o tempo de trabalho ocupa a maior parte do dia e é considerado mais importante pelo grande valor social que detém, sendo-lhe dedicados todos os esforços. Contudo, outra parte das participantes espelha que no pouco tempo livre que possuíam, que tinham por hábito fazer *crochet* e malha, o que, de alguma forma ajudava a estimular a mente através da contagem das malhas. Uma pequena franja das entrevistadas gostava de escrever poesia, da lida doméstica e do campo, de ler e caminhar.

Veja-se o caso da entrevistada E6 que estimulava a mente com a leitura e o corpo com

as caminhadas porque tinha a noção que estas actividades eram benéficas para alcançar uma vida mais saudável. A reforçar esta ideia da participante E6 também Azevedo e Teles (2011) defendem que o corpo e o cérebro têm de ser exercitados para continuar a funcionar. A este propósito, Jacob (2007) alude que são mais frequentes os declínios no funcionamento cognitivo provocado pelo desuso das actividades cerebrais do que do envelhecimento em si. Assim como Fontaine (1996, *cit. in* Lima, 2004) e Carvalho e Mota (2012) advertem que as pessoas que fazem exercícios intensos ou somente passeios regulares, sentem-se mais saudáveis, com uma auto-estima reforçada, o que contribui para uma longevidade com melhor qualidade de vida. Por outro lado, referenciando López (2002, *cit. in* Araújo, 2011), é indubitável que a inactividade conduz a muitas patologias, sobretudo aquelas normalmente associadas ao processo de envelhecimento.

Actualmente, todas as participantes apresentam uma melhoria na maneira de ocupar o tempo com um leque mais diversificado de opções, não se ficando pelas actividades do passado. Para as participantes, o importante é fazer algo e conviver para que a velhice seja uma fase da vida bem sucedida e não um ponto final cheio de amargura. A este respeito, Geis (2001) adverte que é necessário incentivar o idoso a participar em actividades, que o ajudem a superar estados anímicos baixos, a sentir-se útil e activo, e que, por outro lado, sirvam de ponto de referência social.

Assim, quem tinha por hábito ler e caminhar actualmente mantém o gosto por esses mesmos hábitos (dentro dos limites que a própria idade impõe) e adquiriu outros igualmente benéficos a nível físico e cognitivo (e.g., jogos, ginástica, trabalhos manuais). Quem não tinha por hábito ler e caminhar, através da animação sócio-cultural descobriu novas formas de preencher o tempo, facto que se repercutiu em benefícios para a mente e o corpo. A este propósito, Cruz (1992, *cit. in* Osorio, 2004) ressalta a importância de implementar programas de animação sócio-cultural e de desenvolvimento sócio-pessoal na ERPI como forma de romper com a monotonia e melhorar o dia-a-dia dos residentes.

Efectivamente, a melhoria que ocorreu no que concerne à ocupação do tempo das participantes, da idade adulta para esta nova fase do ciclo vital foi consequência da passagem ao estatuto de reformadas que trouxe as entrevistadas mais tempo disponível

para se dedicarem a actividades nunca antes realizadas. E por outro lado, é indubitável que o meio institucional também lhes ofereceu condições e oportunidade de serem detentoras de uma maior participação em actividades culturais, sociais e de lazer, antes condicionadas devido à falta de conhecimento dessas mesmas actividades, promovendo a sua ausência. Tal facto, pode estar relacionado com o que Malo (1971, *cit. in* Geis, 2001, p. 33) diz: “As actividades de tempo livre estão muito condicionadas à capacidade económica, à classe social à qual se pertence, à cultura e à educação que se possui, aos hábitos e à saúde”. Assim, os idosos com um poder económico mais reduzido, circunscrevem-se ao seu espaço, não tendo oportunidade de usufruir de actividades sociais e culturais, com a sua rede social, família e amigos. Os que possuem um rendimento económico mais estável conseguem manter e efectuar os seus interesses sociais e culturais.

Perante o exposto, pode-se considerar que as entrevistadas são um exemplo disso. Isto porque, o facto de terem um poder económico reduzido, que as obrigava no período da vida passada activa, à dupla jornada de dividir o tempo entre o trabalho árduo e a lida doméstica, ser um entrave à concretização de actividades que tinham por finalidade o bem-estar biopsicossocial. A este respeito, Zimmerman (2000) adverte que a pessoa idosa necessita constantemente de estimulação física, psicológica e social. Assim sendo, a animação actua em todos os campos do desenvolvimento da qualidade de vida dos mais velhos, sendo um estímulo permanente da vida mental, física e afectiva da pessoa idosa. Para além disso, representa um conjunto de passos com vista a facilitar o acesso a uma vida mais activa e mais criadora, à melhoria nas relações interpessoais, para uma melhor participação na vida da comunidade de que se faz parte, desenvolvendo a personalidade do indivíduo e a sua autonomia (Jacob, 2007).

Dos discursos apresentados ficou claramente evidente que as entrevistadas estão conscientes da eficácia da estimulação a nível físico e cognitivo nas suas vidas, através de um leque diversificado de actividades. Está aqui subjacente a ideia que através da estimulação tudo revive: “o corpo não-usado, a mente parada, os afectos anestesiados, os amigos esquecidos” (Zimmerman, 2000, p.136). Assim, a estimulação física e cognitiva teve um grande impacto no quotidiano das participantes pelo facto de lhes promover uma velhice mais activa e bem disposta e as ajudar a descontrair física e psicologicamente. Em favor do nosso objectivo geral, encontrou-se evidências nos

relatos apresentados, de que os efeitos das actividades físicas e cognitivas na qualidade de vida das idosas institucionalizadas, conduziram ao bem-estar biopsicossocial.

É de salientar ainda que, na parte da intervenção proposta teve-se em consideração alguns aspectos referidos por Lima (2004) nos programas para idosos. Deste modo, as actividades de estimulação propostas às participantes não se limitaram simplesmente à realização, à repetição e à mecanização de uma série de exercícios. Mas obrigaram as participantes a estarem atentas, a memorizar uma série de movimentos, aprender algumas regras de jogos e a trabalhar a memória mediante actividades de carácter cognitivo e físico. Estas actividades foram apresentadas de forma lúdica e num ritmo de aprendizagem e memorização mais lento. Tendo em conta que nas participantes o intuito não foi desenvolver a inteligência, mas sim prevenir e manter as capacidades intelectuais e físicas. O método de trabalho utilizado pautou-se na construção de um ambiente de apoio, empatia e de valorização pessoal que as incentivou a envolverem-se a nível intelectual e físico nas actividades de estimulação propostas.

REFLEXÕES FINAIS

Este trabalho é o resultado de um longo período de pesquisa, análise, reflexão e construção de conhecimento científico, que se moveu com o objectivo de compreender e verificar os efeitos da prática de actividades cognitivas e físicas na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Após a reflexão sobre alguns aspectos ligados ao envelhecimento e à qualidade de vida, procedeu-se ao estudo empírico onde foram recolhidos dados junto de 10 idosas institucionalizadas que foram submetidas a sessões de estimulação de carácter cognitivo e físico. Nesse sentido, foi aplicado o Easy-Care para uma avaliação rápida de diversos domínios da qualidade de vida, com potencial impacto na funcionalidade, saúde e bem-estar, antes e após as sessões de estimulação. Recorreu-se também à técnica da entrevista em profundidade, semi-estruturada e aplicada de forma semi-directiva no final da estimulação, como forma de complementar este estudo e aferir diferentes configurações em torno do conceito de qualidade de vida, bem como, perceber atitudes perante a estimulação física e cognitiva.

Os resultados obtidos através da metodologia quantitativa demonstram que, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas em alguns domínios do Easy-Care, entre o primeiro e o segundo momento de aplicação do instrumento, a percepção sobre a qualidade de vida das participantes melhorou em diversas dimensões, após estas terem sido submetidas às sessões de estimulação física e cognitiva. Pode-se por isso concluir que a prática de actividades físicas e cognitivas é um factor diferenciador para uma melhor qualidade de vida, no entanto há limitações físicas (visão, incontinência, surdez) que não são solúveis através da estimulação, carecendo de intervenção médica.

Em relação à metodologia qualitativa, os resultados obtidos permitem aferir que os argumentos expostos pelas participantes sobre as atitudes perante a qualidade de vida derivam de uma visão subjectiva baseada na percepção pessoal de cada entrevistada. Essa percepção varia em função dos diferentes momentos da velhice, estando condicionada não apenas ao seu “bom” ou “mau” relacionamento com o meio onde estão inseridas mas também a factores de ordem psíquica e biológica. Deste modo, contribuiu para a qualidade de vida e para o bem-estar subjectivo (físico, social,

emocional) das entrevistadas, a dimensão religiosa, boas condições de saúde, uma rede de amigos satisfatória, a manutenção das relações familiares e o estar activo. Para além disso, os resultados obtidos expressam que as participantes podem vivenciar o processo de envelhecimento com qualidade de vida, mantendo elevados níveis de funcionalidade física e cognitiva e participando em actividades significativas para si, o que permite desmistificar a imagem de pessoa idosa frágil, doente, dependente e excluída.

Do ponto de vista da actuação dos profissionais que trabalham no terreno com esta faixa etária, os resultados sublinham a necessidade de se perspectivar a pessoa idosa de forma holística. Efectivamente, só através de uma avaliação da qualidade de vida em termos multidimensionais, isto é, nas suas componentes biológicas, psicológicas e sociais se pode aferir o estado global dos indivíduos que fazem parte deste tipo de população, permitindo ainda identificar défices nos serviços prestados pelas instituições.

Para além disso, a relação entre a qualidade de vida e a estimulação são de extrema importância, não só pela avaliação dos seus condicionantes, mas também pela implementação de uma política social, que vise a criação de mais espaços destinados à animação em idosos e ao favorecimento de melhores condições sócio-culturais, e pelo aperfeiçoamento de instrumentos e de recursos humanos apropriados. Torna-se evidente que as actividades constituem um factor social importante, na medida em que condicionam a melhoria dos aspectos físicos, cognitivos e sociais dos idosos. De certa forma elas contribuem para o bem-estar e a qualidade de vida desta faixa tão importante da nossa população.

Apesar de se reconhecer que este trabalho oferece apenas uma visão parcelar da complexidade desta temática, parece que alguns dos factores biológicos, psicológicos e sociais foram reconhecidos como influenciadores da qualidade de vida do idoso institucionalizado, cuja estimulação pode contribuir para as participantes avaliarem a sua qualidade de vida como positiva, apresentando significativamente mais indicadores de alegria e bem-estar que conduzem a um envelhecimento mais activo e saudável.

Daí a importância de alertar as Instituições, que desenvolvem a sua acção na área da terceira idade, para a necessidade de serem mais humanizadas e darem à animação sócio-cultural a mesma prioridade que dão aos outros serviços para o bem-estar

biopsicossocial dos seus residentes, facilitando-lhes estímulos de acordo com a sua condição física e psicossocial.

Esta investigação permitiu perceber a relação da qualidade de vida com determinadas variáveis, contudo, é de salientar que estes resultados não podem ser extrapolados, uma vez que a amostra estudada é de pequena dimensão e reporta-se a um determinado contexto espaço-temporal e cultural⁷.

Seria pertinente prosseguir este tipo de estudo com uma amostra de dimensão mais elevada e num período de tempo mais alargado em diferentes contextos culturais, para se perceber em que medida o contexto cultural influencia a percepção que o idoso tem acerca destes conceitos. A comparação do índice de qualidade de vida e estimulação entre idosos a residir em meio rural e urbano é uma questão investigativa que se deixa em aberto. Seria importante compreender, por exemplo, se o idoso que vive na cidade, apesar do individualismo dominante, percebe uma melhor qualidade de vida do que o idoso em contexto rural, pelo facto de ter acesso de forma mais rápida a serviços de saúde. Ou, contrariamente, se o que vive na aldeia sente que tem mais qualidade de vida por estar a viver num meio de inter-relacionamento mais elevado. Por outras palavras, de que forma o local onde o idoso vive vai influenciar e condicionar a sua qualidade de vida e até que ponto a estimulação pode minimizar os aspectos negativos do ambiente onde está inserido? Estas são pistas de reflexão que se deixa em aberto para futuras pesquisas.

⁷ Infelizmente, não houve condições para replicar este estudo com um grupo de controlo. Se tal tivesse acontecido, seria mais elevado o nível de segurança e mesmo a virtual generalização no que respeita às diferenças identificadas do primeiro para o segundo momento, isto é antes e depois da estimulação. Esse grupo de controlo permitiria excluir outros factores, por exemplo, de natureza organizacional e institucional, e atribuir à estimulação um maior peso explicativo da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. e Freire, T. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. 5ª edição. Braga: Psiquilibrios Edições.

Arca, B. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In: Osório, A. Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Edição Instituto Piaget, pp. 269-279.

Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In: Ribeiro, O. Paúl, C. *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, pp. 13- 43.

Azevedo, M. e Teles, R. (2011). Revitalize a sua mente. In: Ribeiro, O. Paúl, C. *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas. pp. 77- 112.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70, LDA.

Beauvoir, S. (1976). *A velhice: A realidade incomoda*. São Paulo: Difel.

Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*, Lisboa: Lusodidacta.

Bíblia Sagrada (1998) Tradução interconfessional. Lisboa: Sociedade Bíblica de Portugal.

Bize, R. e Vallier, C. (1985). *Uma Vida Nova: A terceira Idade*, Lisboa: Verbo.

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*, Lisboa: Coisas de Ler.

Carvalho, J. e Mota, J. (2012). O Exercício e o Envelhecimento. In: Paúl, C. Ribeiro, O. *Manual de Gerontologia*, Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, pp. 71-91.

Carta Social – *Rede de Serviços e Equipamentos Sociais* – Relatório 2012. [Em linha]. Disponível em: < <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2012.pdf>> [Consultado em 15/8/2014]

(CES, 2013). *Parecer de Iniciativas Sobre as Consequências Económicas, Sociais e Organizacionais Decorrentes do Envelhecimento da População*, Portugal: Conselho Económico e Social [Em linha]. Disponível em: <<http://www.igfse.pt/upload/docs/2013/ESTUDOCES.pdf>> [Consultado em 25/05/2013]

Chatterji, S. e Bickenbach, J. (2008). Considerações Sobre a Qualidade de Vida. In: Fleck, M. & Colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A. pp. 40- 47.

Correia, J. (2004). *A sustentabilidade Financeira da Segurança Social em Portugal*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Couvreur, C. (2001). *A Qualidade de Vida : Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

Couto, T.(2010). *Caracterização da Qualidade de Vida e necessidades de idosos com DPOC*, Aveiro: Universidade de Aveiro.

Custódio, C. M. (2008). *Representações e Vivências da sexualidade no idoso institucionalizado*. (Dissertação de Mestrado) . Lisboa: Universidade Aberta.

Destáfani, Ir. G. (2001). *Envelhecer com dignidade*, 2ª.edição. São Paulo, Brasil: Edições Loyola.

Duarte, V. *et alii* (2005). *A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família*. Curitiba: Família Saúde e Desenvolvimento.

Félix, M. (2013). *Envelhecer ser ficar velho*, 1ª edição. Alfragide: Oficina do Livro – Sociedade Editorial Lda.

Fernandes, A. (1995). *Velhice, envelhecimento demográfico e relações intergeracionais*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa Faculdade de Ciências Sociais.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. 2ª edição. Coimbra :Quarteto Editora.

Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Figueiredo, D. (2004). Cuidados familiares: Cuidar e ser cuidado na família. In: Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 1ª edição. Porto: Âmbar. pp.61-90.

Fleck, M. & Colaboradores (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.

Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, A. (2004 a). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*, Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2004 b). *Uma Abordagem Psicológica da “ Passagem à Reforma” – Desenvolvimento, Envelhecimento, Transição e Adaptação*, Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Fontain, R. (2000). *Aspectos psicológicos – Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Geis, P. (2003). *Actividade física e saúde na terceira idade: teoria prática*. 5.^a ed. Porto Alegre: Artmed.

Guedes, J. (2012). *Viver num Lar de Idosos- Identidade em risco ou identidade riscada*. 1.^a ed. Lisboa: Coisas de Ler Edições.

Hébert, M. L. et al., (2005). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e práticas*. 2.^a Edição. Lisboa, Instituto Piaget.

Instituto da Segurança Social (2010). *Guia de Direitos das Pessoas Idosas*, [Em linha]. Disponível em:

<http://www4.segsocial.pt/documents/10152/13328/queremos_falar_lhe_direitos_pessoas_idosas> [Consultado em 25/ 05/2013]

Instituto da Segurança Social (2010). *Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais,* [Em linha]. Disponível em:

<http://www4.segsocial.pt/documents/10152/13328/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas>[Consultado em 25/ 05/2013]

Instituto da Segurança Social (2012). *Apoios sociais e programas para Idosos*. [Em linha]. Disponível em: < <http://www4.seg-social.pt/idosos>> [Consultado em 03/10/2012]

Instituto da Segurança Social (Data de Publicação 02 de Abril de 2013). *Guia Prático – Apoios Sociais – Idosos ((N35J – V4.09)*. [Em linha]. Disponível em: < www.seg-social.pt,> [Consultado em 25/05/ 2013]

Instituto da Segurança Social (2012). *Guias Práticos*. [Em linha]. Disponível em: < <http://www4.seg-social.pt/guias-praticos>> [Consultado em 03/02/2014]

INE. (2011). *Instituto Nacional de Estatística: Censos 2011*. [Em linha]. Disponível em: <www.ine.pt> [Consultado em 21/09/ 2012]

Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos: Actividades*. Porto: Âmbar.

Jacob, L. (2007 a). *Animação de Idosos*, Cadernos Socilgest, [Em linha]. Disponível em: < <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/animacao-idosos/animacao-idosos.pdf>> [Consultado em 02/09/2012]

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In: Paúl, C. Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1.^a edição. Lisboa: Climepsi, pp. 203-229.

Lemos, D. et alii. (s/d). História da velhice. [Em linha]. Disponível em: [<http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html>]>[Consultado em 10/04/2014]

Lenoir, R. (1989). *Object sociologique et probleme social*. Paris: Champagne, P etall (orgs.) Initiation a la pratique sociologique.

Levet, M. (1995). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lima, M. P. (2004). *Posso Participar?: Actividades de desenvolvimento para idosos*, 1^a edição, Porto: Ambar – Ideias no papel, S.A.

Marconi, M. A. Lakatos, E. M. (2002). *Técnicas de Pesquisa*. 5.^a edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Meneses, R. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida em doentes crónicos: Contributos no Contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Nunes, S. (2010). *Qualidade de vida e necessidades da população idosa com doença oncológica*, Aveiro: Universidade de Aveiro- Secção Autónoma de Ciências de Saúde.

Oliveira, J. (1999). *Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis psicológicas e representações da morte*. Psicologia, Educação e Cultura.

Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 2ª edição. Livpsic: Legis editora.

OMS. (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Osório, A. R. (2004). Animação Sociocultural na Terceira Idade. In: TRILLA, J. *Animação Sociocultural: Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa: Edição Instituto Piaget, pp. 251- 334.

Osório, A. e Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Edição Instituto Piaget.

ONU (1999) *Direitos Humanos e Service Social: Manual para escolas e profissionais de Serviço Social*. Lisboa: Departamento Editorial do ISSScoop [Em linha]. Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/temas-dh/pdfs/HRSocialWork-scannado.pdf> [Consultado em 25/06/2014]

Patrick, D. (2008). A qualidade de vida pode ser medida? Como?. In: FLECK, M. & Colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A. pp. 29-38.

Papalia, D. & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento Humano*. 7.ª edição. Porto Alegre : Artmed.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. 1.ª edição, Coimbra: Livraria Almedina.

Paúl, C. (1997). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. 1.ª edição, Braga: S.H.O. - Sistemas Humanos e Organizacionais.

Paúl, C. e FONSECA, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1.^a edição. Lisboa : Climepsi.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: Paúl, C. e FONSECA, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1.^a edição. Lisboa : Climepsi. pp 21-39.

Paúl, C. e Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*, Lisboa: Lidel- Edições Técnicas.

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

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família – Contextos e trajectórias*. 2.^a edição. Coimbra: Quarteto.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em ciências sociais*. 1.^a edição. Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas.

Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: Albarello, L. et alii. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva-Publicações. pp. 84-153.

Rutis. [Em linha] Disponível em: < www.rutis.org/ > [Consultado em 22/09/2012]

Silva, A. e Pinto, J. (2009). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 1ª edição. Porto: Âmbar.

Sousa, L. (2004). O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidadores formais. In: Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 1ª edição. Porto: Âmbar. Pp 95-143.

Simões, P.(2010). *Envelhecer bem: um estudo sobre a espiritualidade*. Universidade de Aveiro- Secção Autónoma de Ciências de Saúde.

Tamer, N. e Petriz, G. (2007). A Qualidade de Vida dos Idosos. In: OSÓRIO, A. PINTO, F. (2007). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Edição Instituto Piaget, pp. 181-207.

Trilla, J. (2004). *Animação Sociocultural: Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa: Edição Instituto Piaget.

Trentini, C. Chachamovich, E. e Fleck, M. (2008). Qualidade de Vida em Idosos. In: FLECK, M. & Colaboradores. *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: ARTMED EDITORA S.A. pp. 218- 225.

Teste/ Saúde da Deco-Proteste (Abril- Maio de 2013). *Lares de idosos: Esperar e desesperar por vagas*. pp.10-114.

Vala, J. (2009). A análise de conteúdo In: Silva, A. e Pinto, J. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento. pp. 101-126.

Vaz, E. (2008). *A velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial.

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*, Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A

Easy-Care Standart Portugal 2010



universidade de aveiro

EASY-Care Standard 2010

Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas

SAMPLE

Acerca da sua avaliação

A sua avaliação proporcionará um registo das suas principais necessidades e prioridades relativamente à saúde e processo de cuidados. Poderá completá-la sozinho ou ter a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se desejar, pode solicitar o envolvimento de um familiar ou amigo no seu preenchimento.

Acerca de si (4 páginas)

No início desta avaliação poderá registar detalhes acerca de si (antecedentes):

- Informação pessoal
- Biografia
- Motivo da avaliação
- História Clínica

Avaliação das necessidades e das prioridades actuais (9 páginas)

Será questionado, no decorrer da sua avaliação, acerca de:

- Visão, audição e comunicação
- Cuidar de si (auto-cuidado)
- Mobilidade
- Segurança
- Local de residência e finanças
- Manter-se saudável
- Saúde mental e bem-estar
- Outras informações que considere importantes
- Comentários dos cuidadores (familiares ou amigos)

Depois de completar a sua avaliação será registado um sumário das necessidades e dos problemas identificados, pela ordem de importância que lhes atribuiu.

Sumário das pontuações (3 páginas)

As respostas às questões do *EASY-Care Standard* podem ser utilizadas para calcular uma pontuação global relativa à necessidade de apoio nas actividades de vida diária (AVD), o risco de ruptura na prestação de cuidados que potencia a admissão de emergência hospitalar, e o risco de quedas.

INFORMAÇÃO PESSOAL

Nome: _____

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____

3. **Área de residência:** Rural Urbana

4. **Estado civil actual:** Solteiro(a) Casado(a) / União de facto

Separado(a) / Divorciado(a) Viúvo(a)

5. **Anos de educação formal:** _____

6. **De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês?**

Não chega para as necessidades

É mesmo à justa para as necessidades Sobra algum dinheiro

7. **Com quem vive?**

Sozinho Em casal Com família alargada Em instituição

8. **Situação profissional**

Empregado(a) a tempo inteiro Empregado(a) a tempo parcial

Desempregado(a) Doméstica Pensionista

Reformado(a) Estudante

9. **Cuida actualmente de alguém?** Sim Não

Informação adicional

10. **Tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados?** Sim Não

Informação adicional

Nome do avaliador: _____ Assinatura: _____ Data: / /

1. VISÃO, AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO

1.1. Consegue ver (com óculos se usar)?

Sim Com dificuldade Não vê nada

1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva se usar)?

Sim Com dificuldade Não ouve nada

1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?

Não tem dificuldade Dificuldade com algumas pessoas

Dificuldade considerável com todas as pessoas

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números

Com alguma ajuda Ou não consegue usar o telefone?

Comentários

2. CUIDAR DE SI (AUTO-CUIDADO)

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (por exemplo, pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, etc)?

Sem ajuda Ou precisa de ajuda para manter a aparência pessoal?

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, fechos, atacadores, etc)

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda)

Ou não consegue vestir-se?

Nome do avaliador: _____ Assinatura: _____ Data: / /

2. CUIDAR DE SI (AUTO-CUIDADO) (CONTINUAÇÃO)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda Ou precisa de alguma ajuda?

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda Ou precisa de alguma ajuda?

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar o chão, etc)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas)

Ou não consegue fazer qualquer tarefa doméstica?

2.6. Consegue preparar as suas refeições?

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho(a) refeições completas)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho(a) refeições completas)

Ou não consegue preparar refeições?

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, etc)

Ou não consegue alimentar-se?

2.8. Tem algum(ns) problema(s) com a sua boca ou dentes?

Não Sim (*Especifique, por favor, no espaço para comentários*)

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas)

Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou o lembrar de os tomar)

Ou não consegue tomar os seus medicamentos?

Nome do avaliador: _____ Assinatura: _____ Data: / /

2. CUIDAR DE SI (AUTO-CUIDADO) (CONTINUAÇÃO)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda Ou precisa de alguma ajuda?

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda Ou precisa de alguma ajuda?

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar o chão, etc)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas)

Ou não consegue fazer qualquer tarefa doméstica?

2.6. Consegue preparar as suas refeições?

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho(a) refeições completas)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho(a) refeições completas)

Ou não consegue preparar refeições?

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, etc)

Ou não consegue alimentar-se?

2.8. Tem algum(ns) problema(s) com a sua boca ou dentes?

Não Sim (*Especifique, por favor, no espaço para comentários*)

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas)

Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou o lembrar de os tomar)

Ou não consegue tomar os seus medicamentos?

Nome do avaliador: _____ Assinatura: _____ Data: / /

3. MOBILIDADE

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda Com alguma ajuda Ou não consegue deslocar-se?

3.2. Tem problemas com os seus pés?

Não Alguns problemas (*Especifique, por favor, no espaço para comentários*)

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda Numa cadeira de rodas sem ajuda Com alguma ajuda Ou está acamado?

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (podendo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha)

Com alguma ajuda Ou não consegue subir e descer escadas?

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não Uma vez 2 vezes ou mais

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda Com alguma ajuda Ou não consegue andar no exterior?

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras)

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras)

Ou não consegue ir às compras?

3.8. Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (tais como, consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade Com alguma ajuda

Ou não consegue deslocar-se a serviços públicos?

Comentários

Assinatura: _____ Data: / /

4. SEGURANÇA

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim Não

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim Não

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém?

Sim Não

4.4. Sente-se discriminado(a) por alguma razão (por exemplo, idade, sexo, raça, religião, incapacidade)?

Sim Não

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou de emergência?

Sim Não

Comentários

5. LOCAL DE RESIDÊNCIA E FINANÇAS

5.1. De uma forma geral está satisfeito(a) com o seu local de residência?

Sim Não

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim Não

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito?

Sim Não

Comentários

Assinatura: _____ Data: / /

6. MANTER-SE SAUDÁVEL

6.1. Pratica exercício regularmente?

Sim Não

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Sim Não

Se sim: Em repouso À noite A subir/descer escadas

Na posição horizontal

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, etc)?

Sim Não

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Sim Não

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim Não

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Com excesso de peso Com perda de peso Não tem preocupações

6.7. Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia?

Sim Não

Comentários

7. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, passatempos, trabalho e outras actividades de aprendizagem que sejam importantes para si?

Sim Não

Assinatura: _____ Data: / /

7. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR (CONTINUAÇÃO)

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente Muito boa Boa Razoável Fraca

7.3. Sente-se sozinho(a)?

Nunca Por vezes Muitas vezes

7.4. Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto?

Sim Não

7.5. Teve alguns problemas em dormir no mês passado?

Sim Não

7.6. Teve dores corporais no mês passado?

Sim Especifique: Muito suaves Suaves Moderadas Fortes

Não

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?

Sim Não

7.8 No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Sim Não

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?

Sim Não

Comentários

Assinatura: _____ Data: / /

PONTUAÇÃO DE (IN)DEPENDÊNCIA

As questões que se seguem da avaliação *EASY-Care*, relativas às necessidades e prioridades actuais, encontram-se associadas à necessidade de cuidados e de apoio. Pontuações elevadas indicam níveis de necessidade de apoio elevados.

Indicador da necessidade de suporte (pontuações entre parêntesis)	Questão	Pontuação
Não consegue utilizar o telefone (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 1.4	
Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5), sem ajuda (0)	Q 2.1	
Não consegue vestir-se (6), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	Q 2.2	
Não consegue tomar banho/duche (5), sem ajuda (0)	Q 2.4	
Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda(0)	Q 2.5	
Não consegue preparar refeições (5), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 2.6	
Não consegue alimentar-se (8), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)	Q 2.7	
Não consegue tomar medicamentos (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 2.9	
Acidentes frequentes de bexiga (8), ocasionais (5), sem acidentes (0)	Q 2.11	
Acidentes frequentes de intestinos (8), ocasionais (6), sem acidentes (0)	Q 2.12	
Não consegue utilizar a sanita (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	Q 2.13	
Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	Q 3.1	
Acamado (8), precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), de cadeira de rodas sem ajuda (5), sem ajuda (0)	Q 3.3	
Não consegue subir nem descer escadas (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 3.4	
Não consegue andar no exterior (6), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)	Q 3.6	
Não consegue ir às compras (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 3.7	
Não consegue deslocar-se a serviços públicos (5), com alguma ajuda (2), sem dificuldade (0)	Q 3.8	
Não consegue gerir as finanças (4), capaz de gerir (0)	Q 5.2	
Pontuação Total (0-100)		

Comentários do Avaliador

Sumário das Intervenções Propostas

Nome do avaliador: _____ Assinatura: _____ Data: / /

RISCO DE RUPTURA DO CUIDADO

As questões que se seguem da avaliação *EASY-Care*, relativas às necessidades e prioridades actuais, demonstraram constituir preditores do aumento de risco de admissão hospitalar.

Indicador de risco	Questões	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a vestir-se	Q 2.2	
tomar banho	Q 2.4	
alimentar-se	Q 2.7	
usar a sanita	Q 2.13	
Alguns acidentes com a bexiga	Q 2.11	
Alguma queda nos últimos 12 meses	Q 3.5	
Preocupações com perda de peso	Q 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	Q 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	Q 7.6	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	Q 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	Q 7.8	
Perda de memória ou esquecimentos	Q 7.9	
Total (de 12)		

Comentários do Avaliador

Sumário das Intervenções Propostas

Nome do avaliador: _____ Assinatura: _____ Data: / /

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

As questões que se seguem da avaliação *EASY-Care*, relativas às necessidades e prioridades actuais, predizem um aumento do risco de queda e/ou lesões que resultam de quedas. Três ou mais itens positivos indicam um risco de quedas elevado.

Indicador de risco	Questões	Atribuir 1 ponto a cada um
Tem dificuldade em ver	Q 1.1	
Dificuldade em deslocar-se (da cama para a cadeira)	Q 3.1	
Problemas com os seus pés	Q 3.2	
Uma ou mais quedas no último ano	Q 3.5	
Incapaz de sair de casa	Q 3.6	
Falta de segurança no domicílio	Q 4.1	
Falta de segurança fora de casa	Q 4.2	
Ingestão excessiva de álcool	Q 6.4	
Total (de 8)		

Comentários do Avaliador

Sumário das Intervenções Propostas

Nome do avaliador: _____ Assinatura: _____ Data: / /

ANEXO B

Autorização para utilizar o *EASY-Care Standart Portugal 2010*

De: Helena Justino <helena.justino@netcabo.pt>
Assunto: **Re: autorização para aplicar a escala Easy Care**
Data: 12 de Novembro de 2012 23:49:25 WET
Para: Maria Piedade Brandão <mpiedade@ua.pt>



Dra. Piedade Brandão,
Obrigada por me ter facultado o questionário EasyCare bem como toda a documentação a ele referente.

Cumprimentos,

Helena Justino

A 2012/11/12, às 09:53, Maria Piedade Brandão escreveu:

Cara Helena

Conforme o solicitado, envio em anexo o questionário EASYCare onde se incluem as orientações ao seu preenchimento.

Envio ainda uma base excel para a inserção dos dados.

Dado que o grupo EASYcare em Portugal pretende estudar o maior número possível de idosos portugueses, muito agradecemos, nos enviem essa base preenchida (obviamente sem qualquer tipo de identificação pessoal) quando for oportuno a fim dos dados serem anexados a outros já recolhidos no país.

Receba os melhores cumprimentos
Maria Piedade Brandão
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde
Universidade de Aveiro (ESSUA)

De: Daniela Figueiredo
Enviado: segunda-feira, 12 de Novembro de 2012 9:24
Para: Maria Piedade Brandão
Cc: Liliana Sousa
Assunto: FW: autorização para aplicar a escala Easy Care

Piedade,

P.f., podes responder a este e-mail, uma vez que tens as versões mais atualizadas?

Obrigada!
Beijinhos,
Daniela

-----Original Message-----

From: Helena Justino [mailto:helena.justino@netcabo.pt]
Sent: domingo, 11 de Novembro de 2012 18:34
To: Daniela Figueiredo
Subject: autorização para aplicar a escala Easy Care

Boa noite Doutora Daniela Figueiredo
Frequento o Mestrado em serviço social na Universidade Fernando Pessoa no Porto, estou a desenvolver a minha tese subordinada ao tema "O impacto da estimulação cognitiva e física na qualidade de vida dos idosos institucionalizados". Assim, venho por este meio solicitar a sua colaboração no sentido de me autorizar a aplicar no meu estudo a escala Easy Care para avaliar a qualidade de vida dos idosos. Uma vez que não tenho material de suporte peço-lhe também a sua ajuda para me informar como posso obter a escala e as regras de aplicação da mesma.
Grata pela atenção dispensada, fico a aguardar uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Helena Justino

<BaseDados_EASYcare_PortugalStandard__final_UA.xlsx><EasyCare_Portugal_versãofinal_UA.pdf>

ANEXO C

Autorização para realizar o estudo na Instituição



VENERÁVEL ORDEM TERCEIRA DE S. FRANCISCO

Porto, 11 de Janeiro de 2013

Exma. Sra. Dra. Helena Justino

Assunto: Resposta ao pedido de autorização para recolha de dados

Exma. Sra. Dra.,

Na sequência do pedido solicitado, referente à autorização para a recolha de dados junto dos utentes do Lar Margarida Lisboa, da Venerável Ordem Terceira de São Francisco, Porto, apresento o seguinte parecer.

Considerando que V. Exa. está a desenvolver uma dissertação de Mestrado em Serviço Social subordinada ao tema: **“O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida dos idosos institucionalizados”** parece-me de todo o interesse para a população alvo e para a própria Instituição a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Analisando os objectivos que V. Exa. se propõe a atingir com a investigação, constato que reunimos as condições necessárias para a sua concretização. Desta forma, informo que foi concedida autorização para a recolha de dados junto dos participantes desta Instituição, assim como, para a utilização de métodos de registos diversificados.

Tendo em consideração os benefícios para os utentes, decorrentes do contato com novas pessoas e actividades, considera-se que a realização deste trabalho será muito positiva para a Instituição.

Com os melhores cumprimentos,


Márcia Almeida
(Diretora Técnica do)



ANEXO D

Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

*Das conhecimentos à
aluno e orientador.*

*Gomes
20/05/2013*

Exma. Senhora
Prof. Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 17 de Maio de 2013

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de reapreciado o projeto de Dissertação de Mestrado em Serviço Social, de Helena Augusta Cordeiro Justino, intitulado "O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida dos idosos institucionalizados", considera nada haver a opor ao mesmo, dado que as recomendações feitas pela Comissão no parecer anterior foram todas atendidas.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da
Comissão de Ética

Teresa Martinho Toldy

ANEXO E

Declaração de Consentimento Informado da Comissão de Ética da UFP

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

ANEXO F

Programa das Sessões de Estimulação

Actividades de estimulação física:

Estas sete propostas de movimento serão realizadas pelos 10 indivíduos que fazem parte da amostra. Foram retiradas do livro *Animação de Idosos* de Luís Jacob.

Segundo este autor o exercício físico regular pode aumentar a força e a resistência muscular, pode aumentar a flexibilidade e o fluxo sanguíneo para os músculos, diminuir lesões musculares, melhorar a coordenação, a digestão e a excreção.

“ *Indivíduos com mais de 90 anos podem conseguir ganhos de força durante um período de treino de oito semanas*”. (Fiatarone et al. 1990, cit. In Jacob, 2007, p. 54).

Perante o exposto, temos como **objectivo geral:**

- Averiguar os efeitos da prática de actividades de estimulação física na qualidade de vida.

1. Exercício dos chapéus

Objectivo:	Motor (Desenvolver a motricidade e a respiração)
Material:	Chapéus
Autonomia:	Autónomos
Grupo:	Em grupo ou individual

Metodologia:

Exercício de respiração com chapéus. De pé, com os pés ligeiramente separados. Manter o chapéu com as duas mãos, subi-lo até o peito, inspirando e baixá-lo. Voltar a erguer o chapéu o mais alto possível, estendendo os braços por cima da cabeça. Baixar os braços afastados, segurando o chapéu com uma das mãos. Voltar a subi-lo pela frente. Uma vez no alto, baixar os braços e o tronco pelo lado direito e subir pelo esquerdo. Depois, fazer o mesmo começando pelo lado esquerdo.

2. Exercício com Fitas de papel

Objectivo:	Motor (Desenvolver a motricidade global e a agilidade)
Material:	Fitas de papel de seda
Autonomia:	Autónomos e semiautónomos
Grupo:	Em grupo ou individual

Metodologia:

Sentados em círculo é dada aos idosos uma fita de papel. De seguida é-lhes pedido que façam algumas coreografias.

- Abanar os braços e as fitas como se fossem ramos de árvore;
- Irem ao centro do círculo (os que puderem) e dar uma volta;
- Fazer uma onda (levanta-se um idoso de cada vez, à medida que a onda percorre o círculo);

3. Passar a bola

Objectivo:	Motor (Desenvolver a coordenação óculo-manual e mental)
Material:	Bola
Autonomia:	Autónomos e semiautónomos
Grupo:	Em grupo

Metodologia:

Uma bola para todo o grupo. O animador diz o seu nome (ou o nome de um país, ou fruto) e, depois, passa a bola com a mão para um elemento do grupo. Quem recebe a bola, diz um nome e passa-a a outra pessoa e assim sucessivamente. Quem deixar cair a bola ou não disser um nome, perde.

4. Basquete

Objectivo:	Motor (Desenvolver a coordenação óculo manual e a motricidade global)
Material:	Bola e cesto
Autonomia:	Autónomos e semiautónomos
Grupo:	Em grupo ou individual

Metodologia:

Atirar uma bola para dentro do cesto, que está colocado a uma distância razoável do chão. Pode-se jogar sentado ou em pé.

5. Corrida das garrafas

Objectivo:	Motor (Desenvolver a agilidade e a força nos pulsos e antebraços)
Material:	Garrafas com água ou areia, pequeno pau e cordel
Autonomia:	Autónomos e semiautónomos
Grupo:	Em grupo ou individual

Metodologia:

Encher duas ou mais garrafas com água ou areia e fechá-las. Atar uma ponta do cordel, com um mínimo de dois metros, na parte de cima da garrafa e atar a outra parte a um pequeno pau de 30 cm. Colocar duas pessoas lado a lado e as garrafas no chão a dois metros de distância. Começar a enrolar o cordel com os pulsos, de modo a puxar as garrafas. Ganha quem conseguir puxar a garrafa primeiro.

6. Balões

Objectivo:	Motor (Desenvolver a sensibilidade e coordenação motora)
Material:	Balões
Autonomia:	Autónomos e semiautónomos
Grupo:	Em grupo ou individual

Metodologia:

Encher os balões e posteriormente atá-los. Com os balões cheios pede-se fazer inúmeros jogos, tais como: Mexer nos balões com os pés descalços, rodar os balões nas mãos, passar o balão por debaixo da perna, do braço ou tronco, rodar os pulsos sem deixar cair os balões, etc.

7. Simular situações do dia-a-dia

Objectivo:	Motor (Aumentar a força e a resistência muscular)
Material:	Não
Autonomia:	Autónomos e semiautónomos
Grupo:	Em grupo ou individual

Metodologia:

Distribuição do grupo em círculo e simular situações do dia-a-dia para os idosos fazerem os gestos.

- imaginar que se está a puxar uma corda.
- imaginar que se está a limpar vidros. Fazer movimentos com os braços para cima, para baixo e para os lados.
- imaginar que se está a tirar água do poço.
- imaginar que se está a puxar um carrinho de mão.
- Imaginar que está a descascar uma banana.

Actividades de estimulação cognitiva

Estas sete propostas de estimulação cognitiva serão realizadas pelos 10 indivíduos que fazem parte da amostra. Foram retiradas do livro *Animação de Idosos* de Luís Jacob .

De acordo com o autor o declínio das nossas aptidões cognitivas pode ser prevenido com treino frequente e alguns exercícios simples.

“A animação cerebral tem por objectivo manter a mente activa, desenvolver algumas actividades cognitivas e prevenir algumas das consequências do “ sedentarismo” mental”. (Jacob, 2007, p.73)

Perante o exposto, temos como **objectivo geral:**

- **Averiguar os efeitos da prática de actividades de estimulação cognitiva na qualidade de vida.**

Tal como na estimulação física, iremos em seguida apresentar alguns exercícios que podem ser utilizados, nomeadamente no treino do vocabulário, da percepção espacial, do cálculo matemático e abstracto, da memória de curta e longa duração, e da memória visual e auditiva.

1. Palavras ao contrário

Objectivo:	Cognitivo (Desenvolver a agilidade mental e o vocabulário)
Material	Papel com palavras, lápis

Metodologia:

Descubra quais são as seguintes palavras, que estão escritas ao contrário.

- OLEMRAM
- ETSIXE
- OÁIVA
- ATSINIPLA
- ARBMIOC
- ROTCART

Resposta : Marmelo, Existe, Avião, Alpinista, Coimbra, Tractor.

2. Fotocópia

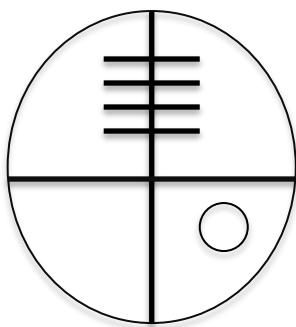
Objectivo:	Cognitivo (Desenvolver a memória visual)
Material	Figuras, folha, lápis

Metodologia:

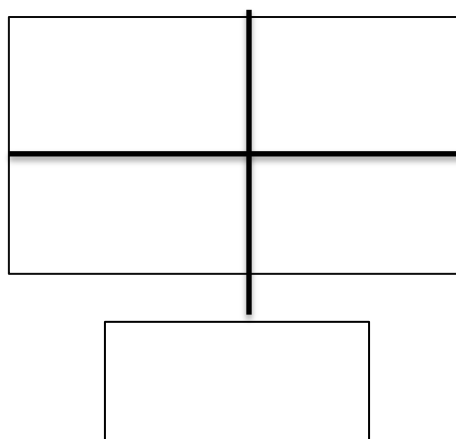
Observe o desenho durante 5 segundos e reproduza-o sem olhar para ele. Veja as diferenças entre o original e a cópia.

Alguns exemplos de desenhos :

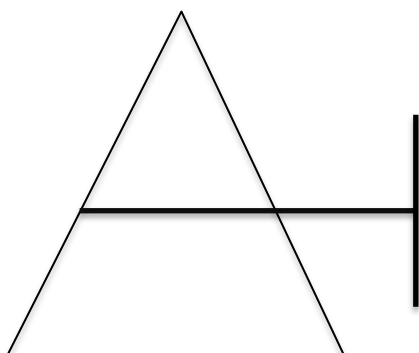
2.1



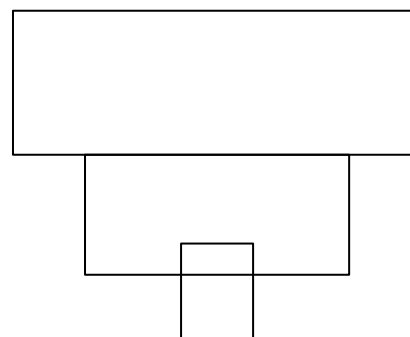
2.2



2.3



2.4



3. Jogo de sons

Objectivo:	Cognitivo (Desenvolver a memória auditiva)
Material	Leitor de Cd`s, texto, lápis , cd com sons

Metodologia:

Distribui-se o texto pelos idosos e a seguir passa-se os sons das palavras que faltam de modo a que os participantes consigam completar o texto.

Texto para o idoso :

“ Chegou a casa de ----- . A ----- abriu-se e a Sr. Emília colocou o saco de compras em cima da bancada. Pegou numa faca e começou a cortar os legumes para o jantar, mas deixou cair ae perdeu-se o jantar. Ficou triste. De repente, -----, era a sua amiga Ana a convidá-la para jantar. Que sorte. Vai a casa de banho e toma banho. Desce as escadas e ouve uma ----- . Sai de casa e vai ter com a amiga, quando se lembra que deixou a ----- ligada. Volta atrás apaga a luz e dá umas festinhas no - -----e finalmente vai jantar.”

Texto para o animador:

“ Chegou a casa de (**carro**). A (**porta**) abriu-se e a Sr. Emília colocou o saco de compras em cima da bancada. Pegou numa faca e começou a cortar os legumes para o jantar, mas deixou cair a (**panela**) e perdeu-se o jantar. Ficou triste. De repente, (**toca o telefone**), era a sua amiga Ana a convidá-la para jantar. Que sorte. Vai a casa de banho e toma banho. Desce as escadas e ouve uma (**buzina**). Sai de casa e vai ter com a amiga, quando se lembra que deixou a (**televisão**) ligada. Volta atrás apaga a luz e dá umas festinhas no (**gato**) e finalmente vai jantar.”

4. Operações aritméticas rápidas

Objectivo:	Cognitivo (Desenvolver o raciocínio abstracto)
Material	Não

Metodologia:

Resolver estas 10 equações em 45 segundos, sem escrever ou usar a máquina de calcular.

4x2	15-6	8+3	2-8	6+3	7x3	14-8	12+10	10-3	9+5
-----	------	-----	-----	-----	-----	------	-------	------	-----

Resposta: 8, 11, 11, 6, 9, 21, 6, 22, 7, 14

5. Labirinto

Objectivo:	Cognitivo (Desenvolver a percepção espacial)
Material	Desenhos, lápis

Metodologia:

Descubra o caminho em cada um dos desenhos.

5.1



5.2



6. Sopa de letras

Objectivo:	Cognitivo (Desenvolver a agilidade mental)
Material	Papel, lápis

Metodologia:

Procure e marque na diagonal, horizontal ou vertical as seguintes palavras:

- Avestruz, Leão, Pato, Formiga, Rato, Asa, Gaio.

A	T	Y	A	B	U	I	O	I	L
T	A	V	E	S	T	R	U	Z	E
D	F	A	F	E	A	H	D	U	A
L	O	P	E	C	L	X	S	A	M
I	E	N	F	O	R	M	I	G	A
A	R	Ã	D	E	A	U	A	A	I
O	G	C	O	C	T	A	O	I	S
P	O	P	A	T	O	C	P	O	B

Resposta:

A	T	Y	A	B	U	I	O	I	L
T	A	V	E	S	T	R	U	Z	E
D	F	A	F	E	A	H	D	U	A
L	O	P	E	C	L	X	S	A	M
I	E	N	F	O	R	M	I	G	A
A	R	Ã	D	E	A	U	A	A	I
O	G	C	O	C	T	A	O	I	S
P	O	P	A	T	O	C	P	O	B

7. Texto em fala

Objectivo:	Cognitivo (Desenvolver a memória)
Material	Texto, lápis

Metodologia:

Leia o texto e passados dois minutos tente completá-lo.

Texto integral: “ No dia seguinte, na estação de Santa Apolónia, Ega, que viera cedo com Vilaça, acabava de despachar a sua bagagem para o Douro, quando avistou Maria, que entrava trazendo Rosa pela mão. Vinha toda envolta numa grande peliça escura, com um véu dobrado, espeço como uma máscara: e a mesma gaze de luto escondia o rostozinho da pequena, fazendo-lhe um laço sobre a touca”, in Os Maias.

Texto com espaços: No dia seguinte, na estação de -----, Ega, que viera cedo com -----, acabava de despachar a sua bagagem para o -----, quando avistou -----, que entrava trazendo Rosa pela ----- . Vinha toda envolta numa grande peliça escura, com um ----- dobrado, espeço como uma -----: e a mesma gaze de luto escondia o rostozinho da pequena, fazendo-lhe um laço sobre a -----”, in Os Maias.

ANEXO G

Grelha de observação/ resultados

Grelha de observação

Data da sessão: _____

Actividades de Estimulação Cognitiva :	Muita dificuldade Código do participante	Pouca Dificuldade Código do participante	Sem dificuldade Código do participante
1. Palavras ao contrário			
2. Fotocópia			
3. Jogo de sons			
4. Operações aritméticas rápidas			
5. Labirinto			
6. Sopa de letras			
7. Texto em fala			
Actividades de Estimulação física:	Muita dificuldade Código do participante	Pouca Dificuldade Código do participante	Sem dificuldade Código do participante
1. Exercício dos chapéus			
2. Exercício com fitas de papel			
3. Passar a bola			
4. Basquete			
5. Corrida garrafas			
6. Balões			
7. Situações do dia-a-dia			

Resultados da Grelha de Observação

Sessão 1: Estimulação Cognitiva (jogo das palavras ao contrário)

	Frequência	%
muita dificuldade	5	50
pouca dificuldade	5	50
sem dificuldade	0	0
Total	10	100

Sessão 2: Estimulação Física (Exercício dos chapéus)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	3	30
sem dificuldade	7	70
Total	10	100

Sessão 3: Estimulação Cognitiva (Exercício Fotocópia)

	Frequência	%
muita dificuldade	7	70
pouca dificuldade	3	30
sem dificuldade	0	0
Total	10	100

Sessão 4: Estimulação Física (Exercício com fitas de papel)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 5: Estimulação Cognitiva (Jogo de sons)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	3	30
sem dificuldade	7	70
Total	10	100

Sessão 6: Estimulação Física (Passar a bola)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	3	30
sem dificuldade	7	70
Total	10	100

Sessão 7: Estimulação Cognitiva (operações aritméticas rápidas)

	Frequência	%
muita dificuldade	2	20
pouca dificuldade	2	20
sem dificuldade	6	60
Total	10	100

Sessão 8: Estimulação Física (Basquete)

	Frequência	%
muita dificuldade	2	20
pouca dificuldade	5	50
sem dificuldade	3	30
Total	10	100

Sessão 9: Estimulação Cognitiva (Labirinto)

	Frequência	%
muita dificuldade	4	40
pouca dificuldade	4	40
sem dificuldade	2	20
Total	10	100

Sessão 10: Estimulação Física (Corrida das garrafas)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 11: Estimulação Cognitiva (Sopa de letras)

	Frequência	%
muita dificuldade	4	40
pouca dificuldade	6	60
sem dificuldade	0	0
Total	10	100

Sessão 12: Estimulação Física (Balões)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	3	30
sem dificuldade	7	70
Total	10	100

Sessão 13: Estimulação Cognitiva (texto em fala)

	Frequência	%
muita dificuldade	7	70
pouca dificuldade	3	30
sem dificuldade	0	0
Total	10	100

Sessão 14: Estimulação Física (situações do dia-a-dia)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 15: Estimulação Cognitiva (Palavras ao contrário)

	Frequência	%
muita dificuldade	4	40
pouca dificuldade	2	20
sem dificuldade	4	40
Total	10	100

Sessão 16: Estimulação Física (Exercício dos chapéus)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 17: Estimulação Cognitiva (Fotócopias)

	Frequência	%
muita dificuldade	5	50
pouca dificuldade	2	20
sem dificuldade	3	30
Total	10	100

Sessão 18: Estimulação Física (Exercício com fitas de papel)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 19: Estimulação Cognitiva (Jogo dos sons)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 20: Estimulação Física (Passar a bola)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 21: Estimulação Cognitiva (Operações aritméticas rápidas)

	Frequência	%
muita dificuldade	1	10
pouca dificuldade	2	20
sem dificuldade	7	70
Total	10	100

Sessão 22: Estimulação Física (Basquete)

	Frequência	%
muita dificuldade	1	10
pouca dificuldade	3	30
sem dificuldade	6	60
Total	10	100

Sessão 23: Estimulação Cognitiva (Labirinto)

	Frequência	%
muita dificuldade	2	20
pouca dificuldade	2	20
sem dificuldade	6	60
Total	10	100

Sessão 24: Estimulação Física (Corrida das garrafas)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 25: Estimulação Cognitiva (Sopa de letras)

	Frequência	%
muita dificuldade	3	30
pouca dificuldade	1	10
sem dificuldade	6	60
Total	10	100

Sessão 26: Estimulação Física (Balões)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	1	10
sem dificuldade	9	90
Total	10	100

Sessão 27: Estimulação Cognitiva (Texto em fala)

	Frequência	%
muita dificuldade	5	50
pouca dificuldade	5	50
sem dificuldade	0	0
Total	10	100

Sessão 28: Estimulação Física (Situações do dia-a-dia)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 29: Estimulação Cognitiva (palavras ao contrário)

	Frequência	%
muita dificuldade	4	40
pouca dificuldade	2	20
sem dificuldade	4	40
Total	10	100

Sessão 30: Estimulação Física (Exercício dos chapéus)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

Sessão 31: Estimulação Cognitiva (Exercício fotocópias)

	Frequência	%
muita dificuldade	4	40
pouca dificuldade	1	10
sem dificuldade	5	50
Total	10	100

Sessão 32: Estimulação Física (Exercício com fitas de papel)

	Frequência	%
muita dificuldade	0	0
pouca dificuldade	0	0
sem dificuldade	10	100
Total	10	100

ANEXO H

Guião de entrevista

Guião da entrevista

Tema: O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Unidades de Análise:

1. Características Sócio-demográficas dos participantes.

- 1.1 Idade
- 1.2 Sexo
- 1.3 Escolaridade
- 1.4 Estado Civil
- 1.5 Profissão
- 1.6 Situação Profissional
- 1.7 Tempo de institucionalização

2. Qualidade de Vida.

- 2.1 Conceito (O que é para si ter qualidade de vida?)
- 2.2 Propriedades (O que é importante estar reunido para ter qualidade de vida?)
- 2.3 Melhorias
 - 2.3.1 Próprio (O que pode fazer para melhorar a sua qualidade de vida?)
 - 2.3.2 Instituição (A forma como a instituição actua contribui para melhorar a sua qualidade de vida?)

Pergunta Partida: Considera que tem uma vida com qualidade? Porquê?

3. Estimulação física e cognitiva

- 3.1 Importância (É importante participar em actividades?)
- 3.2 Satisfação (Sente-se bem a participar nas actividades?)
- 3.3 Espaço/tempo
 - 3.3.1 Antecedentes (Como ocupava o tempo no passado?)
 - 3.3.2 Actualmente (Actualmente como ocupa o tempo?)
- 3.4 Eficácia (As actividades contribuíram para se sentir melhor a nível físico e intelectual?)

Pergunta Partida: O que achou das actividades de estimulação física e cognitiva em que participou? Explícite razões?

ANEXO I

Autorização das entrevistas

Termo de Consentimento Livre e Informado

Fui devidamente informado(a) à respeito do estudo “ *o impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado* “ Ficaram claros para mim quais são os propósitos desta investigação, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Concordo voluntariamente em participar e autorizo que toda informação recolhida pela técnica da entrevista seja utilizada no âmbito desta pesquisa. Dou à pesquisadora o meu consentimento para o uso do gravador, tendo-me sido garantido que após o estudo todo o registo de som será destruído.

Asseguro que tomei conhecimento que poderei retirar o meu consentimento ou interromper a minha participação a qualquer momento do estudo e que sou livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do informante

Data _____ / _____ / _____

Assinatura da pesquisadora

Data _____ / _____ / _____

ANEXO J

Matriz conceptual referente à unidade 2 do guião de entrevista

MATRIZ CONCEPTUAL REFERENTE À UNIDADE 2 DO GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado

Categoria: Qualidade de vida

Sub-categoria: Conceito

Unidade de Análise		
Unidade de Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	Saúde	“(…) É a saúde que é pouca.” E9
	Rede de amigos satisfatória + Saúde	“ É a saúde e dar-me bem com as pessoas.” E2 “ Para mim é a saúde, a boa disposição, a amizade e a compreensão.”E5 “ Para mim é sentir-me bem com os colegas, ser feliz. E o mais importante e a saúde, (...)” E6 “ É ter saúde. (...) A qualidade de vida é também ter muita boa memória sempre (...) Dar-me bem com as pessoas também é importante (...)” E7 “ (…) Ter saúde e o facto de não dar trabalho a ninguém e ser útil ao próximo para mim é muita qualidade de vida.” E3
	Actividades de lazer (passear, jardinagem)	“ Seria dialogar e passear. Sair para a rua.” E1 “(…)Eu estava bem e feliz na minha casa, tinha lá muito terreno e passava a vida no jardim. (...) Quando os dias eram grandes só a noite é que me levava lá para cima, tirava as ervas dos canteiros e das roseiras. Sentia muita necessidade de andar ali, gostava e fazia-me muito bem. Aquilo dava-me muito prazer. E10
	Relações interpessoais honestas	“(…) Sinto-me infeliz quando vejo mentiras (...) estar de bem com a vida é estar bem com os outros, sem mentiras e amizade verdadeira.” E8
	Morrer	“A minha qualidade de vida (...) para lhe ser franca é morrer. Isso é que Deus me fazia um milagre, que eu não queria andar cá no mundo. (...) sinto-me triste porque perdi um filho (...). Estou sozinha no mundo. (...)” E4

MATRIZ CONCEPTUAL REFERENTE A UNIDADE 2 DO GUIAO DE ENTREVISTA

Tema: O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado

Categoria: Qualidade de vida

Sub-categoria: Propriedades

Unidade de Análise		
Unidade de Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	Saúde	“O essencial é a saúde é o mais importante para estarmos bem(...)” E6
	Saúde + rede de relações interpessoais satisfatória	“ Ter os meus amigos e estar bem com saúde é importante.” E2 “É a saúde que é o mais importante. Dar-me bem com toda a gente também é importante.”E9 “ (...) Existir amizade entre as pessoas.” (...) A saúde também é importante está em 1º lugar”. (...) tenho às vezes depressões nervosas quando me isolo mais mas as actividades ajudam e também é importante.” E1
	Saúde + rede de relações interpessoais satisfatória + Actividades de Lazer	“ É a saúde que é o principal e depois o convívio e dar-me bem com as minhas colegas.(...) As actividades também é bom para o convívio e distrai muito, e eu gosto muito. “ E7 “Saúde, amizade, compreensão e também tenho que estar bem disposta e a cabeça a funcionar bem. “ E5
	Saúde + amizade + bom funcionamento cognitivo	“A saúde é importante mas faz muita falta a amizade da família. Vim para aqui e a minha família não me liga. Nem um telefonema nem nada.” E4 “É darmo-nos bem uns com os outros, como nos temos dado e fazermos amizades. Que era isso que eu vinha à procura, de uma família que era aquilo que eu infelizmente não tinha. Aqui encontrei uma família que me ajuda a manter o bem-estar. “ E3
	Saúde + relações familiares satisfatórias	“É dar-me muito bem com a família, como me dou. A família para mim esta em 1º lugar. Depois há outras pessoas que eu gosto muito, são como se fossem da minha família. São aquelas que são amigas mesmo amigas.” E10
	Relações interpessoais satisfatórias (família, amigos)	“Quando não há conflitos eu estou bem. A saúde não me preocupa muito, hoje é melhor, amanhã é pior. Eu só estou doente quando vou para o hospital, de resto nunca tenho nada. É um dia de cada vez.”E8

MATRIZ CONCEPTUAL REFERENTE À UNIDADE 2 DO GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado

Categoria: Qualidade de vida

Sub-categoria: Melhorias (Próprio/Instituição)

Unidade de Análise		
Unidade de Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	Dimensão religiosa	<p>“Agora não posso fazer muita coisa, tive um AVC. Mas quando estou no quarto sozinha nunca me esqueço de fazer as minhas orações antes de dormir, isso ajuda-me a sentir-me bem.” E10</p> <p>“(…) Eu à tarde vou à missa ao terço às (….) com outra amiga de (….) faço os possíveis por ir sempre esteja chuva ou esteja sol.. Isto é algo que me dá bem-estar.” E6</p>
	Bom relacionamento interpessoal	<p>“(…) Para estar bem gosto de me dar bem com todos, senão fico triste. Eu nunca tive uma zanga aqui com ninguém. E com a família também não .“ E7</p> <p>“Queria que mudasse o meu temperamento, (….) enervo-me muito a falar. Gosto de me dar bem com todos. E8</p> <p>“(…) Dar-me bem com toda a gente ajuda a sentir-me bem (….)” E9</p>
	Actividades de lazer	<p>“Tento não me isolar, sair e conviver.” E1</p> <p>“Andar sempre alegre (….) fazer actividades e participar em tudo.” E2</p> <p>“(…) ainda não ultrapassei a morte do meu marido e do meu filho. (….) as actividades ajudam a distrair e eu faço por participar. “E4</p> <p>“(…) fazer os bonecos madeira, poesia e a ginástica. De manhã quando me levanto faço sempre ginástica aos braços. Tudo isto que faço é uma ajuda para me sentir melhor.”E5</p>
	Desempenho de papéis sociais	<p>“(…) É continuar a fazer o que tenho feito. Que é dar-me bem com toda a gente e dar o menos trabalho possível à casa enquanto eu tiver saúde. Fazer o que posso que é logo desde o início arrumar o meu quarto, fazer tudo o que eu posso às pessoas que não podem andar, ajudar em alguma coisa que seja necessário e arranjar o cabelo as minhas amigas. (….) basta pelo prazer que tenho no meu trabalho (….)” E3</p>
	Apoio instrumental e psicológico	<p>“ Sim. Ajuda-me quando é preciso.” E2</p> <p>“ São meus amigos(…). Sinto-me bem aqui. “ E4</p> <p>“ sim. Ajuda-me quando preciso, quando tenho que ir ao médico, quando estou doente e a Senhora Dra. tem sempre uma palavra amiga” E9</p>

Unidade de Análise		
Unidade de Registo		Contexto
Formal	Semântico	
		<p>“Contribuí. As pessoas aqui são amigas (...). Preocupam-se connosco quando estamos doentes e temos festas muito bonitas.” E5</p> <p>“ Sim, preocupam-se com o nosso bem-estar (...). ” E8</p> <p>“ Contribuí, pois evidentemente. O ambiente é bom, tudo contribuí para que a gente se sintam bem.” E7</p> <p>“Aqui sinto-me muito bem, o ambiente é bom são amigos (...). Aqui as festas trazem alegria ao nosso dia-a-dia e as actividades ajudam a distrair.” E10</p> <p>“ Sim. A Instituição deve e tem obrigação de ajudar a pessoa a sentir-se melhor. (...) Aqui sinto-me feliz porque se estiver doente que não possa ir sozinha ao médico tenho alguém. Estou ocupada com as actividades e não sei estar quieta. ” E6</p> <p>“ (...) Sinto-me útil e bem aqui neste ambiente. (...) quando estou doente tenho muito apoio e nunca me sinto sozinha, são meus amigos.” E1</p> <p>“Sim. Esta casa é a coisa mais feliz que eu tenho na minha vida. Até me deu a possibilidade de continuar a exercer a profissão. Quando a Sra. Dra. me falou se eu queria cortar o cabelo as senhoras aqui do Lar fiquei muito contente. (...) “ E3</p>

ANEXO L

Matriz conceptual referente à unidade 3 do guião de entrevista

MATRIZ CONCEPTUAL REFERENTE À UNIDADE 3 DO GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado

Categoria: Estimulação física e cognitiva

Sub-categoria: Importância

Unidade de Registo		Unidade de Análise
Formal	Semântico	Contexto
	Bem-estar	<p>“Sim, é fundamental.” E1</p> <p>“Sim. As actividades são importantes para me sentir bem.” E2</p> <p>“É muito. É importante mesmo. As pessoas se estiverem entretidas a fazer qualquer coisa que seja, até a tristeza é capaz de passar mais depressa para o lado de lá.” E5</p> <p>“(…) É sim senhora. É importante estarmos ocupados. Eu achava que deveria de ser de manhã até à noite. Que toda a gente tivesse uma ocupação, fosse no que fosse. É importante ter rotinas para não pensar em coisas que não devemos.” E3</p> <p>“Para mim é importante. Ajuda-me a sentir-me melhor da cabeça, a gente passa melhor o tempo e faz bem para a gente andar mais alegre, para não andar sempre com a cara caída.” E8</p> <p>“É importante estar ocupada a gente, passa melhor o tempo.(…). É importante estar ocupada senão a vida é monótona. Por exemplo, a pessoa fica doente mais depressa porque não tem actividade, para passar o tempo, pensa na doença, fica mais deprimida. Se tem doença, a doença vai-se adiantando porque a pessoa não reage.(…) Sou uma pessoa muito activa, por enquanto. Peço a Deus quando cair numa cama que me leve o mais depressa possível.” E6</p> <p>“(…) no dia-a-dia é importante estar ocupada com trabalhos manuais, ginástica, leitura do jornal ou uma revista, jogos, renda. E quem não sai tem mais necessidade disso para se distraírem, para não estar a pensar, só a pensar em coisas.”E7</p> <p>“Sim. Gostava de fazer aqueles jogos que puxavam pela memória. Obrigava a gente a pensar. As vezes não fazia certinho, mas gostava e fazia.” E10</p> <p>“(…) é importante estar ocupada com a ginástica, jogos. Trabalhos manuais. Mas a disposição é pouca e a tristeza é grande.” E4</p> <p>“É importante estar ocupada. Mas quando se chega à minha idade com uma doença que não me larga, é um cansaço, não dá muita vontade, não dá apetite de fazer nada.”E9</p>

MATRIZ CONCEPTUAL REFERENTE À UNIDADE 3 DO GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado

Categoria: Estimulação física e cognitiva

Sub-categoria: Satisfação

Unidade de Análise		
Unidade de Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	Bem-estar alegria, utilidade, realização pessoal	<p>“Sinto-me bem a participar nas actividades. Parece que saio de mim própria e não penso nos problemas.” E1</p> <p>“Sinto alegria em mim quando estou a participar. Sinto que sou capaz de fazer coisas.” E2</p> <p>“ Sinto-me feliz e útil.” E3</p> <p>“Sinto-me muito feliz e realizada. (...) Às vezes também há um bocadinho de preguiça e não pode ser. (...) Sinto-me feliz , graças a Deus, por ainda estar activa.” E5</p> <p>“Sinto-me bem. Sinto que fiz alguma coisa de bom para contribuir para qualquer coisa, para animar as pessoas. “ E7</p> <p>“Sinto-me bem, eu gosto. (...)participo sempre, sinto-me bem.” E8</p> <p>“Sinto-me bem (...)” E10</p> <p>“Sinto-me bem, ajuda a passar o tempo.” E9</p> <p>“Quando participo sinto-me feliz. Quando nós temos um bocado de saúde devemos de fazer por dar utilidade e fazer ver que ainda temos utilidade para isto e para aquilo. Que ainda somos capazes de fazer coisas. (...)Quanto mais a pessoa parar mais envelhece mais o cérebro fica mais fraco porque só esta a pensar na doença não esta a pensar noutras coisas. Distrain o cérebro para isto e para aquilo é bom. Olhe, aos Domingos eu nunca passo aqui o dia, vou com a minha amiga passear Mas o importante para nós é não nos deixarmos ir ao fundo, reagir (...). “ E6</p> <p>“Sim, naquele momento estou distraída não penso tanto na tristeza (...)” E4</p>

MATRIZ CONCEPTUAL REFERENTE À UNIDADE 3 DO GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado

Categoria: Estimulação física e cognitiva

Sub-categoria: Espaço/ Tempo (antecedentes e actualmente)

Unidade de Análise		
Unidade de Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	Malha, crochet	<p>“Fazia muita malha (...) contava as malhas para fazer uma camisola bem feita (...)” E2</p> <p>“(…) quando não estava a trabalhar, fazia era muito crochet (...)” E4</p> <p>“Fazia croché e malhas. (…)” E7</p>
	Crochet + Caminhada	<p>“ Fiz muitos paninhos em crochet. Não sou muito amiga de ler”. E9</p> <p>“Fiz muitas colchas e vendia. Fiz uma toalha que (...) ofereci a uma sobrinha que merecia (...) antigamente gostava de caminhar mas agora não posso.” E1</p>
	Leitura + caminhada	<p>“Gostava de ler e ainda leio (...). Tenho muitos livros, (...). Também gosto muito de passear, eu caminho muito. (...) Caminhar faz bem, mas agora já não posso andar assim tanto porque a idade também avança (...). Eu caminhava mais quando era nova mas agora já não posso caminhar assim tanto (...)” E6</p>
	Ler + malha	<p>“ Fazia roupa em malha (...) ouvia rádio, gostava de ler o jornal, quando pegava nele nunca mais o largava.” E10</p>
	Tarefas domésticas	<p>“ Eu gosto muito da vida da casa (...). Andava sempre a limpar tudo, e assim passava o meu tempo. Quando tinha tudo arranjadinho sentava-me no sofá a ver televisão, (...). Não gosto de ler, dá-me sono. Passava assim o meu tempo sempre na limpeza, com isto com aquilo. “ E8</p>
	Cabeleireira + tarefas domésticas	<p>“ Antigamente nunca me deu para isso. Fui sempre cabeleireira. (...) e em casa não tinha ninguém para me fazer absolutamente nada. Eu é que tinha que fazer tudo (...)” E3</p>
	Lida do campo + poesia	<p>“(…) gostava da lida do campo. Para ler era mais preguiçosa, agora já leio mais um bocadinho. Também fazia poesia como ainda faço.” E5</p>
	Actividades sócio-culturais	<p>“ Gosto de passear com a minha amiga e ler.” E6</p> <p>Sou muito activa. Faço poesia, participo nas actividades do lar. (...)” E5</p>
	(jogos, ginástica, trabalhos manuais, festas, poesia, passear, ler)	<p>“Tento sempre manter-me ocupada com trabalhos manuais e outras coisas simples, embora agora não possa fazer o que queria fazer por causa das dores na coluna.” E7</p>

Unidade de Análise		
Unidade de Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	Actividades Sócio-culturais + profissão de cabeleireira	<p>Arrumo o meu quarto e participo nas actividades do lar que é a Ginástica, trabalhos manuais e canto nas festas.” E8</p> <p>“Vou participando nas actividades do lar. Jogos, alguns trabalhos manuais.” E9</p> <p>“Participo em todas as actividades do lar. Nunca falto. (...) Jogos que nos ajudam a pensar, mexer e conviver é muito bom.” E1</p> <p>“ (...) Faço ginástica como posso e jogos.” E2</p> <p>Vou fazendo alguns jogos, a ginástica não posso fazer muita coisa.” E10</p> <p>“(...) participo pouco, gosto de falar com as pessoas e assim (...) mas parece que sinto um bocadinho de alegria quando faço bem ao próximo e estou distraída a conversar e fazer jogos.” E4</p> <p>Já tenho mais tempo para participar em todas as actividades (...) e ainda exerço a minha profissão. (...) Quando vou lá para fora (...)Dou uma volta grande com o meu marido, que a ele também lhe faz bem que é diabético. (...) à noite durmo melhor.” E3</p>

MATRIZ CONCEPTUAL REFERENTE À UNIDADE 3 DO GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: O impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado

Categoria: Estimulação física e cognitiva

Sub-categoria: Eficácia

Unidade de Análise		
Unidade de Registo		Contexto
Formal	Semântico	
	Bem-estar biopsicossocial	<p>“ (...) Parece que a gente sai de nós próprios e ajuda a passar o tempo. Se assim não fosse era uma vida muito parada. (...) Sinto-me bem e de que maneira! À noite a gente dorme ali como uma “torda” (...) o corpo está cansado.” E1</p> <p>“ Acho que sim, estou distraída com as actividades que me ajuda a não pensar tanto na tristeza que trago. O que é, é a disposição. Custa começar, mas depois faz-se e gosto e ajuda-me a sentir-me um bocadinho melhor.” E4</p> <p>“ Gosto das perguntas que as meninas fazem, obrigam-nos a pensar (...) as actividades ajudam a sentir-me melhor. Sinto-me realizada. Ainda dou graças a Deus que ainda posso fazer alguma coisa. (...) Não gosto de estar parada. (...) As actividades são importantes e contribuem para me sentir bem e conviver.” E2</p> <p>“ Ajuda muito a passar o tempo e a ocupar a cabeça. Adaptei-me muito bem a isto. Mantenho-me ocupada sinto-me capaz de fazer ainda muitas coisas. Mas faz-me nervos, eu não tenho culpa, mas faz-me nervos ver uma pessoa que ainda consegue mexer-se e não o faz. Para mim isso mexe comigo, (...) Eu faço o que posso, até às vezes faço mais do aquilo que posso. Sou teimosa.” E8</p> <p>“ (...) As actividades são importantes. Se estivesse parada era pior. A memória não funcionava para aquilo que eu queria. (...) tenho um bocadinho de preguiça. Mas depois penso (...) ainda fico pior. Deixa-me agir (...). Aconselho toda a gente a mexer-se. Gostava que toda a gente fosse assim. Sinto-me bem, enquanto posso faço (...). Faço por não aborrecer ninguém, evito chatear as pessoas. Geralmente sinto-me feliz, só andei agora triste por ter a minha companheira de quarto doente no hospital.” E5</p> <p>“ É importante estar ocupada com as actividades. Sinto-me mais feliz, não penso tanto nos problemas da vida. E o dia- a -dia é mais fácil. “ E10</p> <p>“ Pois, a mim e a todos. Muitas não colaboram mas é sempre bom participar. Quando há festas é bom o convívio(...).” E7</p>

Unidade de Análise		
Unidade de Registo		Contexto
Formal	Semântico	
		<p>“É bom participar pelo convívio, mas a pouca saúde, a falta de ar e o cansaço, às vezes tira a vontade. “ E9</p> <p>“Ajuda a gente não estar a pensar nisto, naquilo e passa o tempo mais depressa. As actividades e o estar ocupado contribui para que me sinta melhor e me sinta capaz. (...) Eu se estiver no meu quarto, eu não estou quieta eu ponho-me a bordar a fazer renda, malha, faço isto, faço aquilo. E sinto-me bem assim, senão não chegava a idade em que estou. Já tinha morrido ou estava numa cama acamada. Porque se tivermos actividades e tivermos força de vontade (...) fazemos as coisas e ajuda muito a actividade para o cérebro, só que o cérebro não dura sempre. (...) Ocupação e alimentação é essencial, (...) Só os medicamentos não chegam. Eu tomo 7 a 8 medicamentos por dia (...). Mas só a medicação não era suficiente para me sentir como me sinto. Porque o ditado diz “parar é morrer” e não se deve parar.” E6</p> <p>“ (...) as actividades ajudam a sentir-me bem com saúde e mais energia em mim. Porque senão eu morro! Uma pessoa parar é morrer. (...) a coisa mais maravilhosa que me aconteceu foi estar ocupada. (...) Aqui encontrei uma família e várias formas de me distrair e passar o tempo. Eu sinto-me muito bem (...) Aqui sinto mais ânimo e quando participo nas actividades o convívio com as pessoas é a melhor coisa que pode haver na nossa vida. Agora a pessoa estar ali assim com os braços cruzados a pensar naquilo que não deve, a olhar para a televisão a ver desgraças. Na televisão acontece de tudo, não vale a pena, não dá saúde a ninguém. (...) Ginástica, conviver, jogos, estar ocupada dá mais saúde. (...), tenho sempre que fazer, estou sempre ocupada com qualquer coisa. (...) Acho que ficava entredada depressa e sentia-me aborrecida se estivesse sem fazer nada. Não, não posso, não conseguia. Quando entro ali no salão e vejo muita gente a dormir não puxa conversa e uma pessoa precisa de se distrair. (...) O grupo que participa já é diferente, temos a senhora X (...). É uma pessoa muito doente da cabeça, deprimida, mas é uma pessoa que anda sempre e participa. Eu admiro estas pessoas assim, e acho muitíssimo bem. Até posso dizer que é a melhor coisa que temos na nossa vida. “ E3</p>