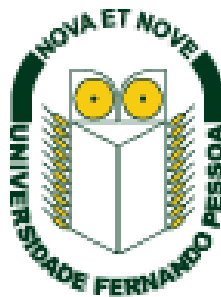


ANA RITA DE FARIA CASTILHO

ENVELHECIMENTO ACTIVO/ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

– OPINIÃO DOS IDOSOS DO CONCELHO DE VIANA DO CASTELO –



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PONTE DE LIMA, 2010

ANA RITA DE FARIA CASTILHO

ENVELHECIMENTO ACTIVO/ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

– OPINIÃO DOS IDOSOS DO CONCELHO DE VIANA DO CASTELO –



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PONTE DE LIMA, 2010

ANA RITA DE FARIA CASTILHO

ENVELHECIMENTO ACTIVO/ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

– OPINIÃO DOS IDOSOS DO CONCELHO DE VIANA DO CASTELO –

ATESTO A ORIGINALIDADE DO TRABALHO:

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

SUMÁRIO

O forte crescimento do número de Idosos torna-se um sinal positivo do desenvolvimento da sociedade. Porém, este aumento conduz a um acréscimo significativo nos custos de serviços de saúde e sociais, dependendo das condições de saúde e da capacidade funcional que a população idosa apresenta. Considerando que o envelhecimento faz parte natural do ciclo de vida humano, este deve constituir uma possibilidade para se viver de forma saudável, autónoma e independente, o maior tempo possível. Desde cedo, o ser humano deve optar por uma atitude preventiva e promotora da saúde e de autonomia na velhice, pensando no envelhecimento ao longo da vida.

O presente trabalho, versa o tema: “Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável – Opinião dos Idosos do Concelho de Viana do Castelo”, tendo como objectivos identificar os conhecimentos da pessoa idosa sobre o Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável; conhecer os estilos de vida dos Idosos face ao processo de envelhecimento; identificar as emoções experimentadas pelos Idosos face ao Envelhecimento; conhecer os factores que os Idosos identificam como condicionantes do processo de envelhecimento e identificar a percepção dos Idosos em relação à morte. Neste âmbito, optou-se por um estudo de carácter qualitativo fenomenológico em que, através de entrevistas semiestruturadas foi possível realizar a colheita de dados a uma amostra de dezanove Idosos no concelho de Viana do Castelo.

Os resultados obtidos permitem compreender que os Idosos ainda não estão familiarizados com o novo conceito Envelhecimento Activo e que dão extrema importância à saúde. Para além destes resultados, através deste estudo constatou-se o tipo de estilos de vida que os Idosos possuem devido ao envelhecimento. Foi também possível detectar que os Idosos são confrontados por uma complexidade de emoções, de carácter negativo, como a tristeza e indignação e de carácter positivo, alegria e felicidade. Através desta investigação, também se percebeu a ideia da morte nos Idosos em relação à perda, espaço físico e percepção temporal.

Palavras-Chave: Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável, Estilos de Vida, Idosos, Emoções, Perspectiva da morte

Abstract

The strong growth in the number of elderly becomes a positive sign of the development of society. However, this increase leads to a significant increase in the cost of health and social services, depending on the conditions of health and the functional capacity of the elderly population. Considering that aging is a natural part of human life cycle, it should be a chance to live a healthy, independent and autonomous life, as long as possible. From early on, human beings should have a preventative attitude and promote health and autonomy in old age, thinking on the aging process throughout life.

The present work, covers the theme "Active Ageing / Healthy Ageing – the views of the elderly from the city of Viana do Castelo", with the objectives of identifying the knowledge of the elderly on Active Aging / Healthy Aging; knowing the lifestyles of the elderly bearing in mind the aging process; identifying the emotions experienced by the elderly concerning aging; knowing the factors that older people identify as constraints of the aging process and identifying the perception of the elderly in relation to death. In this context, we opted for a phenomenological study of a qualitative nature that, through semi-structured interviews that made possible to collect data from a sample of nineteen elderly in the city of Viana do Castelo.

The results demonstrate that the Elderly are not yet familiar with the new concept of Active Ageing and that they give utmost importance to health. In addition to these results, with this study it were identified the kinds of lifestyles the elderly have due to aging. It was also possible to detect that the elderly face a complexity of emotions, of negative nature, such as sadness and anger, and of positive nature, like joy and happiness. Through this research, we also perceived the idea of death in the elderly in relation to loss, physical space and temporal perception.

Keywords: Active Aging/Healthy Aging, Lifestyle, Elderly, Emotions, Perspective of death

AGRADEÇO

...aos meus pais por todo o sacrifício ao longo deste quatro anos, sem a ajuda deles não teria conseguido...

...aos meus avós e à minha irmã pela ajuda e força que me foram dando e pela compreensão nos momentos mais difíceis...

...ao Pedro, sem dúvida alguma o melhor presente que levo deste meu percurso académico, sempre me transmitiu segurança, me deu conselhos e essencialmente pelo seu sorriso. Considero-o o meu porto seguro e sem ele não teria conseguido metade do que consegui...

...à Mestre Manuela Pontes, que desde início se disponibilizou para me ajudar e sem nunca pedir nada em troca somente trabalho, dedicação e auto-estima. Tenho pena não a ter conhecido bem mais cedo...

...à Rita, uma amiga para toda a vida...

...a toda a minha família que nunca me faltou com nada...

... a todos os Idosos que participaram neste estudo de investigação, sem eles não teria sido possível...

... e em último lugar, mas não o menos importante, ao Avô Velhinho, esteja onde estiver quero que saiba que se segui este caminho devo-o a ti...

A todos um muito OBRIGADA!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

AVD's – Actividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

E – Entrevista

EMV – Esperança Média de Vida

INE – Instituto Nacional de Estatística

L – Linha

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – Pergunta

p. – página

pp. – páginas

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I. FASE CONCEPTUAL	16
1.1. Definição e delimitação do tema	16
1.2. Pergunta de Partida e Questões de Investigação	18
1.3. Objectivos de Estudo	19
1.4. Revisão da Literatura	20
1.4.1. Envelhecimento Demográfico em Portugal	20
1.4.2. Idoso e Envelhecimento	24
1.4.2.1. Processo de Envelhecimento	27
1.4.3. Envelhecimento Activo	31
1.4.4. Estilos de Vida no Envelhecimento	34
1.4.5. Factores que condicionam o Envelhecimento	38
1.4.6. Percepção da Morte	42
PARTE II. FASE METODOLÓGICA	44
2.1. Tipo de Estudo	44
2.2. População Alvo e Amostra	46
2.3. Variáveis do Estudo	47
2.4. Método de Colheita de Dados	48
2.4.1. Pré-Teste	49
2.5. Considerações Éticas	49
PARTE III. FASE EMPÍRICA	51
3.1. Apresentação, Análise e Discussão de Resultados	51
3.2. Caracterização da Amostra	52
3.3. Variáveis em Estudo	55

3.3.1. Conhecimento dos Idosos em relação ao Envelhecimento Activo /Envelhecimento Saudável	56
3.3.2. Estilos de Vida dos Idosos face ao Envelhecimento	60
3.3.3. Emoções experimentadas pelos Idosos face ao Envelhecimento	65
3.3.4. Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável	70
3.3.5. Percepção dos Idosos em relação à morte	75
CONCLUSÃO	77
BIBLIOGRAFIA	79

APÊNDICES

APÊNDICE I - Documento de Consentimento Informado

APÊNDICE II - Guião de Entrevista

APÊNDICE III - Quadros de Análise de Conteúdo

APÊNDICE IV - Cronograma de Actividades

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população, 1960 – 2050	22
Gráfico 2 – Distribuição de dados relativos à Variável Género da Amostra	52
Gráfico 3 – Distribuição de dados relativos à Variável Idade da Amostra	53
Gráfico 4 – Distribuição de dados relativos à Variável Profissão anterior à Reforma da Amostra	53
Gráfico 5 – Distribuição de dados relativos à Variável Número de Elementos na Habitação da Amostra	54
Gráfico 6 – Distribuição de dados relativos à Variável Patologias/Outros da Amostra.....	55

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Conhecimentos dos Idosos em relação ao Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável	56
Quadro 2 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Estilos de Vida dos Idosos face ao Envelhecimento”	60
Quadro 3 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Emoções experimentadas pelos Idosos devido ao Envelhecimento”	65
Quadro 4 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável”	70
Quadro 5 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Percepção dos Idosos em relação à morte”	75

INTRODUÇÃO

O presente trabalho científico surge no âmbito do Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem adequado ao Processo de Bolonha, da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde – Unidade de Ponte de Lima. Sendo um trabalho indispensável para a conclusão da referida licenciatura deve ser finalizado e discutido até ao final do 4º ano lectivo.

Perante um leque variado de temas na área da saúde, procurou-se que o estudo científico fosse de utilidade social, colocando em prática conhecimentos apreendidos ao longo do curso e desenvolvendo competências ao nível dos procedimentos de investigação e do tema abordado.

Desta forma, o tema escolhido para este projecto de investigação é “Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável – Opinião dos Idosos do Concelho de Viana do Castelo”. Com a realização desta investigação pretende-se dar resposta ao objectivo geral: Conhecer a opinião dos Idosos do Concelho de Viana do Castelo acerca do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável.

Devido ao crescimento cada vez mais acentuado do número de pessoas idosas em todo o mundo, é necessária uma intervenção mais directa neste grupo de pessoas. Citando Carrilho e Gonçalves (*cit. in* Silva, 2006, p.7)

O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às implicações na esfera socio-económica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida.

Neste âmbito, e de acordo com o tema proposto surge a necessidade de realizar um estudo de carácter qualitativo fenomenológico, com apoio a abordagem quantitativa descritiva simples para tratamento das variáveis atributo.

O estudo foi dirigido aos Idosos do Concelho de Viana do Castelo e a amostra, seleccionada através do processo de amostragem não probabilística accidental,

corresponde a 19 Idosos do referido Concelho. A colheita de dados foi realizada por entrevista no dia 19 de Fevereiro de 2010 entre as 11h e as 17h tendo como instrumentos o respectivo guião e um gravador áudio. Relativamente à análise dos dados recolhidos recorreu-se à Técnica de Análise de Conteúdo Categorical Temática, proposta pelo Bardin (2008).

Todavia, é importante referir que por se tratar de um estudo efectuado em contexto académico, este implicou limites para a investigação, a nível de recursos materiais, financeiros e especialmente, temporais e espaciais. Deste modo, o período de tempo disponível para a realização desta investigação foi limitado devido a ser um requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. O facto do projecto de investigação se desenvolver em simultâneo com o período em que ocorreram outras actividades académicas, condicionou todo o processo e investigação. A interligação das actividades académicas inerentes ao curso foi um factor influenciador da capacidade de deslocação e disponibilidades de acção, o que interferiu directamente nas estratégias metodológicas para o conhecimento científico do problema em estudo.

Os resultados obtidos foram de encontro aos objectivos propostos no início desta investigação. Tornou-se assim, uma experiência interessante compreender todos os conhecimentos que envolvem o problema em estudo, concretamente, estilos de vida, emoções dos Idosos face ao envelhecimento assim como, os factores condicionantes do envelhecimento e percepção da morte por parte dos mesmos. Porém, através dos dados obtidos constatou-se que os Idosos não possuem informações suficientes acerca do Envelhecimento Activo, dando muito valor a todo o tipo de apoios que possam receber e que segundo eles não é suficiente.

As experiências ocorridas durante todo o processo de investigação, e de uma forma mais relevante, ao longo do período de colheita de dados permitiu compreender melhor a opinião dos Idosos acerca do envelhecimento. Para isso, no decurso das entrevistas, o discurso foi sendo adaptado de forma a moldar-se ao contexto sócio-cultural de cada participante para que se obtivesse respostas dirigidas aos objectivos do estudo.

Este projecto de investigação encontra-se dividido em cinco grandes partes, sendo elas a introdução; a Parte I – Fase Conceptual, que engloba a pergunta de partida e objectivos de investigação, assim como a revisão da literatura; a Parte II – Fase Metodológica, que compreende o tipo de estudo, definindo a população e amostra, o instrumento de colheita de dados e as considerações éticas que estiveram presentes durante o processo de investigação; a Parte III – Fase Empírica, onde se procede à apresentação, análise e discussão dos resultados; e por fim a conclusão.

Fora do corpo de texto encontram-se expostos os Apêndices contendo o Documento de Consentimento Informado (Apêndice I), o Guião de Entrevista (Apêndice II), os quadros da Análise de Conteúdo na sua íntegra (Apêndice III) e o Cronograma de Actividades (Apêndice IV).

No que respeita à apresentação desta monografia, teve-se por base, as directivas do Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos, que vigora na Universidade Fernando Pessoa.

PARTE I. FASE CONCEPTUAL

O início de um processo de investigação evidencia-se a partir da escolha de um tema e a elaboração de uma pergunta de partida que alicerça todas as questões de investigação, dando origem aos objectivos que fundamentam a pesquisa.

A fase conceptual, citando Fortin (2009, p.49), consiste

(...) em definir os elementos de um problema. (...) o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema.

De acordo com o autor supracitado, esta fase é fundamental numa investigação, pois dá-lhe uma orientação e um objectivo.

Com o decorrer desta fase, efectuou-se uma definição e delimitação do tema bem como a formulação do problema de investigação, enunciando as questões, os objectivos e a revisão da literatura importante, de forma a permitir ao investigador determinar o estado actual dos conhecimentos acerca do problema em questão.

1.1. Definição e delimitação do tema

A investigação em Enfermagem deve reflectir as necessidades de uma profissão, mas também, o desejo de discutir e elucidar os fenómenos a fim de compreendê-los e utilizar os resultados, tendo como favorecidos, as pessoas sujeitas a cuidados, a sociedade e a própria profissão. Pesquisar em Enfermagem, para Polit et al. (2004, p.20),

(...) é a investigação sistemática, destinada a desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para as enfermeiras, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem.

Desta forma, um estudo de investigação inicia-se com um problema que se gostaria de resolver, ou como uma questão a responder. Uma investigação tem como início a escolha de um tema pertinente e pouco estudado.

Assim e conforme Carvalho (2002, p.108),

O tema de uma pesquisa é o assunto que se deseja provar ou desenvolver. Corresponde a uma dificuldade, ainda sem solução, que é mister determinar com precisão, para intentar, de seguida, o seu exame, avaliação crítica e solução.

Partindo deste pressuposto, o tema do projecto de investigação em causa é **“Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável – Opinião dos Idosos do Concelho de Viana do Castelo.”**

Qualquer problema de investigação deve ser argumentado quanto às razões da sua escolha. Assim, a argumentação do problema de investigação visa justificar a pertinência do estudo permitindo, segundo Fortin (2009, p.143),

(...) pôr em evidência os dados do problema, fornecer explicações, demonstrar o interesse dos factos observados, fazer sobressair as relações existentes entre ideias e factos, e justificar a forma como se aborda o problema de investigação.

Assim sendo, esta temática insere-se na área do envelhecimento, considerando-se um tema actual, visto que a população idosa tem aumentado repercutindo-se numa série de adaptações que se exigem à sociedade. Desta forma e citando Silva (2006, p.3)

O envelhecimento da população constitui um fenómeno à escala europeia e mundial, completamente novo, em especial nos países desenvolvidos, nunca antes experimentado pela humanidade, para o qual “a sociedade não se preparou” (Jacques, 2004, p.34), com repercussões na percepção do envelhecimento como fenómeno individual e social, passando pelo impacto na sociedade e no sistema de saúde.

A escolha deste tema também se insere na preocupação relativa ao processo de envelhecimento, que implica mudanças no ser humano não estando este muitas vezes preparado para as encarar. O processo de envelhecimento acarreta um conjunto de alterações importantes que podem ter repercussões negativas na funcionalidade e vulnerabilidade perante as possíveis agressões do meio. (Cobo Domingo, *cit. in* Silva, 2006, pp.7-8)

1.2. Pergunta de Partida e Questões de Investigação

A formulação de um problema de investigação depende, não só da escolha de um tema de investigação, ao qual se reporta a problemática em estudo, como também de uma pergunta de partida que dará origem às questões de investigação. De acordo com Fortin (2009, p.72), a pergunta de partida

(...) constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar.

A pergunta de partida atendeu a determinados critérios, como a qualidade de clareza, de exequibilidade e pertinência. Assim, segundo Quivy e Campenhoudt (2008, p.44),

A melhor forma de começar um trabalho de investigação (...) consiste em esforçar-se por enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida. Com esta pergunta, o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação.

Logo, tendo por base o tema proposto e pressupondo o que foi dito anteriormente, definiu-se a seguinte pergunta de partida “Qual a opinião dos Idosos do Concelho de Viana do Castelo acerca do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável?”. Esta é a grande questão de investigação inicial e que deu origem, como foi dito, a outras questões de investigação. Estas, mais específicas que a pergunta de partida, facilitam a compreensão no âmbito do problema e alicerçaram a construção dos objectivos. Conforme Polit et al. (2004, p.109),

As questões de pesquisa são, (...) a reformulação directa das declarações de finalidade, elaboradas interrogativamente e não como uma declaração. (...) As questões simples e directas convidam a uma resposta e ajudam a focar a atenção nos tipos de dados necessários para proporcioná-la.

Como as questões de investigação estão subjacentes aos objectivos de estudo não serão mencionadas, passando a descrever-se os objectivos que orientam todo o processo de investigação.

1.3. Objectivos de Estudo

Os objectivos de estudo especificam “(...) as variáveis - chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de acção que serve para orientar a investigação.” (Fortin, 2009, p.160)

Relativamente ao objectivo geral de investigação, Marconi e Lakatos (2007, p.24) defendem que este,

(...) torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto. Para Ackoff (1975:27), “o objetivo da ciência não é somente aumentar o conhecimento, mas o de aumentar as nossas possibilidades de continuar aumentando o conhecimento.”

Assim, o objectivo geral que se definiu para este problema de investigação, foi o seguinte: Conhecer a opinião dos Idosos do Concelho de Viana do Castelo acerca do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável.

Quanto aos objectivos específicos, Marconi e Lakatos (2007, p.24) mencionam que estes, podem definir a natureza do trabalho, o tipo de problema a ser seleccionado e as informações a colher.

Desta forma, na sequência da construção do objectivo geral, surgiram os seguintes objectivos específicos:

- Identificar os conhecimentos da pessoa idosa sobre o Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável;
 - Conhecer os estilos de vida dos Idosos face ao processo de envelhecimento;
 - Identificar as emoções experimentadas pelos Idosos face ao envelhecimento;
 - Conhecer os factores que os Idosos identificam como condicionantes do processo de envelhecimento;
-

– Identificar a percepção dos Idosos em relação à morte.

1.4. Revisão da Literatura

A revisão da literatura do estudo de investigação envolve um agregado de conceitos indispensáveis para o desenvolvimento e compreensão do estudo em causa. Para além disso, através da revisão da literatura estabelece-se relações entre os conceitos.

Para Polit et al. (2004, p.125) a revisão da literatura

(...) proporciona aos leitores os antecedentes para a compreensão do conhecimento actual sobre um tópico e esclarece a importância do novo estudo. As revisões de literatura servem, assim, como função integradora e facilitam o acúmulo de conhecimentos.

Assim, tendo em conta o tema em estudo, torna-se relevante clarificar conceitos sobre o envelhecimento que se encontram no cerne da investigação.

Falar de envelhecimento ou de pessoas idosas, é antes de mais uma questão demográfica. Todavia, é fundamental referir que este facto não se deve à existência de Idosos a mais, mas ao declínio de crianças e jovens. (Oliveira, 2010, pp. 14-15)

1.4.1. Envelhecimento Demográfico em Portugal

Antes de se referenciar o crescimento demográfico em Portugal da população idosa, é fulcral salientar que, até uma determinada época, todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos eram consideradas idosas. Porém, actualmente existem pressupostos diversos em relação aos diferentes grupos etários no último ciclo vital da vida. Assim, segundo Eliopoulos (2005, p.31) as pessoas com uma idade de 65 anos podem ser agrupadas como Idoso jovem com idades compreendidas entre os 65 e 75 anos; Idoso com idades compreendidas entre os 75 e 85 anos; Idoso idoso com idades compreendidas entre os 85 e 100 anos e Idoso de elite acima de 100 anos.

Passando agora para a demografia do envelhecimento, segundo Moniz (2003, p.41), “O fenómeno do envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que o envolve.” Em todo o mundo, verifica-se um aumento da população idosa e um declínio da população mais jovem. Estima-se que nas próximas décadas o envelhecimento aumentará no país, como no mundo, mas em momentos e ritmos diferentes. O ritmo tornar-se-á mais lento com o reforço da população idosa na população total.

Fernandes (1997, p.34) alerta que,

O envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações, das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com alguma certeza, que, no mundo civilizado a tendência para o envelhecimento é acentuada.

Outros autores defendem que as alterações demográficas, devido ao aumento da população idosa, têm conduzido a diversas modificações. Costa et al. (1999, p.9) afirmam que,

As alterações demográficas (...) têm provocado na nossa sociedade modificações muito profundas tanto a nível económico, como social; caracterizam a 2ª metade do séc. XX e representam aquilo que os epidemiologistas designam como “transição demográfica”.

Há 40 ou mesmo 50 anos, o envelhecimento não era visto como um problema, mas sim como um fenómeno natural. Desta forma, quando se fala em “transição demográfica” menciona-se a diminuição da taxa de mortalidade e a diminuição da taxa de natalidade. Isto vai de encontro ao que foi afirmado por Pimentel (*cit. in* Moniz, 2003, p.41) em que,

(...) o aumento do número de pessoas idosas só se torna preocupante porque se desenvolve num contexto desfavorável em que associado à diminuição da taxa de natalidade, à crescente instabilidade nos laços familiares, à indisponibilidade da família em dar um apoio efectivo aos seus idosos, à crise dos sistemas de protecção social, à crescente despersonalização das relações sociais, agravam as condições de vida das pessoas mais velhas, excluem-nos dos sectores produtivos da sociedade, remetendo-os para uma posição desfavorável na sociedade.

Conforme os principais indicadores de Saúde para Portugal referidos pela Direcção Geral de Saúde (DGS), a Esperança Média de Vida (EMV) aos 65 anos, entre 2006 – 2008, para o sexo masculino é de 16,25 e para o sexo feminino 19,61. Estes dados demonstram que se está perante um aumento demográfico cada vez mais acentuado. Também é importante salientar que em Portugal a população total é de cerca de 10 627 250, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2007). Desta população total, 1 874 209 tem uma idade superior a 65 anos e 5 922 990 com idade entre os 25 e 64 anos. Através destes dados é visível o grande número de pessoas idosas actual, como também se pode prever a evolução crescente do número de pessoas idosas num futuro cada vez mais próximo.

Segundo dados do INE (2007),

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 17% em 2005. (...) estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando em 2050, 32% do total da população. Em paralelo, a população jovem diminui de 29% para 16% do total da população entre 1960 e 2005 e irá atingir os 13% em 2050.

Estes dados poderão ser comprovados de seguida no gráfico elaborado pelo INE (2007).

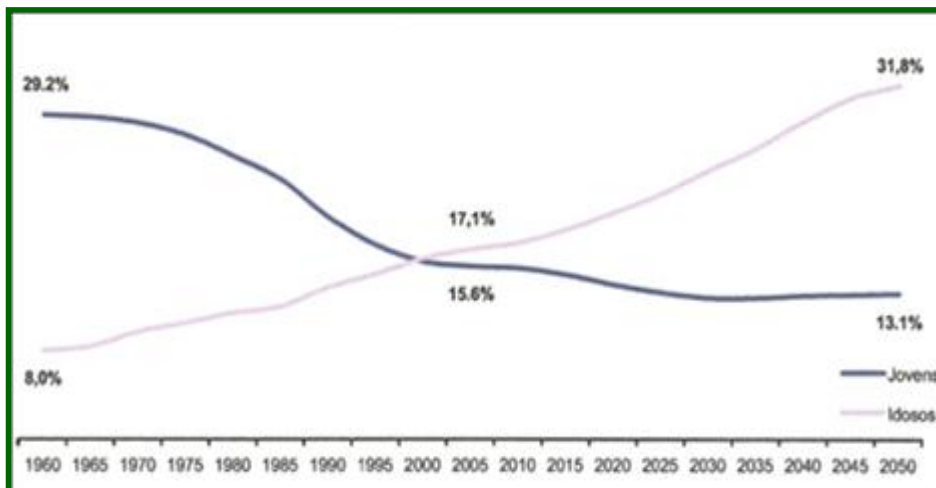


Gráfico 1 – Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população, 1960 – 2050

Fonte: INE, cálculos das autoras a partir dos dados de base (Censos de População, Estimativas e Projecções de População Residente)

O envelhecimento demográfico vai manter-se e agravar-se mesmo que as características socioeconómicas não se mantenham iguais. Acredita-se, segundo dados do INE (2007),

que a percentagem relativa de mulheres e homens idosos seja muito significativa. Este facto está intimamente relacionado com o baixo rendimento económico recebido pela população feminina idosa que, ao longo da vida não teve as mesmas oportunidades no mundo do trabalho. De acordo com alguns estudos (Carrilho e Gonçalves, 2004; Rosa e Vieira, 2003; Figueiredo e Sou, 2000, *cit. in* Silva, 2006, p.15)

(...) não só a população total está a envelhecer como a própria população idosa está igualmente a envelhecer, fenómeno denominado de envelhecimento interno, o que é verificado pelos valores de longevidade traduzido pela percentagem de pessoas com 75 anos e mais anos no grupo de idades idosas que, em 2001 era de 41,4% dos quais, 34% para os homens e 44% para as mulheres.

Esta alteração demográfica deve ser gerida pela sociedade “(...) ora racionalizando um conjunto de recursos, ora encontrando respostas (...)”. As respostas encontradas deverão “(...) apresentar soluções para o fenómeno de duplo envelhecimento da sociedade.” (Costa et al., 1999, p.11)

Em suma e referindo o autor acima mencionado (1999, p.53),

O envelhecimento da população tornou-se uma das principais preocupações dos intervenientes no domínio da saúde e começa a influenciar profundamente a prática dos cuidados.

No futuro e conforme Costa et al. (1999, p.53), os Idosos apresentarão um

(...) maior nível de educação e uma maior probabilidade geral de terem reforma, principalmente no que se refere às mulheres, que continuarão a ser o grosso desta população.

Pode-se concluir que nos próximos anos, o número de pessoas com 65 ou mais anos continuará a aumentar e que, segundo o INE (2007), no futuro o número de Idosos subirá de 115 para 243 Idosos por cada 100 jovens. Através destes dados, será necessária uma maior solidariedade entre gerações, na medida em que haverá cada vez menos jovens e adultos e cada vez mais pessoas idosas, especialmente a grande maioria do sexo feminino. Num futuro cada vez mais próximo, poder-se-á encontrar famílias em que coabitem três e quatro gerações, tornando-se possível a interacção de pessoas com idades muito distintas, em fases diferentes do seu processo de envelhecimento.

1.4.2. Idoso e Envelhecimento

O Homem envelhece de forma gradual. O envelhecimento acontece progressivamente na vida de uma pessoa sem que esta dê por isso. Seguindo estes pensamentos, Laganière (*cit. in* Berger e Poirier, 1995, p.124) diz que,

(...) os indivíduos de um mesmo grupo demográfico apresentam muitas vezes um caminhar variável no horário de envelhecimento; certos idosos podem mesmo conservar níveis de desempenho semelhantes aos de grupos mais jovens.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (*cit. in* Oliveira, 2005, p.10) a pessoa idosa, é considerada aquela que já completou 65 anos. O mesmo afirma Fernandes (2002, p.35) quando refere que embora,

(...) o indivíduo seja considerado idoso quando atinge a idade de 65 anos (...) corre maiores riscos, porque esta fase da vida é rica em transformações nos planos físico, psíquico e social, de origem interna ou externa.

Apesar de se tratar de uma nova fase do ciclo de vida, os Idosos, ainda são associados à inutilidade devido à idade. Esta afirmação enquadra-se com Valente (*cit. in* Fernandes, 2002, p.30), onde defende que na sociedade “(...) predomina uma noção de velhice baseada em critérios de estatuto e de idade.” Todavia, é erróneo pensar desta forma, visto que de dia para dia os seres humanos envelhecem cada vez mais. Para Baldassin (1993, p.492) “(...) a velhice não se define só pelo calendário (...) começamos a envelhecer no dia em que nascemos.”

Torna-se então fundamental definir velhice, que segundo Silva (2006, p.4), esta é um

(...) estado ou condição de velho, sinónimo de idoso, de idade avançada, período do ciclo da vida humana que sucede à idade madura, venerável, digno de respeito (Morais, 1994), apresentando-se com uma dimensão biológica e uma dimensão cultural.

Conclui-se que a evolução do Homem ao longo do seu percurso de vida pode acarretar mudanças nos estilos de vida, mas que não deve implicar diferença de direitos enquanto

peessoa. Conforme Berger e Poirier (1995, p.6) “A velhice é um período importante da vida, com as suas vantagens e com os seus inconvenientes.” Como representação da última fase do ciclo vital, as pessoas encontram-se mais frágeis, podendo aparecer algumas deficiências e uma diminuição da actividade física e mental.

Na verdade, existe um paradoxo em relação à velhice por parte de muitas pessoas, visto que gostariam de viver por muitos anos, mas, em simultâneo, têm receio de ser velhas. Como se sabe, a única forma de não se ser velho é morrer cedo. Contudo, como ninguém deseja morrer cedo, é importante sensibilizar as pessoas a desenvolverem estratégias e atitudes que lhes permitam desfrutar de uma velhice bem sucedida quer a nível físico, psíquico e social. Assim, a velhice deve incidir na relação de saúde/doença sendo crucial manter a qualidade de vida através da manutenção da saúde e do bom funcionamento bio-psico-social.

O ser humano, é preparado para a fase adulta desde que nasce, passando pela fase de adolescência. O mesmo acontece na velhice com a preparação através da envelhescência. Com a introdução deste novo termo, Vieira (1996, p.55) diz que esta “(...) é uma nova instância ou fase no processo de amadurecimento do indivíduo que, até então, era dividido entre infância, adolescência, maturidade e velhice.”.

De acordo com as ideias anteriores mencionadas, a sociedade deve estar consciencializada de que os Idosos são pessoas sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção atribuída aos seus feitos e actos (Berger e Poirier, 1995, p.65). Tal como refere Oliveira (2010, p.28), existem

(...) factores que agravam a imagem negativa do idoso frente a si mesmo (auto-imagem e auto-estima) e frente aos outros, como a reforma, o casamento ou a viuvez, as condições de saúde, a sexualidade, a família, a situação económica e financeira, o estatuto sócio-económico, a etnicidade, etc.

Desta forma e tendo em consideração o que foi referido precedentemente, Berger e Poirier (1995, p.165) dizem ainda que o envelhecimento pressupõe que o homem se torne num ser ainda mais maduro, já que conservar a maturidade adquirida anteriormente, é fácil. No entanto, e reportando-se aos mesmos autores, “O principal

inimigo do ser humano que envelhece é o próprio, e a única vitória importante é a vitória sobre si próprio.”.

Ser idoso nem sempre é fácil, pois além de ter de superar todas as provações da sociedade, importa superar as situações de si mesmo.

Exposto o conceito “velhice”, torna-se importante referir também o conceito de envelhecimento, apesar de um estar directamente ligado ao outro. Actualmente, a Enfermagem disponibiliza de uma linguagem universal designada por CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Esta permite uma descrição da prática de enfermagem facilitando a comparação dessas mesmas práticas entre cenários clínicos, populações, áreas geográficas ou tempo diferentes. Desta forma, nada mais correcto do que definir envelhecimento segundo esta linguagem. Assim, de acordo com a CIPE 1.0[®] (2006, p.53) o envelhecimento é um,

Desenvolvimento Humano com as características específicas: Processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras; perda de pêlos e pele fina e enrugada.

Assim sendo, o envelhecimento trata-se de acontecimento natural e que é comum a todos os indivíduos, segundo Vieira (1996, p.52) “(...) não é um acidente de percurso e sobrevêm de um determinado programa de crescimento e maturação em várias dimensões.”

Todavia, o envelhecimento humano subdivide-se em envelhecimento primário e secundário. “O envelhecimento primário refere-se ao processo de senescência normal (...)” (Berger e Poirier, 1995, p.126). A senescência é um processo natural que designa uma degenerescência patológica associada à velhice, mas com origem em disfunções orgânicas. Nesta ocorre uma modificação nas qualidades e sobrevivência fundamentais à vida sendo substituídas por outras. Pode-se afirmar que se trata de um processo de adaptação a uma nova realidade. Por sua vez, o envelhecimento secundário refere-se “(...) ao aparecimento, com a idade, de lesões patológicas muitas vezes múltiplas, mas

que se mantêm potencialmente reversíveis.” (Berger e Poirier, 1995, p.126) Neste tipo de envelhecimento, o idoso apresenta mais dificuldade em se adaptar devido à existência de lesões associadas à evolução contínua do envelhecimento. Porém, a distinção entre o envelhecimento primário e secundário nem sempre é efectuada de uma forma precisa, uma vez que, “Certos problemas fisiológicos e certas doenças que acompanham o envelhecimento são muitas vezes confundidos com as manifestações do envelhecimento normal.”

Em suma, torna-se importante salientar, que a velhice deve ser integrada no âmbito mais amplo do envelhecimento. Para além de uma questão social é um assunto político e económico. O envelhecimento representará um aumento na dependência dos cidadãos, com efeitos sobre a capacidade de crescimento económico da sociedade, perda de capacidade de poupança por parte dos Idosos, maior despesa social em reformas, aumento dos cuidados de saúde e na assistência na dependência. (Silva, 2006, p.6)

1.4.2.1. Processo de Envelhecimento

Como já se referiu anteriormente, por enquanto, envelhecer é inevitável. De acordo com Ermida o envelhecimento (*cit. in* Cabete, 2005, p.5) trata-se de um “(...) processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece com o passar do tempo”. Assim sendo, pode-se contrapor envelhecimento normal de envelhecimento patológico. Para Costa et al. (1999, p.43), “o envelhecimento normal, (...) é razoavelmente uniforme em cada espécie, no respeitante ao seu início e evolução”.

Desta forma envelhecer, para Berger e Poirier (1995, p.145), é um processo multidimensional, que “(...) comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano.”

O processo de envelhecimento é composto por uma sucessão de modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas.

Squire (2005, p.15) afirma que,

Estes factores variam grandemente e não ocorrem ao mesmo tempo nem estão necessariamente relacionados com a idade cronológica de uma pessoa. (...) não ocorrem isoladamente e diferentes factores podem combinar-se, influenciando o futuro estado de saúde de uma pessoa idosa.

Estas alterações são irreversíveis e surgem antes das modificações externas do indivíduo com aspecto de velho. (Salazar, *cit. in* Hernández et al., 2000, p.9)

Torna-se assim importante referir, que o processo de envelhecimento pode ser influenciado pelo estilo de vida, meio ambiente ou mesmo factores genéticos e hereditários. Botelho et al. (*cit. in* Moniz, 2003, pp.48-49) considera “(...) que as alterações provocadas pelo envelhecimento no organismo, não devem ser encaradas como doenças, mas sim como alterações naturais de estruturas do organismo.”

Tratando-se de um processo natural, o envelhecimento revela-se de forma positiva estando relacionado com uma maior eficácia de medidas preventivas de saúde, ao avanço da ciência em saúde, melhores intervenções e na consciencialização de que cada um é o principal promotor de saúde.

Assim, é fundamental compreender estes tipos de envelhecimento e conforme Cabete (2005, p.8), o envelhecimento biológico compreende

(...) a lentificação de processos e de perda de capacidades, como sejam a diminuição da captação máxima de oxigénio, do débito cardíaco, da função renal, da função digestiva e da água intracelular, entre outros aspectos.

Tendo em conta o que foi dito anteriormente, Moniz (2003, p.49) salienta que a idade biológica está intimamente relacionada ao envelhecimento orgânico, onde ocorre uma diminuição de funcionamento dos órgãos e uma melhor eficácia da sua auto-regulação.

Quanto ao envelhecimento psicológico, Moniz (2003, p.50) afirma que este relaciona-se com o comportamento do idoso em relação às mudanças do ambiente, incluindo a

memória, a inteligência e as motivações. Segundo este autor “A manutenção destas actividades permitirá uma boa auto-estima e a conservação de um bom nível de autonomia e de controlo sobre si.”.

Os problemas psicológicos e emocionais dos Idosos, normalmente, não passam despercebidos. De acordo com Squire (2005, p.24)

A saúde psicológica das pessoas idosas evoca, muitas vezes, uma imagem muito negativa; na melhor das hipóteses, perda de memória e confusão, e na pior das hipóteses, senilidade.

Ainda segundo a mesma autora (2005, p.24),

Se as pessoas idosas virem a deterioração física e mental como estando para além do seu controlo, é provável que reduzam os seus mecanismos ou actividades de adaptação e desistam.

Relativamente ao envelhecimento social, Hernández et al. (2000, p.9), defendem que este designa o papel que os indivíduos devem desempenhar na sociedade onde se desenvolvem. Porém, esta forma de classificação, segundo os mesmos autores, pode ser considerada discriminatória, porque não leva em conta as habilidades e atitudes pessoais em relação às actividades da vida quotidiana e é apenas marcado pela cessação de actividade profissional.

Na idade social a grande preocupação centra-se na prática social e nas restrições económicas. Estes aspectos afastam o Homem “(...) da vida profissional activa, originando consequências por vezes devastadoras nos planos familiar, profissional e social.” (Ermida, 1995, p.44)

Em suma, e referindo Moniz (2003, p.50), o envelhecimento é

(...) um processo no qual intervém várias componentes, (...) e não segue uma evolução linear para todas as pessoas. É um processo influenciado pelo contexto social e cultural em que a pessoa se insere e é vivido de forma variável por cada pessoa.

Contudo, de acordo com alguns autores a compreensão do envelhecimento está longe de ser esclarecida. Segundo Ermida (1995, pp.45-46)

Se o início e as etapas do envelhecimento assentam em alterações estruturais e funcionais suficientemente significativas e evidenciáveis, as causas e a natureza do processo estão ainda longe de se considerarem esclarecidas.

Na tentativa de explicar todas as modificações devidas ao processo de envelhecimento, foram elaboradas algumas teorias acerca do mesmo. Seguidamente são apresentadas seis teorias que tentam explicar todo o processo de envelhecimento segundo Filho e Netto (2006) e Berger e Poirier (1995).

Teoria Imunitária – refere que o envelhecimento resulta da formação de anticorpos que agredem as células sãs do organismo por parte do sistema imunitário.

Teoria Genética – refere que o envelhecimento é um processo sucessivo e consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares.

Teoria do Erro na Síntese Proteica – defende que o envelhecimento resulta da morte celular, isto é, ocorrem alterações na molécula de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) que, por sua vez, alteram a informação genética levando à formação de proteínas incapazes de exercer as suas funções.

Teoria do Desgaste – refere que a morte ocorre, porque os organismos não se podem renovar constantemente, acumulando danos ao longo da vida.

Teoria dos Radicais Livres – defende que os radicais livres no envelhecimento provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transforma-os em substâncias que envelhecem as células. Esta teoria pertence às designadas teorias catastróficas do envelhecimento nas quais os fenómenos surgem ao acaso e têm um impacto prejudicial sobre o organismo.

Teoria Neuroendócrina – refere que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuroendócrinas.

Como se pode verificar através de todas estas teorias, o envelhecimento é um processo complexo e difícil de se esclarecer.

1.4.3. Envelhecimento Activo

Considerando a complexidade das dinâmicas do envelhecimento e as suas repercussões a nível da sociedade, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) em Portugal, tendo em atenção que

O envelhecimento demográfico assim como todas as alterações no padrão epidemiológico quer na sua estrutura, quer nos comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinar novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

De acordo com o que foi afirmado anteriormente, houve a necessidade de criar uma articulação entre os Serviços de Saúde e a Rede de Cuidados Continuados de Saúde onde pode ser confirmada na Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro. Assim sendo e conforme o preconizado pelo referido Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006, p.5),

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível constitui, assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

Este Programa visa para os Idosos

(...) a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida (...)

Cada vez mais se deve pensar no envelhecimento com uma atitude preventiva e promotora, envolvendo múltiplos sectores. Pode-se caracterizar o envelhecimento como

um processo natural e universal, multidimensional, dinâmico, inevitável, irreversível, individualizado e variável, uma vez que as pessoas não envelhecem da mesma forma, nem no mesmo espaço temporal. Envelhecer significa crescer em anos, tornar-se mais velho, pelo que nesta perspectiva é um conceito universal, mas não significa que os indivíduos vivam experiências iguais, em que o tempo é uma constante, mas a experiência diferencia-os (Costa, 1999, p.47).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006, p.15) tem como objectivos:

- Promover um Envelhecimento Activo, ao longo de toda a vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Também como manifestação da preocupação social em relação à qualidade do processo de envelhecimento desenvolveu-se um conceito de Envelhecimento Activo da OMS e defendido na II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento que está dependente “(...) de uma variedade de influências, ou determinantes (...)” envolvendo “(...) indivíduos, como as famílias e as próprias nações. (...)”. (Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas, 2006, pp.8-9) Então, a OMS (2002) define que o

Envelhecimento Activo é o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

Desta forma, este conceito alicerça-se sobre três pilares designados por determinantes do Envelhecimento Activo. Esses pilares são a Saúde, Participação e Segurança. No que respeita à Saúde, este tem como objectivo manter os factores de risco baixos e os factores de protecção elevados, permitindo uma maior qualidade e quantidade de vida. Quanto à Participação, tem como propósito o apoio à participação integral em

actividades socioeconómicas, culturais e espirituais, permitindo aos Idosos contribuírem para a sociedade. A Segurança, requer a intervenção política na segurança social, física e financeira, assegurando assim a protecção, dignidade e assistência quando os Idosos já não o podem fazer. (OMS, 2002)

Assim, os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas e programas de Envelhecimento Activo, de forma a melhorarem a saúde, a participação e a segurança dos Idosos. Estas políticas devem ser baseadas nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas idosas. O Envelhecimento Activo não se aplica somente a indivíduos, também é aplicado a grupos populacionais.

Ainda de acordo com a OMS (2002),

O envelhecimento activo permite que as pessoas percebam o seu potencial físico, social, mental e bem-estar ao longo da vida e de participação na sociedade, proporcionando-lhes simultaneamente uma protecção adequada, segurança e cuidado quando eles precisam.

O Envelhecimento Activo implica uma actuação multidisciplinar e interdisciplinar na intervenção para a promoção da saúde das pessoas mais idosas. Conforme o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006, p.8),

Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade (...) pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias.

Ser activo, segundo a OMS (2002),

(...) refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas (...) podem continuar a contribuir activamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países.

Desta forma, pode-se concluir que o Envelhecimento Activo tem como objectivo aumentar a expectativa de vida saudável assim como, a qualidade de vida. Este objectivo não só se destina a todas as pessoas que estão a envelhecer como também às que se encontram frágeis, fisicamente incapacitadas e que necessitam de cuidados.

Em suma, a política de Envelhecimento Activo preconizada pela OMS tem como grande meta, manter a autonomia e independência para as pessoas idosas. Para além disso, conforme a OMS (2002), o

Envelhecimento ocorre dentro do contexto de amigos, colegas de trabalho, vizinhos e familiares. É por isso que a interdependência, bem como a solidariedade intergeracional são princípios importantes do envelhecimento activo.

Pode-se concluir que devido ao aumento da população idosa foi necessário que o Ministério da Saúde criasse estratégias de sustentação social promotoras de um Envelhecimento Saudável com a intervenção de vários sectores da sociedade.

1.4.4. Estilos de Vida no Envelhecimento

Envelhecer de uma forma saudável implica um estilo de vida que envolva comportamentos fomentadores do equilíbrio na saúde.

Estilos de vida é uma expressão habitual para referir a forma como uma pessoa ou mesmo grupo de pessoas compreendem a vida e a experimentam viver através de comportamentos, expressos sob a forma de hábitos, rotinas ou formas de vida adaptadas ao dia-a-dia e padrões de consumo.

O estilo de vida é constituído pelas condições de vida e relações que, de certa forma, ultrapassam o conjunto da produção e da vida política e social, relacionando-se com a satisfação das necessidades e dos desejos quotidianos dos Homens. Neste conceito a saúde e a educação estão fortemente interligadas. A manutenção de uma boa saúde e a prevenção das doenças deve ser feita toda a vida, daí que a aquisição de conhecimentos e competências, necessários para evitar ou reduzir estes riscos, devem começar desde o

início do processo de socialização do indivíduo. Os riscos para a saúde começam ainda na infância, e devem ser constantemente renovadas até à idade adulta e prolongadas durante toda a vida (WHO, 2002, Powles JW et al. 2005, Rodgers A et al. 2004)

De acordo com Bourdieu (1983), “A forma como as pessoas vivem e as escolhas que fazem, é parte do que se denomina Estilo de Vida.”. Todavia, é importante salientar que somente se considera “parte”, pois algumas opções de vida são decididas devido ao contexto no qual se vive, à cultura da religião, a hábitos que são adquiridos na família e na sociedade e com todo conhecimento acumulado sobre a saúde que se dispõe em determinados momentos.

O estilo de vida tem especial importância no envelhecimento, mas desde muito cedo se deve optar por estilos de vida saudáveis. É difícil negar a influência que exercem na saúde aspectos como a dieta, consumo de tóxicos, horários, a prática de actividade física ou mesmo o sedentarismo. (Martín et al., 2008, p.563)

Desta forma e conforme Bourdieu (1983), conclui-se que

Construir uma vida saudável implica em adoptar certos hábitos – como é o caso da actividade física e da alimentação saudável – enfrentar condições ou situações adversas; e também estabelecer relações afectivas solidárias e cidadãs, adoptando uma postura de ser e estar no mundo com o objectivo de bem viver.

Assim, como já se pôde constatar, de entre todos os elementos dos estilos de vida existentes pode-se encontrar a actividade física, os hábitos alimentares e por fim, mas não o menos importante, as crenças e valores de cada ser humano.

A actividade física é definida, segundo Filho e Netto (2006, p.699), como sendo um movimento corporal resultante de contracção muscular onde ocorre gasto de energia maior do que em repouso. Esta pode ser exemplificada através de desportos, exercícios físicos, alguns trabalhos de lazer e actividades utilitárias. Assim, conforme esta definição conclui-se que a actividade física é um conjunto de movimentos e que o exercício físico é uma especificidade da mesma.

Um dos objectivos da actividade física é a manutenção da capacidade funcional, visto que previne e reduz algumas incapacidades funcionais que advêm do envelhecimento. (Saldanha e Caldas, 2004, p.145) Para além disto, a actividade física apresenta benefícios psicossociais, pois favorece a criação de laços de amizade com outros indivíduos da mesma idade ou mesmo mais novos.

Para o Ministério da Saúde (2007), a actividade física

(...) melhora a força, o equilíbrio, a coordenação, a flexibilidade, a resistência, a saúde mental, o controlo motor e a função cognitiva. Ajuda a prevenir as quedas (a maior causa de incapacidade entre a população idosa).

Todavia, é importante reter que a prática de actividade física está principalmente ligada à pessoa do que ao próprio ambiente e que a inactividade, para Vieira (1996, p.23)

(...) faz parte dos factores de risco de uma série de doenças e, portanto, a manutenção de um esquema de exercícios constantes, vai influenciar a forma como envelhecemos e o nível de qualidade de vida e satisfação pessoal.

Cada vez mais se deve educar os Idosos para a prática de exercício físico ou mesmo uma outra actividade física qualquer. Os Idosos devem possuir a ideia de que o exercício regular, citando Filho e Netto (2006, p.688),

(...) é benéfico para evitar diversas alterações produzidas pelo envelhecimento. Em nível psíquico produz sensação de bem-estar, diminuindo a ansiedade e a depressão. A melhora da capacidade física gradualmente aumenta a autoconfiança, podendo determinar uma vida mais activa.

Outro elemento que pode condicionar os estilos de vida e com um papel influenciador ao longo de toda a vida é o hábito alimentar. Como se sabe o envelhecimento acarreta modificações como a alteração do gosto e do olfacto. Para além disso, há uma gestão insuficiente de energias armazenadas e da utilização dos nutrientes por parte do organismo, o que aumenta o risco de défices nutricionais. (Ferry e Alix, 2004, p.9)

Para Eliopoulos (2005, p.113), a grande capacidade do organismo para a defesa contra doenças, manutenção estrutural e anatómica, presença de energia e vontade na partilha de vida social, deve-se essencialmente ao estado nutricional.

Seguindo esta afirmação, conclui-se que um hábito alimentar adequado é um “(...) factor primordial para a preservação e/ou recuperação da saúde do idoso.” (Saldanha e Caldas, 2004, p.126) Para além disto, nos Idosos os riscos nutricionais estão directamente interligados com a carência, tornando-se necessário prevenir e despistar mais precocemente possível as carências nutricionais. Porém, deve-se ir para lá dos aspectos de saúde, visto que a dimensão psicológica e social é fundamental no acto de alimentar nos Idosos. (Ferry e Alix, 2004, p.9)

Normalmente, a alimentação dos Idosos difere pouco das dos indivíduos mais jovens, no entanto é importante ter em atenção certas especificidades. No caso dos Idosos há especial cuidado à falta de ácidos gordos essenciais, cálcio e vitaminas B, D e E. (Ferry e Alix, 2004, p.10)

Por fim e como já foi dito, as crenças e valores de cada ser humano podem ser muito condicionantes da forma de viver e das experiências que decide ter.

Todas as pessoas, de uma maneira geral, necessitam de se sentirem integradas dentro de um grupo social, onde existe escalas de valores e crenças que de certa forma determinam o valor moral e ético dos comportamentos que se colocam em manifesto. (Hernández, 2000, p.73)

As crenças e valores dos Idosos podem orientar a forma e o tipo de procura de ajuda, estruturando a sua coragem interior, proporcionando o desenvolvimento da espiritualidade. Essas dimensões possibilitam a compreensão da sua existência como também da morte.

1.4.5. Factores que condicionam o Envelhecimento

O estilo de vida que a pessoa tem ao longo da sua vida vai condicionar toda a dinâmica do processo de envelhecimento. No decorrer de todo o processo existem mudanças que requerem constantes adaptações exigindo força, flexibilidade e habilidade. (Eliopoulos, 2005, p.60) Porém, nem sempre as mudanças que ocorrem durante este processo são positivas tornando-se factores condicionantes ao longo do envelhecimento. Mais uma vez estes factores podem condicionar ao nível biológico, psíquico e social.

De entre os factores condicionantes do envelhecimento podem residir as situações de doença, problemas familiares, a passagem do mundo de trabalho para a reforma como também algumas emoções.

Enquanto se envelhece experimenta-se mudanças normais e esperadas devido ao mesmo. Assim, não se deve considerar que envelhecer é sinónimo de adoecimento, mas é verdade que a probabilidade de adoecer aumenta consoante a idade. Este facto é devido às mudanças ditas normais, mas que tornam a pessoa idosa mais vulnerável à doença do que uma pessoa jovem. (Saldanha e Caldas, 2004, p.118)

É importante realçar que a velhice não é uma doença e quando se trata de um idoso, maioritariamente, é devido ao aparecimento de doença que conduz a uma diminuição das suas capacidades e não porque está velho.

Vieira (1996, p.163) diz que a velhice é uma

Etapa da vida que se segue à maturidade e que apresenta efeitos específicos sobre o organismo do homem, devido ao passar dos anos. Fase de continuação da vida, pejorativamente encarada como fase de doenças, de deteriorações e “rabugices” (...).

Grande parte dos Idosos goza de saúde física, mental e social, sendo pessoas independentes, mesmo atingindo idades bastante avançadas. Porém a doença é um “(...) factor determinante no processo individual do envelhecimento.” (Ermida, 1999; Hall et

al., 1997; *cit. in* Cabete, 2005, p.12) Os problemas de saúde apresentados pelos Idosos são essencialmente crónicos, sendo que estes podem possuir duas ou mais patologias.

Actualmente, introduziu-se um novo conceito devido à doença no envelhecimento, este é designado por “peso da doença” ou *disease burden*. Este conceito refere a “(...) relação directa do impacto colectivo que uma ou mais doenças crónicas têm na capacidade de os indivíduos manterem uma vida autónoma.” (Cabete, 2005, p.13)

Ainda de acordo com o mesmo autor, não se deve rotular os Idosos de que são pessoas doentes e incapazes, mas deve-se consciencializar as pessoas de que de facto a incidência de doenças é maior com o aumento da idade.

Para aceitação deste processo é muito importante o papel da família como factor condicionante de um Envelhecimento Saudável.

A família exerce um papel fundamental em todas as fases do ciclo vital, mas deve-se considerar quem é a família do idoso. Nem sempre a dinâmica familiar proporciona ao idoso efeitos positivos. Segundo a CIPE 1.0[®] (2006, p.171) a família é um

Grupo com as características específicas: Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.

Conforme a pessoa envelhece a sua família altera-se, mais concretamente a posição assumida por cada membro dentro da mesma. De acordo com Zimmerman (2000, p.51) “Os papéis vão-se modificando e a relação de dependência torna-se diferente.”. O idoso, que já teve filhos a seu cuidado passa agora a necessitar de assistência podendo tornar-se dependente deles ou de outros entes próximos. Esta mudança de papéis nem sempre é bem aceite no seio das famílias, pois, por vezes, existem elementos que não sabem lidar com elas. Desta forma, sendo a família vital para o bem-estar dos Idosos e para que estes façam parte activa na mesma, deve existir mais apoios ao idoso e família, a fim de

facilitar a adaptação às mudanças provocadas pelo envelhecimento. (Zimerman, 2000, p.52)

Actualmente, sabe-se que os Idosos gostam de ser pessoas totalmente independentes, tendo a sua própria residência, mas a uma distância relativamente perto dos seus filhos. Daqui pode-se concluir que os Idosos combinam a interacção familiar estando próximos da casa dos seus familiares mais chegados e, ao mesmo tempo, usufruem da privacidade protagonizada pelo seu lar. (Hamilton, 2002, p.144)

É importante sensibilizar as famílias para o facto de que os Idosos foram parte activa na sua construção e estas não somente devem proporcionar uma vida mais longa como também melhor.

Para facilitar este processo de sustentação de uma vida com qualidade aquando do processo de envelhecimento, tem um grande contributo a reforma, pois pode proporcionar uma maior ou menor autonomia em relação às decisões de compra de bens.

Nos dias de hoje a reforma não é vista como uma recompensa por uma vida dedicada ao trabalho, mas como um final de linha onde o indivíduo experimenta o sabor amargo do não fazer nada, podendo iniciar um processo de perda de identidade (Saldanha e Caldas, 2004, p.312)

A reforma é um dos outros aspectos que traduz o aparecimento da palavra velhice na vida de uma pessoa, o anúncio do seu início. Nos dias de hoje, a maioria das pessoas não deixa de trabalhar devido às suas capacidades físicas ou mentais, mas porque atingiu a chamada idade da reforma. Conforme Wilson (*cit. in* Squire, 2005, p.14),

(...) o dinheiro tem uma importância vital num envelhecimento bem-sucedido, uma vez que mantém a independência e a autonomia, permitindo às pessoas idosas o acesso a um padrão de vida aceitável.

Uma boa reforma proporciona aos Idosos um Envelhecimento Saudável, através da qualidade de vida, autonomia e mesmo independência. Para além disso, com uma

reforma aceitável muitos Idosos, em termos de saúde, têm um leque mais amplo de oportunidades do que aqueles que recebem muito menos.

A reforma apesar de significar o fim da vida laboral não impede uma mudança extrema na vida do idoso. Segundo revela Comfort (*cit. in* Saldanha e Caldas, 2004, p.68), “(...) os idosos têm a necessidade de se manter activos, se sentir úteis e manter vínculos sociais.” Para além disto, Saldanha e Caldas (2004, p.59) ainda realçam que “(...) os idosos querem ser aceites como seres humanos com necessidades e possibilidades especiais, querem ter direitos e não querem ser discriminados.”

Outro dos factores que podem condicionar o envelhecimento são as emoções vividas durante todo o processo devido a diversas situações. Segundo Lelord e Christophe (2002, p.19) a emoção é definida como sendo “(...) uma reacção súbita de todo o nosso organismo, com componentes fisiológicos (o nosso corpo), cognitivos (o nosso espírito) e comportamentais (as nossas acções).”.

Porém, Coleman (*cit. in* Freitas-Magalhães, 2007, p.81) considera que a emoção é um estado complexo de sentimento que inclui a experiência consciente, respostas internas e explícitas e a energia para provocar a acção do organismo. Assim sendo, esta dinâmica promove no corpo emoções que posteriormente serão sentidas.

Os sentimentos para Damásio (2003, p.20) são definidos como uma

(...) expressão do florescimento humano ou do sofrimento humano, na mente e no corpo. Os sentimentos não são uma mera decoração das emoções, qualquer coisa que possamos guardar ou deitar fora. Os sentimentos podem ser e geralmente são, revelações da vida dentro do organismo.

Desta forma, o sentimento é algo com que cada ser humano anda e diferenciam-se das emoções, pois estes prolongam-se no tempo. (Vitória, 2008)

No entanto, tendo em consideração a ciência neurológica, as emoções são classificadas de três formas distintas, as emoções de fundo, emoções primárias e emoções sociais.

As emoções de fundo são detectadas através de pequenos pormenores como a velocidade dos movimentos ou até a grande contracção de músculos faciais. Contudo, este tipo de emoções é considerado o mais vago e comporta interferência de incitadores internos. Estas podem ser relatadas como sendo o entusiasmo, desencorajamento, tensão, calma, mal-estar e bem-estar.

No que respeita às emoções primárias, também podendo ser definidas como universais, pois são partilhadas por todas as culturas e estando associadas a estados físicos, são mais pontuais e manifestam-se como sendo alegria, tristeza, felicidade, medo, cólera, surpresa, raiva e repugnância.

Quanto às emoções sociais, emergem devido à relação sócio-cultural e podem manifestar-se como simpatia, compaixão, embaraço, vergonha, culpa, orgulho, inveja, ciúme, admiração e desprezo. (Damásio, 2003, p.62)

Conclui-se que os sentimentos caracterizam o estado interior de carácter privado dos Idosos e as emoções são dirigidas para o exterior tornando-se públicas. Estas são descritas por expressões corporais, enquanto que, os sentimentos estão relacionados com a mente. Nos Idosos assim como nas outras fases de vida do ser humano, os sentimentos são o resultado de todas as emoções e afectos experimentados ao longo da vida. Estes acompanham os Idosos ao longo do tempo e são caracterizados por se manifestarem em média intensidade.

A pessoa, qualquer que seja a sua idade permanece pessoa e merece ser tratado com o máximo de dignidade até ao último momento do seu percurso de vida.

1.4.6. Percepção da Morte

Esta certeza de que o idoso tem em relação de estar a percorrer a sua última jornada de vida pode intervir no envelhecimento negativamente. Pensar que a morte está cada vez mais próxima não pode ser um pensamento agradável para qualquer ser humano. Torna-se importante mencionar que actualmente cada vez mais se tende a isolar, a ignorar e a

esconder os Idosos, por serem a lembrança viva de que todos um dia terão de enfrentar a morte.

A morte está duplamente mais presente na vida do idoso, visto que este corre o risco de no dia seguinte o seu médico lhe anunciar que sofre de uma doença grave ou mesmo a perda de pessoas próximas que vão desaparecendo. (Fontaine, 1999, pp.175-176)

Conforme Filho e Netto (2006, p.756) os Idosos

(...) podem desejar morrer antes de experimentar gradualmente a diminuição das forças e energias. O seu desejo de morrer frequentemente é uma resposta à solidão e ao isolamento que lhes são impostos.

Para além desta experiência de solidão e de isolamento os Idosos vão se apercebendo que não viverão para sempre, mas em muitos casos estes negam essa realidade. A negação pode ser analisada através da ausência de um testamento ou de planos para o funeral. De acordo com Eliopoulos (2005, p.67) quando a realidade da morte se acentua a pessoa idosa demonstra frequentemente alguns sinais como o interesse em realizar os seus sonhos, aprofundar as crenças religiosas, fortalecer laços familiares, fornecer o bem-estar contínuo à sua família e deixar uma herança.

Em suma e citando Filho e Netto (2006, p.762), “O envelhecer e o morrer estão na trilha do ser, e somos unilateralmente manipulados, educados para o ter e o fazer”., concluindo-se que tal como o envelhecimento, a morte é algo inevitável, sabendo que desde o momento de nascimento ela poderá estar sempre presente.

PARTE II. FASE METODOLÓGICA

Para a elaboração de um estudo de investigação, é necessário fazer um plano de como irá decorrer, de modo a que se definam, logo à partida, quais as actividades que são imprescindíveis de se desenvolver.

A fase metodológica, reporta-se aos métodos e instrumentos do estudo, abordando todos os aspectos inerentes à investigação, de forma a garantir uma melhor percepção de todo o estudo efectuado (Polit et al., 2004, p. 33).

2.1. Tipo de Estudo

O início da fase metodológica acontece com o desenho da investigação, em que nele estão presentes todos os passos realizados ao longo deste processo. O desenho de investigação segundo Burns e Grove (*cit. in* Fortin, 2009, p.214)

Além de fornecer um plano, que permite responder às questões (...), o desenho especifica os mecanismos de controlo que servirão para minimizar as fontes potenciais de enviesamento que colocam o risco de afectar a validade dos resultados do estudo.

De acordo com a problemática em estudo a recolha e análise dos dados efectuou-se com base no método qualitativo, pois segundo Ribeiro (2007, pp.65-66)

A Investigação Qualitativa tem por objectivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais (...) é um trabalho de proximidade e interactivo, dado que exige o contacto face a face com um indivíduo, com um grupo, ou a observação do comportamento (...) o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam, experimentam os acontecimentos em estudo.

Quanto a Polit et al. (2004, p.49) nos estudos qualitativos o investigador colhe essencialmente dados qualitativos como sendo descrições narrativas. De acordo com o mesmo autor, a informação pode ser obtida através de conversas ou mesmo anotações sobre os comportamentos em meio natural dos entrevistados.

Tratando-se de um processo de trabalho intensivo a análise dos dados recolhidos através das entrevistas só se tornou possível recorrendo à sua análise de conteúdo. Assim, segundo Bardin (2008, p.33) esta

(...) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Neste sentido torna-se imprescindível que um investigador que faça uma entrevista, de acordo com Bardin (2008, p.90), deve conhecer

(...) a riqueza desta fala, a sua singularidade individual, mas também a aparência por vezes tortuosa, contraditória, «com buracos», com digressões incompreensíveis, negações incómodas, recuos, atalhos, saídas fugazes ou clarezas enganadoras. (...) A análise de conteúdo de entrevistas é muito delicada.

A análise de conteúdo insere três fases distintas, a pré-análise, a exploração do material recolhido e o tratamento de resultados, a inferência e a interpretação. Após a transcrição dos conteúdos das entrevistas, começou-se por efectuar uma pré-análise das entrevistas executadas, tendo como objectivo a organização sistemática das ideias. Para tal, foi necessária uma leitura “flutuante” que segundo Bardin (2008, p.122) “(...) consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar (...)”.

Seguidamente, analisou-se todos os elementos presentes nos dados recolhidos de forma a tratá-los sem exclusão de algum. Esta fase é longa, mas é nela que se administra todas as decisões tomadas, onde se efectua operações de codificação. A codificação foi a forma encontrada nesta investigação para tratar os dados recolhidos. Através dela foi possível organizar os dados brutos do texto das entrevistas numa representação do seu conteúdo. Assim, foram encontradas as unidades de registo, sendo estas utilizadas como unidade base que corresponde ao segmento do conteúdo obtendo-se um significado dos diferentes constituintes do texto. (Bardin, 2008, p.127)

Finalmente, com o objectivo de codificar a unidade de registo emergiu a unidade de contexto que, de acordo com Bardin (2008, p.133), “(...) corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (...) são óptimas para que se possa compreender a

significação exacta da unidade de registo.” Quanto ao score, este corresponde à frequência com que a unidade de contexto surge para o investigador.

Relativamente ao tipo de estudo, optou-se por um estudo fenomenológico uma vez que, permitiu ao investigador pensar sobre as experiências de vida das pessoas em estudo. Para Polit et al. (2004, p. 207) um investigador fenomenológico “(...) investiga os fenómenos subjectivos, na crença de que as verdades críticas sobre a realidade estejam fundamentadas nas experiências vividas pelas pessoas.” Pode-se então concluir, que “Um fenomenologista acredita que as experiências vividas dão significado à percepção de cada pessoa sobre um fenómeno particular.” (Polit et al., 2004, 207) Este tipo de estudo torna-se bastante útil quando um fenómeno de atenção foi mal definido ou conceptualizado.

Um fenomenologista aborda a subjectividade do comportamento das pessoas, é crente na disponibilidade de múltiplas formas de interpretar as experiências atendendo às interacções pessoais concluindo que, a realidade se traduz nas nossas experiências. (Bogdan e Biklen, 1994, p.54)

2.2. População Alvo e Amostra

De modo a que o estudo de investigação represente fielmente o que ocorre, tornou-se imprescindível definir com precisão os sujeitos do estudo, ou seja, os elementos que compõem a população e a amostra.

Conforme afirma Hulley et al. (2008, p.46), a população alvo define-se como um “(...) conjunto completo de pessoas que apresentam determinadas características em comum (...)” Porém, para Almeida e Freire (2008), “ (...) população é o conjunto de indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno.” Assim sendo, a população alvo do problema de investigação foram os Idosos do Concelho de Viana do Castelo.

De acordo com Fortin (2009, p.217) “O investigador precisa o meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escolha.” Assim a escolha do meio para se efectuar

a colheita de dados foi opção do investigador, devido à curiosidade sobre o que pensam os Idosos desse mesmo concelho acerca do problema de investigação.

Neste estudo de investigação a amostragem é não probabilística ou também designada por não aleatória. Contrariamente ao que preconiza a amostragem probabilística, a amostragem não probabilística para Marconi e Lakatos (2007, pp.51-52)

(...) não fazendo uso de formas aleatórias de selecção, torna-se impossível a aplicação de fórmulas estatísticas para o cálculo (...) não podem ser objectos de certos tipos de tratamento estatístico.

Tendo em conta que se trata de uma amostragem não probabilística, a amostra foi acidental visto que, de acordo com Fortin (2009, p.321), esta “(...) é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos.” Por sua vez, os indivíduos “(...) estão no local certo e no momento certo.”

De modo a tornar a investigação mais fidedigna foi necessário introduzir um critério de inclusão. Segundo Hulley et al. (2008, p.47), “Os critérios de inclusão definem as características principais da população alvo relacionadas à questão de pesquisa.”

Como critério de inclusão para esta investigação estipulou-se que os Idosos da amostra abordados não poderiam possuir antecedentes profissionais ligados à prática de cuidados de saúde. Deste modo, evitou-se tanto quanto possível enviesamentos na colheita de dados.

Desta forma, a amostra do estudo de investigação foram 19 Idosos que circulavam no Concelho de Viana do Castelo no dia 19 de Fevereiro de 2010 entre as 11h e as 17h.

2.3. Variáveis do Estudo

Para se definir de que se trata uma variável de um estudo de investigação Polit et al. (2004, p.46) afirmam que “A variável é, então, qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores (...)”

Relativamente a Marconi e Lakatos (2007, p.29), estes afirmam que

Todas as variáveis que possam interferir ou afectar o objecto em estudo devem ser não só levadas em consideração, mas também devidamente controladas, para impedir comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa.

Desta forma, e considerando este ser um estudo qualitativo, as variáveis deste estudo de investigação a identificar são as variáveis atributo e que conforme Fortin (2009, p.172), “(...) são características pré-existentes dos participantes num estudo.” Assim, neste estudo considera-se como variáveis atributo a idade, o género, a profissão anterior à reforma, o número de elementos na habitação e as patologias associadas.

2.4. Método de Colheita de Dados

Como método de colheita de dados para este estudo de investigação, optou-se pela entrevista, dado que uma das suas vantagens é a adaptabilidade, constituindo um modo de comunicação verbal entre o entrevistador e o entrevistado. A entrevista aplicada neste estudo é uma entrevista semiestruturada que para Polit et al. (2004, p.251)

(...) o pesquisador não tem um conjunto de questões que devem ser feitas em uma ordem específica e formuladas de determinada maneira. (...) ele inicia com alguma questão ou tópico geral e permite que o respondente conte a sua história de modo natural, narrativo.

Na realização da entrevista semiestruturada teve-se em consideração três critérios fundamentais: respeitar os objectivos do estudo, o método qualitativo e responder às questões de investigação. Assim e conforme Quivy e Campenhoudt (2008, p. 192), que designam a entrevista semiestruturada por semidirectiva, afirmam que esta

(...) é certamente a mais utilizada em investigação (...) no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma série de perguntas guias, relativamente abertas (...).

Todavia, nem tudo na entrevista semiestruturada foi benéfica, pois segundo Bogdan e Biklen (1994, p.135)

Nas entrevistas semiestruturadas fica-se com a certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos, embora se perca a oportunidade de compreender como é que os próprios sujeitos estruturam o tópico em questão.

Neste caso, realizaram-se entrevistas informais, individuais e semiestruturadas no dia 19 de Fevereiro de 2010, entre as 11h e as 17h, a 19 Idosos do Concelho de Viana do Castelo. No decorrer das entrevistas adaptou-se o discurso para cada idoso de forma a moldar-se ao seu contexto sócio-cultural, garantindo uma adequação das respostas aos objectivos de estudo. Nas entrevistas recorreu-se a dois instrumentos de colheita de dados, o guião de entrevista (ver APÊNDICE II), e um gravador de áudio.

2.4.1. Pré-Teste

Antes de se avançar para a fase empírica foi necessário submeter o instrumento de colheita de dados, o guião da entrevista, ao pré-teste de modo a certificar que as questões eram compreendidas em relação às informações que se procuravam. Este processo segundo Polit et al. (2004, p.254) “(...) é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.”

Neste contexto, esta operação resumiu-se em realizar entrevistas a 6 Idosos não pertencentes à amostra do estudo, mas cujas características eram idênticas aos dos elementos da amostra, tendo como suporte o guião de entrevista. O pré-teste foi realizado no dia 19 de Fevereiro de 2010, entre as 9h e as 10:30, a 6 Idosos do Concelho de Viana do Castelo que por lá circulavam. Após realização do pré-teste verificou-se que o guião da entrevista era adequado para responder aos objectivos da investigação, pelo que se passou à colheita de dados.

2.5. Considerações Éticas

No decorrer deste estudo de investigação foi necessário atender a princípios éticos para com os Idosos entrevistados. Assim, segundo Lo (*cit. in* Hulley et al., 2008, pp. 243-244) atendeu-se a três princípios: Princípio do respeito à pessoa, Princípio da

beneficência e Princípio da justiça. Estes princípios foram tidos em atenção durante todo o processo de investigação com especial relevo durante a fase de colheita de dados.

Relativamente ao **Princípio do respeito à pessoa** – Os Idosos foram tratados como seres autónomos e livres para decidirem se queriam ou não participar no estudo, tendo liberdade para o abandonar a qualquer momento da investigação. Deste modo, foi explicada a finalidade da entrevista e os seus direitos, sendo que todos os participantes assinaram Consentimento Informado (ver APÊNDICE I). Também foi respeitada a vontade dos Idosos em fornecerem apenas a informação que livremente tinham intenção de transmitir. Os Idosos foram informados de que não deviam mencionar o nome ou algo que os identificasse ao longo da entrevista. Para além disto, no tratamento de dados teve-se especial atenção à confidencialidade e ao anonimato de todos os entrevistados, sendo as entrevistas codificadas numericamente.

Em relação ao **Princípio da beneficência** – Garantiu-se aos Idosos que o estudo era baseado em dados científicos e que estes, não iriam sofrer danos psicológicos, tais como quebra da confidencialidade, estigmatização e discriminação.

Quanto ao **Princípio da justiça** – Considerando não haver encargos ou danos estimados, dado o carácter da investigação, os benefícios do estudo foram distribuídos de forma justa e equitativa por todos os Idosos entrevistados e tiveram a ver com a satisfação das pessoas em relação à sua participação e à dissolução das suas dúvidas.

PARTE III. FASE EMPÍRICA

Na fase empírica são apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo de investigação, para que, posteriormente, ocorra a discussão dos mesmos. Conforme Fortin (2009, p.56) “A fase empírica corresponde à colheita dos dados no terreno, à sua organização e à análise (...)”

Na metodologia qualitativa, a análise dos dados está relacionada com o processo de escolha dos participantes e às diligências para a colheita de dados.

Como já foi referido anteriormente, para este estudo de investigação recorreu-se à análise de conteúdo segundo Bardin (2008).

3.1. Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

Neste ponto serão apresentados os resultados da análise dos dados colhidos através das entrevistas semiestruturadas. Os resultados referentes às variáveis analisadas quantitativamente serão apresentados através de gráficos e os resultados referentes às variáveis qualitativas serão apresentados através de quadros para posterior discussão.

A análise dos dados referentes às variáveis atributo foi efectuada através do recurso à estatística descritiva. Para a construção da esquematização dos dados – tratamento estatístico e construção de gráficos – foi utilizado, como recurso, o programa informático Microsoft Office Excel 2007 e os gráficos seleccionados foram em diagrama quando se abordou somente duas variáveis e em barras quando se abordou mais de duas.

A análise dos dados referentes ao âmbito do estudo, foi realizada através da análise de conteúdo dos registos das entrevistas dirigidas aos Idosos, segundo Bardin (2008).

De forma a facilitar a sua visualização foram construídos quadros que se apresentam no texto de forma reduzida, apostando em expor as unidades de contexto mais

significativas, encontrando-se, no entanto, em apêndice os quadros na sua íntegra (Apêndice III).

3.2. Caracterização da Amostra

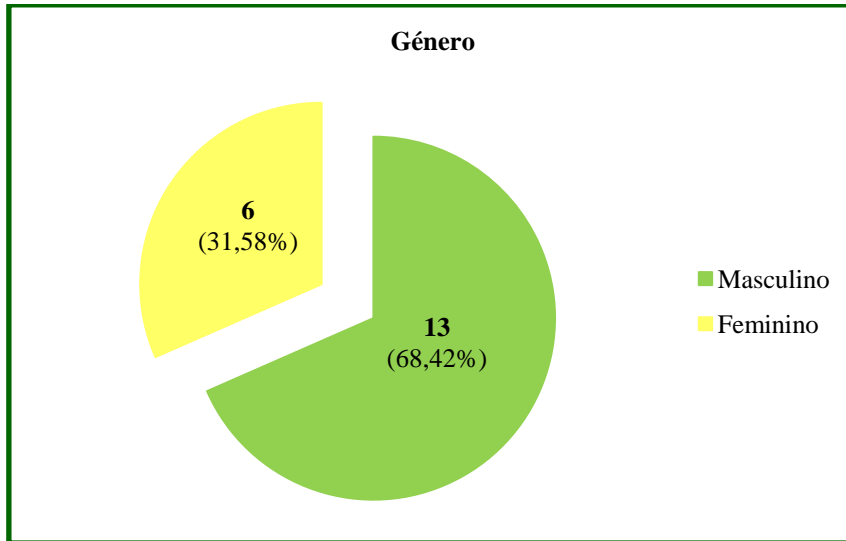


Gráfico 2 – Distribuição de dados relativamente à Variável Género da Amostra

Como se pode verificar pela leitura do Gráfico 2, a amostra em estudo era constituída por 13 Idosos do sexo masculino (68,42%) e 6 Idosos do sexo feminino (31,58%). Estes dados não vão ao encontro do que Oliveira (2010, p.16) afirma devido à crescente longevidade. Segundo este autor, as mulheres são quem mais beneficia com o aumento da população idosa, pois usufruem de uma probabilidade maior em EMV. Este facto deve-se a factores genéticos ou hereditários, sendo que os sociais e ambientais também possam interferir, visto que o sexo masculino assume mais riscos.

Assim, conclui-se que dos 19 Idosos entrevistados a grande maioria era do sexo masculino, podendo este facto dever-se ao processo de amostragem deste estudo de investigação.

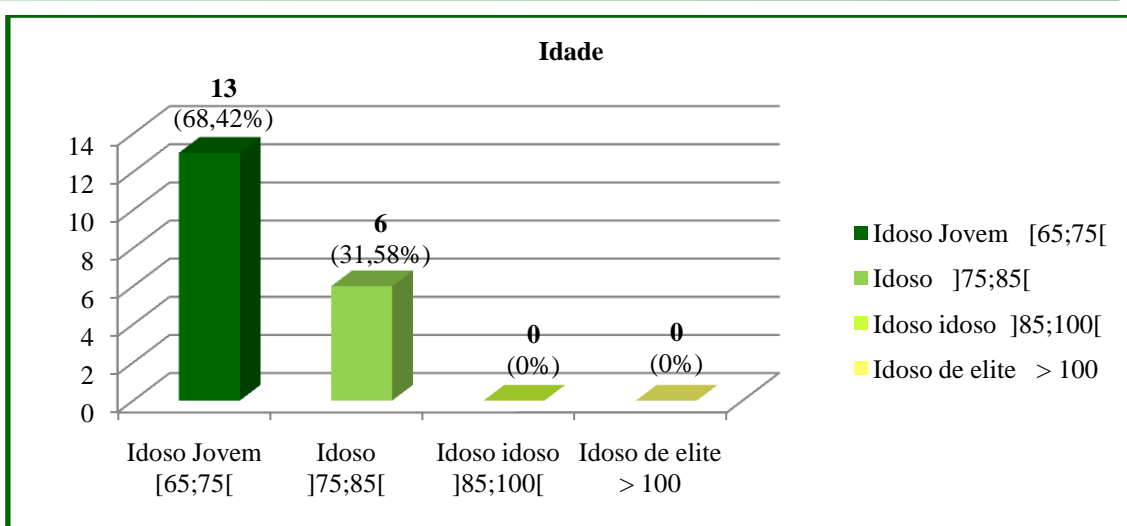


Gráfico 3 – Distribuição de dados relativamente à Variável Idade da Amostra

Para facilitar a caracterização da amostra dividiu-se as idades de acordo com o preconizado por Eliopoulos (2005, p.31), Idoso Jovem [65;75[, Idoso]75;85[; Idoso idoso]85;100[e Idoso de elite > 100. Através do Gráfico 3, pode-se constatar que cerca de 13 Idosos (68,42%) da amostra tinham idades compreendidas entre os 65 a 75 anos e 6 Idosos (31,58%) tinham entre 75 a 85 anos.

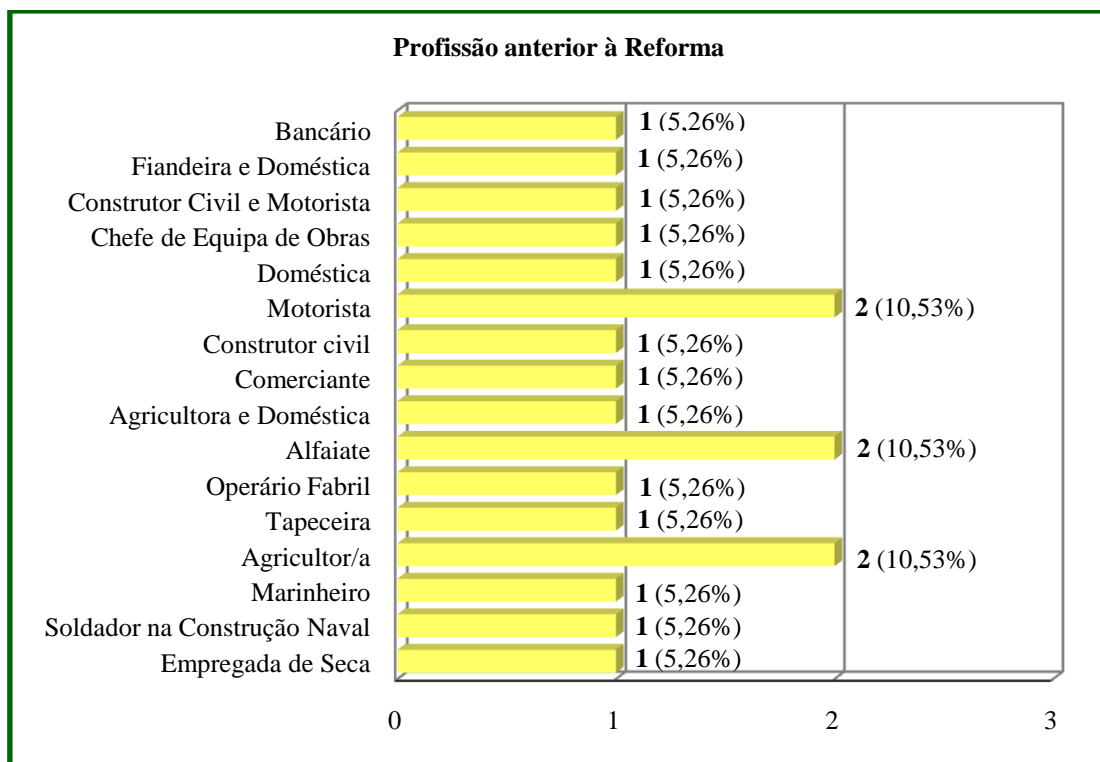


Gráfico 4 – Distribuição de dados relativamente à Variável Profissão anterior à Reforma da Amostra

Como se pode verificar pelo Gráfico 4, na amostra em estudo existe uma grande variedade de profissões anteriores à reforma. Pode-se constatar que as profissões mais comuns foram a de Motorista, a de Alfaiate e a de Agricultor/a com 2 Idosos cada uma. No entanto, é importante referir que na amostra existem 3 Idosos que ao longo da sua vida profissional desempenharam duas profissões, como por exemplo Fiandeira e Doméstica, Construtor civil e Motorista, Agricultura e Doméstica.

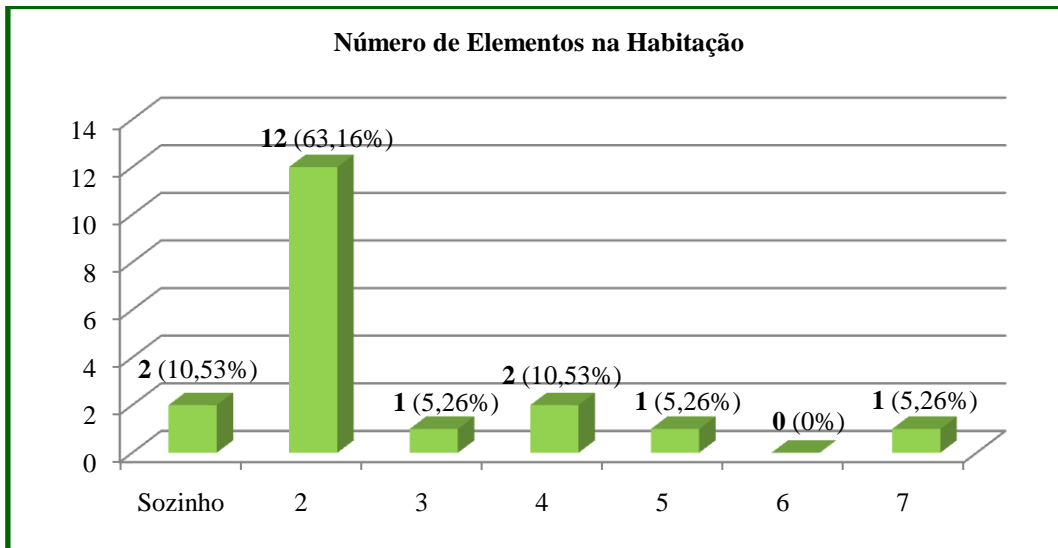


Gráfico 5 – Distribuição de dados relativamente à Variável Número de Elementos na Habitação da Amostra

Através do Gráfico 5 pode-se analisar que 2 Idosos (10,53%), moravam sozinhos e a grande maioria, 12 Idosos (63,16%) habitavam com os respectivos companheiros. Também se pode constatar que 5 dos Idosos da amostra moravam com a restante família, sendo que o mais comum é de 4 elementos numa habitação. Todavia, é importante referir o Idoso que habita com 7 elementos, pois este dado vai ao encontro da previsão do INE (2002) relativamente a um futuro próximo. De acordo com este, futuramente, e mesmo na actualidade, haverá mais probabilidade de encontrar famílias em que coabitem três e quatro gerações.

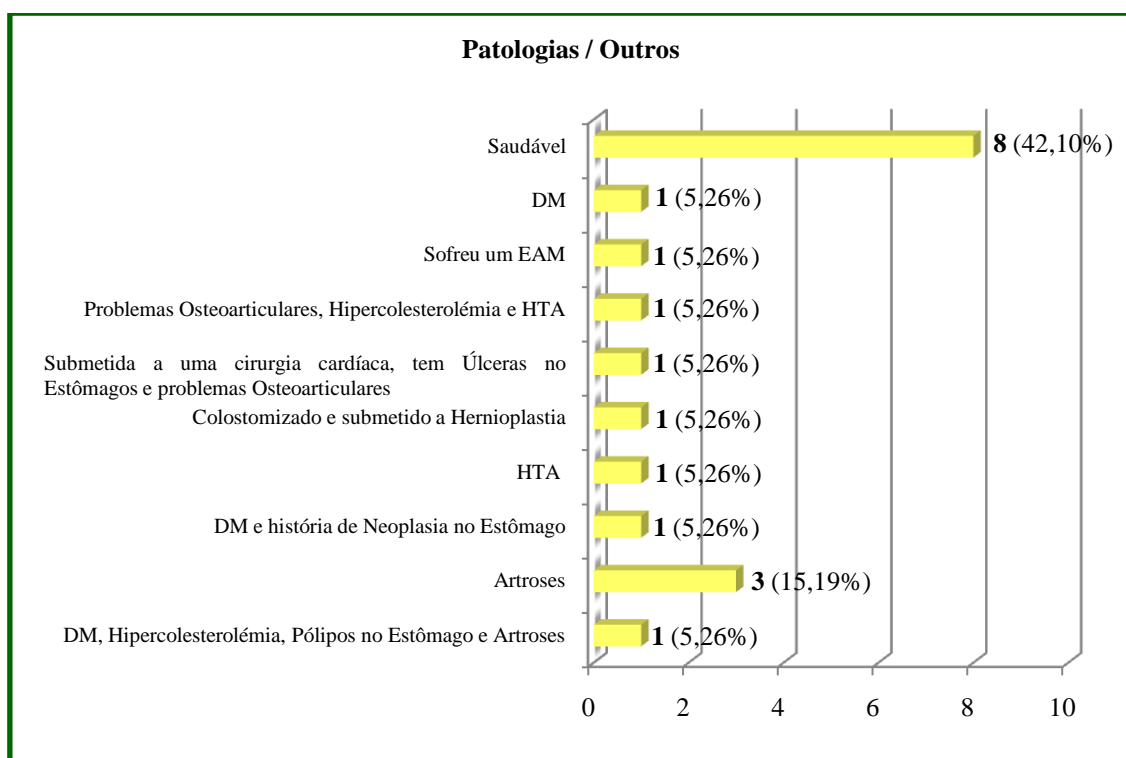


Gráfico 6 – Distribuição de dados relativamente à Variável Patologias / Outros da Amostra

Como se pode confirmar através do gráfico 6, grande número de Idosos, cerca de 8 (42,10%) proferiu ser uma pessoa sem problemas de saúde. Porém, pode-se constatar que o problema de saúde mais frequente foi Osteoarticular, com cerca de 3 Idosos (15,19%) e mais 3 com outros problemas subjacentes. Após a análise dos dados obtidos verifica-se que dos 19 Idosos entrevistados 11 relataram a presença de problemas de saúde na sua vida. Desta forma, conclui-se que Cabete (2005, p.12) possui razão ao afirmar que

Os problemas de saúde dos idosos são sobretudo crónicos (...) a maioria das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma doença crónica, sendo frequente que tenha duas ou mais.

3.3. Variáveis em Estudo

A análise dos dados recolhidos das entrevistas é apresentada sob a forma de quadros para permitir uma melhor compreensão da organização da análise do conteúdo da informação. Para facilitar a consulta dos quadros optou-se pelos seguintes códigos:

E – Entrevista

P – Pergunta

L – Linha

(...) – Excerto do texto original que não é relevante para a análise

3.3.1. Conhecimentos dos Idosos em relação ao Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável

Categoria: Conhecimentos dos Idosos em relação ao Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Saúde	Ausência de Doença	<i>“(...) se a pessoa tem um envelhecimento activo vai envelhecendo sem doença e é mais fácil.” (E₃P₅L_{1,2})</i>	10
	Bem-Estar	<i>“(...) Uma pessoa que tem saúde se sente melhor.” (E₁₆P₆L₂)</i>	4
	Ausência de Sofrimento	<i>“(...) É não sofrer e pouco mais.” (E₅P₄L₁)</i>	1
Mobilidade	Mobilidade Física	<i>“(...) a gente desloca-se sem precisar de apoio, a pessoa é activa.” (E₁₂P₆L_{1,2})</i>	6
	Mobilidade Social	<i>“Trabalharmos para comer, para manter os filhos.” (E₄P₄L₁)</i>	1
	Mobilidade Global	<i>“(...) uma pessoa vai para velho e está sempre a funcionar (...)” (E₁₃P₄L_{1,2})</i>	2

Quadro 1 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Conhecimentos dos Idosos em relação ao Envelhecimento Activo / Envelhecimento Saudável”

O Quadro 1 possibilitou identificar a categoria “**Conhecimentos dos Idosos em relação ao Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável**” e duas subcategorias, saúde e mobilidade. Relativamente à subcategoria saúde identificou-se as unidades de registo: ausência de doença, bem-estar e ausência de sofrimento. Quanto à subcategoria mobilidade identificou-se as unidades de registo: mobilidade física, mobilidade social e mobilidade global.

De acordo com a análise do quadro, os conhecimentos dos Idosos em relação ao Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável mais valorizados pelos mesmos foram a Ausência de Doença com score de 10 e a Mobilidade Física com score de 6.

Estes significados resultantes da análise dos conteúdos relativos à referida categoria vão de encontro ao que o Ministério da Saúde (2005) defende. Este afirma que os Idosos activos e saudáveis constituem um importante recurso para as suas famílias como também para a sociedade e economia do país.

A subcategoria **Saúde** é definida segundo a CIPE 1.0[®] (2006, p.95) como sendo um

(...) processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Porém, falar de saúde do Idoso é algo muito mais amplo, visto que quando se fala em saúde do Idoso fala-se da capacidade de adaptação, da forma de superação das crises e incapacidades, como mantêm a sua autonomia ao longo da vida e da evolução do estado funcional. (Cabete, 2005, p.14)

Assim, no que diz respeito à unidade de registo **Ausência de Doença** e conforme o Ministério da Saúde (2005) sabe-se que, nem sempre é possível viver o envelhecimento em plena saúde. Os Idosos na sua maioria possuem doenças crónicas e não transmissíveis. Desta forma, os Idosos associam ao Envelhecimento Activo à importância de viver sem doença, pois podem manter uma qualidade de vida aceitável e asseguram os seus contributos na sociedade, tal como se pode verificar através desta citação “(...) *se envelhecer sem doença não se precisa tanto das pessoas.*” (E₁₁P₆L_{1,2}).

De acordo com a unidade de registo **Bem-Estar**, para Novo (*cit. in* Oliveira, 2010, p.78) existe uma confusão terminológica no que diz respeito ao bem-estar. Segundo alguns autores, existe um bem-estar subjectivo, sendo este mais passivo e um bem-estar psicológico, caracterizado pela actividade ou fruto do esforço da pessoa ao longo da vida. Porém, conforme Oliveira (2010, p.79), o bem-estar tanto é subjectivo, pois cada um o entende e vive, como psicológico visto que, cada pessoa luta por ele segundo o entende que vale a pena, sendo isto já subjectivo. Assim sendo, pode-se concluir que o bem-estar tanto é subjectivo como psicológico e vice-versa. O importante é reter que o bem-estar global, de acordo com Oliveira, abarca todos os aspectos sómato-psíquicos

que fazem com que os Idosos se sintam satisfeitos e/ou felizes como se pode conferir através desta citação “(...) *Tendo saúde a gente fica melhor (...)*” ($E_1P_6L_{1,2}$). Para Neto (*cit. in* Oliveira, 2010, p.79), os Idosos “(...) não se mostram menos satisfeitos com a vida em relação aos outros grupos etários, apesar dos problemas de saúde, problemas financeiros, etc.”.

Em suma, o bem-estar é como um indicador psicológico de saúde na velhice e que se pode manter estável no recorrer da caminhada da vida.

Em relação à unidade de registo **Ausência de Sofrimento**, para Barus-Michel (2003, p.150) o sofrimento, culturalmente pode adoptar formas e graus variando conforme a época e a sociedade. O sofrimento é algo subjectivo, mas está relacionado com a ruptura de identidade, podendo variar consoante ao que os Idosos sofrem, as circunstâncias que os atingem e os seus valores culturais. Este pode estar interligado com a prática do passado e a direcção do futuro que os Idosos anseiam, onde neste futuro se quer abundância de saúde tornando-se sinal de esperança, como se pode constatar através da citação “(...) *É não sofrer e pouco mais.*” ($E_5P_4L_1$). Desta forma, conclui-se que a ausência de sofrimento é o conhecimento que este idoso associa a um Envelhecimento Activo com saúde, pois tal como afirma Teixeira (*cit. in* Saldanha e Caldas, 2004, p.313) uma

(...) saúde física debilitada pode desencadear elevado nível de angústia e depressão. Isto pode ocorrer com qualquer doença, porém existe uma associação específica com certas condições (...) É comum, entre as pessoas que têm doenças crónicas, se entristecerem, com a percepção de suas limitações, diminuindo com isso, sua auto-estima.

Em suma, o sentimento de tristeza, sensação de inutilidade, angústia, dor, entre outros, pode advir do facto de um Idoso estar em sofrimento.

Relativamente à subcategoria **Mobilidade**, Potter e Perry (2006, p.918) constroem a sua definição como sendo a capacidade de movimento livre em ambiente, com a finalidade de expressão de emoções, autodefesa, satisfação das necessidades básicas, realização de actividades recreativas e actividades de vida diária (AVD). Esta ajuda na manutenção da actividade fisiológica normal do organismo, tal como refere este Idoso na unidade de

registo **Mobilidade Global**, “(...) *uma pessoa vai para velho e está sempre a funcionar (...)*” (E₁₃P₄L_{1,2}).

No entanto Vieira (2003, pp.49-50) ainda acrescenta que a mobilidade é

(...) a capacidade de nos deslocarmos no envolvimento de forma segura e eficiente. Embora os dois processos sejam complementares, eles não representam o mesmo, um indivíduo pode ter uma mobilidade excelente, mas desorienta-se com facilidade, enquanto que outro pode saber exactamente onde está, mas não tem a capacidade de se movimentar no meio com segurança.

Assim, para os Idosos a capacidade de deslocação independente e a consciência do mundo imediato são factores essenciais para as suas vidas e para a sobrevivência. A capacidade de se movimentar de um lugar para outro é fundamental para a qualidade de vida, como se pode constatar através da citação deste idoso “(...) *a gente desloca-se sem precisar de apoio, a pessoa é activa.*” (E₁₂P₆L_{1,2}). Para além da **mobilidade física**, também se pode verificar que um dos Idosos entrevistados mencionou a **mobilidade social**, “*Trabalharmos para comer, para manter os filhos.*” (E₄P₄L₁).

De acordo com Moniz (2003, p.47) a interacção social desempenha um papel fulcral, pois garante a sobrevivência básica transformando-se numa fonte quer de informação como formação para os Idosos. Além disto, ajuda a manter e a desenvolver a identidade sendo uma procedência de prazer, conforto e bem-estar emocional. A citação anterior relatada por uma idosa, demonstra o seu conhecimento sobre o Envelhecimento Activo numa forma social.

Porém, é de salientar que esta idosa, apesar da sua idade, diz que ainda trabalha para sustentar os filhos. Este facto, contraria o que muitos autores defendem ao afirmarem que a partir de uma certa idade há uma inversão dos papéis familiares, sendo os filhos a suportar todas as despesas dos seus pais.

3.3.2. Estilos de Vida dos Idosos face ao Envelhecimento

Categoria: Estilos de Vida dos Idosos face ao Envelhecimento			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Crenças e Valores	Crenças e Valores Religiosas	“(…) Um envelhecimento activo (saudável) é ter sorte perante o Senhor.” (E ₁₃ P ₄ L _{2,3})	4
	Crenças e Valores Culturais	“(…) O trabalho dá saúde.” (E ₄ P ₆ L _{1,2})	1
Actividade Física	Exercício Físico	“(…) pratico actividades desportivas como já fui árbitro, além da minha profissão, pratico basket desportivo, atletismo e um pouco de natação. (…)” (E ₂ P ₆ L _{1,2,3})	4
	Lazer	“(…) Ainda vou cozendo, não faço fatos, mas vou cozendo.” (E ₈ P ₁₀ L ₁)	7
	Actividade Laboral	“Esta actividade (trabalhar no mercado) dá-me prazer, ajuda-me a estar mais satisfeito da vida.” (E ₅ P ₉ L ₁)	6
Hábitos Alimentares	Cuidados com a alimentação	“(…) O único cuidado é que como bem.” (E ₁₃ P ₇ L ₁)	7
	Cuidados com as bebidas alcoólicas	“(…) se não houvesse (….) vinho não havia problemas. (….)” (E ₈ P ₆ L _{2,3})	1

Quadro 2 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Estilos de Vida dos Idosos face ao Envelhecimento”

O Quadro 2, referente à categoria “**Estilos de Vida dos Idosos face ao Envelhecimento**”, permitiu identificar três subcategorias, crenças e valores, actividade física e hábitos alimentares. No que respeita à subcategoria crenças e valores pode-se verificar que nela estão subjacentes as unidades de registo crenças e valores religiosas e crenças e valores culturais. Na subcategoria actividade física constata-se as unidades de registo exercício físico, lazer e actividade laboral. E por último, na subcategoria hábitos alimentares encontram-se as unidades de registo cuidados com a alimentação e cuidados com as bebidas alcoólicas.

Estes significados resultantes da análise dos conteúdos relativos à categoria anterior vão de encontro ao que definiu a OMS (1986, *cit. in* Ribeiro, 1998, p.72) sobre estilo de vida. Segundo a OMS estilo de vida caracteriza-se como sendo um conjunto de estruturas mediadoras que reflectem as actividades, atitudes e valores sociais ou como

um “(...) aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores.”. Desta forma, através da análise do conteúdo das entrevistas, e posterior análise dos dados do quadro, é possível observar que os estilos de vida que os Idosos demonstraram face ao envelhecimento mais comuns foram Lazer e Cuidados com a alimentação, ambos com score de 7.

Reflectindo sobre as **Crenças e Valores** referidas pelos Idosos já Hernández et al. (2000, p.73) diziam que, neste grupo de população estas detêm um peso importante, pois estão presentes ao longo de toda a vida. Tudo o que os Idosos aprenderam, praticaram e utilizaram como unidade de medida para os que rodeavam, de alguma forma reflectiam estas crenças e valores. Contudo, quando se chega à velhice as crenças e valores nos Idosos parecem adquirir mais intensidade na vida.

No que se refere à unidade de registo **Crenças e Valores Religiosas**, Brink et al. (*cit. in* Reichel, 2001, p.586) afirmam que consoante se envelhece, as memórias das acções protagonizadas na juventude, levam a várias tomadas de posição emocionais para com a religião. De acordo com o mesmo autor, as posições emocionais podem ser interpretadas como sentimentos de culpa ou de consolo.

Conforme Koenig (2001) as pessoas envolvidas em práticas religiosas ou espirituais são fisicamente mais saudáveis, usufruem de um estilo de vida mais equilibrado e utilizam menos serviços de saúde, “(...) *Um envelhecimento activo (saudável) é ter sorte perante o Senhor.*” (*E₁₃P₄L_{2,3}*). Para Saldanha e Caldas (2004, p.69), os Idosos caracterizam a religião como um

(...) conforto espiritual e refúgio para os momentos de crise, angústia e depressão. Ela funciona como suporte psicológico, já que nesta fase da vida os idosos apresentam certa fragilidade acerca de sua existência, entendendo que a sombra da morte está, cada dia, mais próxima.

Cingindo-se à unidade de registo **Crenças e Valores Culturais**, Leininger em 1995 (*cit. in* Riley, 2004, p.60) já definia cultura como as crenças, valores e estilos de vida partilhados de um determinado grupo e que habitualmente são transmitidas através de

gerações, influenciando o pensamento e actuação, “(...) *O trabalho dá saúde.*” (E₄P₆L_{1,2}). A cultura refere-se mais ao “(...) padrão holístico de estilo de vida de uma cultura que às características ou origens étnicas.” (Riley, 2004, p.60)

No que respeita à subcategoria **Actividade Física** como reforça Corazza (2005), os Idosos contam com vários locais e actividades na parte social, de lazer, desportiva, económica e jurídica.

Segundo Katch e Mcardle (1990) a prática de actividade física promove um envelhecimento com melhor qualidade, pois uma pessoa sedentária vê a sua capacidade fisiológica diminuir mais rapidamente, quando comparada com uma pessoa activa fisicamente. Para além disto, a prática de actividades físicas, segundo Mazo et al. (2004), melhoram a participação dos Idosos na sociedade, tornando-os mais sociáveis.

Desta forma conclui-se que a relação entre corpo e movimento, é uma excelente opção para se viver com saúde e se adaptar às mudanças sociais provocadas pelo envelhecimento, melhorando assim, a qualidade de vida dos Idosos.

Em relação à unidade de registo **Exercício Físico**, Barbanti (2003) considera que a falta de exercício físico acarreta flacidez dos músculos, o acumular excessivo de gorduras, eliminação insuficiente dos produtos de excreção do organismo e ainda uma lentidão do processo digestivo, podendo causar doenças.

Berger e Poirier (1995, p.152) defendem que o exercício físico deve ser parte integrante do modo de vida dos Idosos, pois o sedentarismo é algo nocivo e representa um risco acrescido para a saúde. Para estes autores, o exercício físico proporciona aos Idosos uma atitude positiva e dinâmica quanto à saúde e ao bem-estar, sendo numerosos os benefícios que se pode retirar, “(...) *pratico actividades desportivas como já fui árbitro, além da minha profissão, pratico basket desportivo, atletismo e um pouco de natação.* (...)” (E₂P₆L_{1,2,3})

O mesmo afirmou Fox et al. (1991), dizendo que o exercício físico quando praticado regularmente, proporciona vários benefícios, desde que sejam controladas a frequência, intensidade, duração do exercício e também a modalidade do mesmo.

Portanto, conclui-se que o exercício físico previne doenças crónico-degenerativas e consequentemente os Idosos podem desfrutar de um envelhecimento saudável, auxiliando-os favoravelmente na sua autonomia, onde o mesmo desenvolve suas actividades diárias, sem necessitar da ajuda de terceiros.

No que concerne à unidade de registo **Lazer**, Wergowske et al. (*cit. in* Reichel, 2001, p.510) referem que o trabalho voluntário formal ou informal para os Idosos – “(...) *Gosto de trabalhar no campo na agricultura. Gosto de ir à pesca.*” ($E_{11}P_{10}L_{2,3}$) – deve ser facilitado, estimulado e enaltecido por causa do seu benefício aos mesmos e à própria sociedade. Segundo os mesmos autores, aqueles que abandonam alguma actividade de lazer sem nenhuma substituição estão expostos a consequências adversas sobre a saúde. Assim, a facilitação de uma actividade de lazer representativa contínua assume grande importância em promover a saúde e a produtividade.

Relativamente à unidade de registo **Actividade Laboral**, de acordo com Osório e Pinto (2007, p.173), muitos Idosos quando questionados sobre a reforma manifestam desejo em continuar a trabalhar após a idade estabelecida por lei. Para tal desejo, justificam-se através de razões económicas, motivações pessoais ou necessidades de realização pessoal, que de outra forma não poderia ser satisfeita.

O mesmo reforça Dorfman et al. (2004, *cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.213) quando afirmam que os Idosos encontram no trabalho, assim como na família, uma fonte de satisfação e auto-realização, “*Esta actividade (trabalhar no mercado) dá-me prazer, ajuda-me a estar mais satisfeito da vida.*” ($E_5P_9L_1$).

Em Portugal, segundo dados do INE (2002, *cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.174), existem práticas activas e passivas de discriminação no contexto laboral português.

Conforme os autores supracitados e o INE, devem ser propostas adaptações de postos de trabalho aos Idosos, com uma diminuição da carga horária, a criação de alternativas flexíveis e graduais para a reforma e o aproveitamento das competências dos trabalhadores mais seniores.

Referenciando a subcategoria **Hábitos Alimentares** e consequentemente às unidades de registos subjacentes à mesma, para Lima-Filho et al. (2008, p.35) os hábitos alimentares nos Idosos permanecem ao longo da vida, representando muitas vezes uma orientação religiosa, valores familiares e mesmo aspecto étnico de pertencer a um determinado grupo específico. Segundo estes autores, estas podem ser razões para a existência de dificuldades na alteração de hábitos alimentares, pois os Idosos não desejam trair as suas tradições.

O mesmo defende Laureati et al. (2006) quando refere que a adopção de dietas balanceadas e a redução de sal e açúcar são encaradas como alterações substanciais em práticas alimentares dos Idosos, tal como relatou este Idoso *“Uma pessoa ser muito controlada na comida (...) cuidado no não beber, comer pouco sal (...)”* (E₈P₆L_{1,2}). Estes hábitos exercem especial importância, naqueles Idosos que passaram parte das suas vidas a consumir gorduras e grandes quantidades de carboidratos para realizarem trabalhos que lhes disputaram grande esforço físico. Assim e indo de encontro ao pensamento de Lima-Filho et al. (2008, p.35), em alguns Idosos, pode-se encontrar resistência em adquirir novos hábitos, devido à valorização da cultura alimentar vivenciada na família e à consolidação de práticas estabelecidas.

Conclui-se que os Idosos tendem a seguir o hábito alimentar adquirido na infância e adolescência, período em que, provavelmente, se adquirem as preferências alimentares.

3.3.3. Emoções experimentadas pelos Idosos face ao Envelhecimento

Categoria: Emoções experimentadas pelos Idosos face ao Envelhecimento			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Emoções Primárias	Alegria	“(…) uma pessoa encontra-se com as pessoas amigas, com as pessoas com quem conviveu e isso é maravilhoso. (…)” (E ₈ P ₅ L _{1,2})	4
	Felicidade	“Já me considero muito feliz na maneira que estou (…)” (E ₉ P ₈ L ₁)	2
	Tristeza	“(…) Acho que é uma tristeza, mas uma vez que nascemos temos que envelhecer.” (E ₁₁ P ₄ L _{2,3})	6
	Raiva	“(…) só gostava que o Sr. Mário Soares ficasse sem o que eu fiquei no ultramar e recebesse o que eu recebo.” (E ₉ P ₂ L _{1,2,3})	3
Emoções Sociais	Vergonha	“(…) Tenho um vizinho que me trata muito mal, que diz que eu roubei, isto, roubei aquilo, sem roubar (…)” (E ₁ P ₉ L _{1,2})	4
	Indignação	“(…) Hoje estamos a falar com uma pessoa a bem e dali a bocado a pessoa está a falar mal.” (E ₇ P ₉ L _{1,2})	4
	Solidão	“(…) moro sozinho.” (E ₁₁ P ₁ L ₁)	2

Quadro 3 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Emoções experimentadas pelos Idosos devido ao Envelhecimento”

O Quadro 3 possibilitou a identificação dos significados resultantes da análise dos conteúdos relativos à categoria “**Emoções experimentadas pelos Idosos devido ao Envelhecimento**”. Segundo Marques e Rainer (*cit. in* Freitas-Magalhães, 2007, p.82) perante determinadas situações, o controlo das emoções é uma capacidade do qual o Homem usufrui para estar apto a seleccionar os comportamentos mais ajustáveis. Porém, é importante salientar que as emoções são “algo” visíveis, mas os sentimentos são sentidos interiormente.

Desta forma, para Damásio (2003, p.104), os sentimentos despontam de reacções homeostáticas, podendo traduzir o estado da vida na linguagem do espírito, podendo afirmar-se que os sentimentos são percepções. Ainda de acordo com o mesmo autor (2003, p.161), os sentimentos possibilitam tomar conhecimento do estado de vida no

organismo, sendo as manifestações mentais do equilíbrio e harmonia, da desarmonia ou desacordo.

Assim, e tal como se referiu anteriormente, existem três tipos de emoção, no entanto entende-se que estes Idosos limitaram a manifestação das mesmas enquadrando-as somente em dois tipos, emoções primárias e emoções sociais. Analisando o quadro é possível verificar que a tristeza é sentida pelos Idosos, tendo sido referenciada por 6 vezes, assim como foi dado valor à alegria, que obteve um score de 4, ambas emoções primárias. Todavia, também é importante focar a emoção indignação, sendo esta social, que obteve um score de 5 aquando narrada pelos 19 Idosos.

Focando-se na unidade de registo **Alegria**, o idoso que relatou “(...) *uma pessoa encontra-se com as pessoas amigas, com as pessoas com quem conviveu e isso é maravilhoso (...)*.” ($E_8P_5L_{1,2}$) vai ao de encontro com o que Strongman (1998, p.149) afirmou. Conforme este autor a alegria compreende uma sensação de confiança e contentamento podendo mesmo conter uma sensação de poder ser amado. Contudo, a alegria, segundo o autor mencionado, “(...) é como um estado que se segue a várias experiências, mais do que um resultado directo de uma acção.”, tal como se pode comprovar através da narração desta idosa “(...) *uma pessoa anda mais alegre com saúde.*” ($E_{18}P_6L_1$), pois o facto de estar com saúde já é motivo de alegria.

Assim conclui-se que a alegria pode emergir por diversas causas, desde a satisfação de necessidades básicas, ao sucesso, à competência em determinadas tarefas e/ou mesmo ao culminar de dificuldades. Dos Idosos entrevistados pode-se associar a alegria ao interesse de uma vida melhor sem aparecimento de doença ou de qualquer outra dificuldade.

Cingindo-se à unidade de registo **Felicidade**, para Ortega et al. (2006) a felicidade é tão importante para o ser humano, quer como indivíduo quer como sociedade, pois a felicidade é realmente tudo o que representa. Indo de encontro a esta ideia, segundo Kant (*cit. in* Rodríguez e Cruz, 2010) a felicidade é um bem perseguido por todas as pessoas, em virtude de uma necessidade natural, podendo-se afirmar que esta é o fim que todos os indivíduos pretendem alcançar, como se pode conferir através deste Idoso

“*Já me considero muito feliz na maneira que estou (...)*” (E₉P₈L₁). Desta forma, e indo ao encontro da citação anterior, segundo Alves (2005) nos Idosos a felicidade é poder ter tempo para reflexão e descanso, readquirir as forças, renovar as esperanças, sentir-se digno, no topo da montanha ao contemplar todo o desenrolar de sua história pessoal.

De acordo com Jesus (*cit. in* Ordem dos Enfermeiros, 2008) os Idosos que permanecem no domicílio manifestam sentimentos de solidão, tristeza, desânimo ou melancolia. A maioria destes sentimentos, segundo este autor, advém da perda de familiares ou da exclusão do grupo familiar ou social.

Assim, no que respeita à unidade de registo **Tristeza**, Sequeira (2006, p.101) atende ao facto da tristeza ser uma emoção que um indivíduo experimenta quando avalia uma situação como a perda irreparável, suscitando uma estratégia de inacção que tem finalidades reparadoras.

Em 1998, Strongman (p.153) já afirmava que experienciar a tristeza é, muitas vezes, seguida pelo desânimo, desencorajamento, solidão e isolamento, sendo que é uma resposta adaptativa e motivadora –“(…) *Para mim é uma tristeza quando está a chover e não posso fazer nada. (...)*” (E₁₁P₁₀L_{1,2}). Para além disto, a tristeza concentra-se no “eu” e indica, acima de tudo, que o indivíduo necessita de ajuda.

Relativamente à unidade de registo **Raiva**, Strongman (1998, p.144) reforça que esta é tida como um episódio negativo isolado, na maioria das vezes, visto que faz parte integrante da agressão, hostilidade e violência, podendo funcionar como um mecanismo de defesa. A raiva, segundo o mesmo autor, é definida como sendo um estado conflituoso e natural relacionado com o convívio social.

Conforme a CIPE 1.0[®] (2006, p.85) esta é uma

Emoção com as características específicas: sentimentos de extremo desagrado, raiva (...) que crescem de um impulso interior ou que ocorrem como mecanismo de defesa; manifesta-se habitualmente por actos construtivos ou destrutivos dirigidos a si próprio ou aos outros.

Também para Chaplin (1981, p. 482) a raiva é um sentimento de fúria intensa, auxiliada de fortes reacções viscerais, contornos faciais e do corpo e, em alguns casos, com aspecto de um ataque. Esta afirmação pode ser demonstrada através da narração que um dos Idosos entrevistados efectuou – “(...) *só gostava que o Sr. Mário Soares ficasse sem o que eu fiquei no ultramar e recebesse o que eu recebo.*” (E₉P₂L_{1,2,3}).

Relativamente à subcategoria das **Emoções Sociais**, a **Vergonha** segundo a CIPE 1.0[®] (2006, p.88) é uma

Emoção com as características específicas: sentimentos de perda do auto-respeito causados por um comportamento errado, desonroso ou insensato; os sentimentos de vergonha são dirigidos para o próprio, não para os outros.

A vergonha, para La Taille (2002, p.17), é no senso comum pensada como sendo desencadeada pela opinião dos outros, pertencendo ao domínio da heteronomia, pois corresponde à dimensão afectiva relacionada a um controlo externo. Esta é a tristeza que acompanha a ideia dos Idosos quando alguma acção é censurada por terceiros, como se pode constatar através da citação “(...) *Tenho um vizinho que me trata muito mal, que diz que eu roubei, isto, roubei aquilo, sem roubar (...)*” (E₁P₉L_{1,2}). Conclui-se que a vergonha é caracterizada por ser pobre e duvidosa no que concerne à moralidade, pois não equivale a um controlo interno, necessário à autonomia.

Quanto à unidade de registo **Indignação**, esta para Monteiro e Gaspar (2007, p.75) é uma “(...) manifestação de inconformismo com situações que não ficaram claras ou se apresentaram mal explicadas ou com explicações incompletas.”.

Para Rifiotis (2005, p.144) a indignação e a denúncia são cada vez mais comuns nos Idosos, especialmente quando estes estão carentes, excluídos e discriminados. Nos Idosos, o discurso efectuado com indignação demonstra condenação contra uma determinada situação, tal como se pode verificar com o relato deste Idoso – “(...) *Hoje estamos a falar com uma pessoa a bem e dali a bocado a pessoa está a falar mal.*” (E₇P₉L_{1,2}).

Porém, a indignação advém de uma emoção primária, referida anteriormente, que é a raiva.

Segundo Goleman (1996, *cit. in* Santos, 2009, p. 104) a raiva pode manifestar-se sob diversos disfarces, como o ódio, fúria e violência, na forma mais extrema. Nas formas mais brandas, esta pode ser manifestada através da revolta, ressentimento, indignação, entre outros.

Em relação à unidade de registo **Solidão**, Martín (*cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.57) afirma que esta

(...) está associada geralmente ao fim da criação dos filhos e à convivência com estes, ao fim da ocupação laboral e dos contextos espaciais e afectivos que enquadravam as referências espaciotemporais e vitais do sujeito.

Ainda segundo este mesmo autor, a solidão é considerada “(...) um dos problemas mais importantes da velhice”. Este sentimento, segundo Cid e Dapía (*cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.283) enaltece-se com a cessação da actividade profissional, ausência de familiares e da perda ou diminuição das relações sociais, tal como se pode constatar em “(...) *moro sozinho.*” (*E₁₁P₁L₁*). Ao percorrer estas etapas da vida também surgem sentimentos de pessimismo, tédio, passividade e frustração provocados muitas vezes por o não fazer nada, inutilidade e a exclusão social.

Para Ortiz (2002, p.78), com o avançar da idade, existe uma maior proporção que afirma uma diminuição de contactos. Para além disto, segundo o mesmo autor (pp.81-82), a solidão é parte integrante da condição humana e que parece inegável que esta emoção é mais frequente nos Idosos do que nas pessoas mais jovens. Os Idosos que estão isolados e que possuem pouco ou nenhum relacionamento social, segundo Karuza (*cit. in* Katz, 2002, p.24), apresentam um risco mais elevado de mortalidade.

3.3.4. Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável

Categoria: Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Situação pessoal em relação à Saúde/Doença	Identificação das situações saudáveis	“(…) tenho saúde não preciso de ninguém.” (E ₁₁ P ₇ L ₁)	3
	Identificação das situações de doença	“(…) sou diabética, tenho colesterol, pólipos no estômago, já fui operada quatro vezes. (...) Sou muito doente.” (E ₁ P ₅ L _{1,2,3})	14
Falta de apoio na saúde	Falta de apoio ao nível da organização dos serviços de saúde	“Infelizmente no nosso país a saúde é como se sabe. Muitas vezes há uma enfermeira para 15 doentes e um médico para 30. Não se pode exigir a um profissional nessas condições que dê uma boa assistência ao doente.” (E ₁₉ P ₁₂ L _{1,2,3})	4
	Falta de apoio ao nível dos profissionais de saúde	“(…) A gente muitas vezes vai à caixa e é maltrada pelos médicos, pelas enfermeiras. Fazem da gente um boneco (...)” (E ₁ P ₁₂ L _{1,2})	3
Situação Familiar	Problemas com a Família	“(…) tenho três filhos e pensam que nós somos sempre novos.” (E ₅ P ₈ L _{1,2})	6
	Apoio da Família	“É a minha filha que faz-me tudo.” (E ₁₀ P ₁ L ₁)	5
Situação económica pessoal	Limitação Económica	“(…) Estou a receber 200 e poucos euros (...)” (E ₉ P ₂ L ₁)	12
	Situação económica satisfatória	“A minha reforma felizmente dá-me bem para viver, porque tenho a reforma de França (...)” (E ₁₆ P ₂ L _{1,2})	7
Identificação de necessidades de apoio	Apoio económico	“Podiam dar mais um bocadinho de reforma, porque é pouco, o modo de vida está tudo a aumentar e nós não ganhámos para pagar os gastos.” (E ₄ P ₁₂ L _{1,2})	2
	Apoio político	“Os profissionais, por exemplo da junta de freguesia, é onde as pessoas se deslocam mais para saber o que é preciso e o que podem fazer de lá e isso é uma fonte de informação. Pelo menos os da junta de freguesia.” (E ₂ P ₁₂ L _{1,2,3})	6
	Apoio social	“(…) havia de existir uns centros em que as pessoas se dedicavam a tratar das pessoas (...)” (E ₁₁ P ₁₂ L _{1,2})	4
Actividades de Vida Diária	Realidade actual das AVD's	“Até agora quem faz as coisas em casa sou eu.” (E ₁₈ P ₁ L ₁)	14
	Apoio nas AVD's	“É a Sr ^a que vai 4 horas lá a casa que faz tudo.” (E ₁₂ P ₁ L ₁)	4

Quadro 4 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável”

O Quadro 4 possibilitou a identificação dos significados resultantes da análise dos conteúdos relativos à categoria “**Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável**”. Estes resultados vão de encontro ao que refere Eliopoulos (2005, pp.60-61), pois segundo este a vida pode torna-se complexa e complicada para os Idosos com o enfrentar da reforma, da diminuição de rendimentos, possíveis mudanças habitacionais e de papéis.

De acordo com a análise do quadro é possível verificar que os factores condicionantes mais mencionados pelos Idosos foram Identificação das situações de doença e Realidade Actual nas AVD’s, ambos com score de 14.

Na subcategoria **Situação pessoal em relação à Saúde/Doença**, Martin et al. (*cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.193) declaram que os problemas de saúde-doença estão directamente ligados à forma de vida humana, não podendo ser retirados do contexto social em que estas ocorrem. Assim sendo, a saúde e a doença pessoal da comunidade são a consequência tanto do grau de desenvolvimento pessoal e social, como da qualidade do ambiente criado e desenvolvido pelo Homem.

Em relação à unidade de registo **Identificação das situações saudáveis**, Martin et al. (*cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.193) sustentam que a “(...) situação de saúde física e mental é uma questão de graus; não pode ser absoluta devido à complexidade variável da relação organismo-ambiente.” Ainda segundo estes autores, os Idosos sentem a saúde como alegria de viver ou mesmo como sendo harmonia entre o organismo biológico-mental e o ambiente cultural-social que estimula à acção e criatividade.

Relativamente à unidade de registo **Identificação das situações de doença**, para Martin et al. (*cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.193), a situação de doença

(...) é sentida pelo indivíduo através da incapacidade que é produzida quando não consegue atingir a harmonia necessária entre o seu eu e o seu ambiente: a comunidade sente-a como um risco de morte que é preciso eliminar ou prevenir para poder continuar a viver.

O envelhecimento quando acompanhado de doença em que acarreta um comprometimento da capacidade funcional, segundo Tirado (*cit. in* Saldanha e Caldas, 2004, p.144), causa problemas de importância considerável. O mesmo afirma Ortiz (2002, p.78) dizendo que o factor mais influente no envelhecimento é o estado de saúde dos Idosos, uma vez que a doença dificulta a manutenção de relações tanto familiares como as não familiares, como se pode constatar através desta citação “(...) *se eu não tivesse doença talvez vivesse melhor. (...)*” ($E_4P_9L_1$).

Relativamente à subcategoria **Falta de apoio na saúde**, segundo Pinto (2001, p.163) os cuidados de saúde devem responder prioritariamente e com criatividade às necessidades dos Idosos. Conforme o mesmo autor (p.160), o crescimento da população idosa, a alteração dos padrões de doença, o elevado preço de medicamentos, entre outros faz com que as despesas em cuidados de saúde aumente podendo não facultar uma resposta correcta, tal como se pode comprovar em “*Infelizmente no nosso país a saúde é como se sabe. Muitas vezes há uma enfermeira para 15 doentes e um médico para 30. Não se pode exigir a um profissional nessas condições que dê uma boa assistência ao doente.*” ($E_{19}P_{12}L_{1,2,3}$).

Esta subcategoria definida depois da análise dos dados contradiz o que foi preconizado pela Declaração Alma-Ata (1978). Esta, enunciou uma meta de saúde para todos até ao ano 2000 e que a

(...) promoção e protecção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

Assim, pode-se verificar que ainda há muito caminho a trilhar no apoio de saúde aos mais Idosos e que apesar do objectivo “Saúde para todos no ano 2000”, actualmente já passaram 10 anos e esse objectivo ainda não foi atingido na totalidade.

Na subcategoria **Situação Familiar**, de acordo com alguns estudos, os Idosos referem que se sentem mais satisfeitos se puderem viver no seio familiar e na comunidade onde passaram a maioria das suas vidas. Segundo Oliveira (2010, p.101) existem várias

espécies de famílias, umas mais ou menos sadias ou doentias, pacíficas ou conflituosas, unidas ou desunidas, felizes ou infelizes ou mesmo deprimidas.

Conforme o tipo de família dos Idosos, poderá existir apoio ou abandono, alegria ou sofrimento.

No que diz respeito à unidade de registo **Problemas com a Família**, de acordo com Oliveira (2010, p.101) a família encontra-se em contínua evolução e transformação, isso constitui mais um problema para o idoso que por vezes se sente perdido e ultrapassado pelos filhos, netos ou bisnetos – “(...) *Moro com a minha filha, mas também só ajuda para ela.*” (E₁₄P₁₁L_{1,2}). Citando o mesmo autor (p.102), por vezes situações de necessidade mais grave para com os Idosos são geradoras de problemas no seio da família. Quando ocorrem estas crises graves se a resposta da família não foi bem sucedida o idoso que antes criou expectativas depois deprime.

Em relação à unidade de registo **Apoio da Família**, segundo Vallespir e Morey (*cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.233), os Idosos utilizam as suas redes sociais – familiares e amigos, basicamente – tanto para a resolução de problemas como para manter a sua integração na sociedade. Os cônjuges e os filhos são os maiores prestadores para o apoio e a resolução de problemas, tal como se analisa em “(...) *Tenho a minha filha que me ajuda muito.*” (E₁₈P₁₁L₁), ao passo que os amigos permitem um melhor acesso às actividades de recreio, lazer e, em geral, facilitam a integração social.

Também Moniz (2003, p.42) diz que a família “(...) é o principal sistema de suporte dos idosos e a principal fonte de manutenção da dignidade destas pessoas.” Por tradição, a família tem sido a opção mais adoptada e continua actualmente a ser a alternativa mais considerada para enfrentar esta etapa de vida, com tudo o que esta acarreta.

Na subcategoria **Situação económica pessoal** e na unidade de registo **Apoio Económico** alguns Idosos afirmam que deveriam de receber mais apoios a nível monetário – “*Podiam dar mais um bocadinho de reforma, porque é pouco, o modo de vida está tudo a aumentar e nós não ganhámos para pagar os gastos.*” (E₄P₁₂L_{1,2}). – o

que vai de encontro ao que afirmou Grácio (*cit. in* Costa et al., 1999, p.137). Segundo este autor

Os Idosos (reformados) deparam-se com vários problemas, entre os quais a perda de rendimentos, (...) constituem um grupo social bastante vulnerável à incidência da pobreza, devido à insuficiência de esquemas de protecção social na velhice, que se traduz na baixa de cobertura social relativamente às suas necessidades e também nos baixos montantes de subsídios recebidos.

Grácio ainda salienta que outro dos problemas com que os Idosos se deparam é que numa sociedade moderna, assente na rentabilidade e no lucro, estes não sendo produtores mas sim consumidores de bens e serviços, são entendidos como improdutivos, tornando-se caros para a sociedade.

No que concerne à unidade de registo **Apoio político**, Vallespir e Morey (*cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.179) referem que em Portugal “(...) existe uma bolsa de pobreza na população idosa muito importante, e para este tipo de população devem ir respostas políticas muito claras e explícitas (...)”. Ainda segundo as mesmas autoras (p.239), o estado não deve menosprezar as intervenções e medidas relativas aos Idosos e à sua qualidade de vida. É necessário apostar nas melhorias de infra-estruturas, de forma a garantir a possibilidade de uma utilização satisfatória por parte dos Idosos, assim como referiu este idoso “*Os profissionais, por exemplo da junta de freguesia, é onde as pessoas se deslocam mais para saber o que é preciso e o que podem fazer de lá e isso é uma fonte de informação. Pelo menos os da junta de freguesia.*” ($E_2P_{12}L_{1,2,3}$). Para além disto, devem ser reelaboradas as políticas e iniciativas que actualmente estão desenvolvidas, mas que afectam esta população em particular.

Em relação à unidade de registo **Apoio social**, para Vallespir e Morey (*cit. in* Osório e Pinto, 2007, p.239) “(...) é necessário trabalhar (...) para resolver problemas como a inexistência de uma rede bem estruturada de apoio às famílias cuidadoras.”

Conforme Ortiz (2002, p.81), o apoio social reduz efeitos stressantes de algumas adversidades e protege os Idosos de uma má saúde mental e física. Já Karuza (*cit. in* Katz, 2002, p.24) defende que o apoio social em simultâneo com a autonomia e o

controlo pessoal é um dos ingredientes chave para que os Idosos possuam um envelhecimento bem sucedido.

Todavia, o apoio social quando prestado com qualidade, segundo Cabete (2005, p.13), intervém positivamente na recuperação dos Idosos aquando situações de crise, uma vez que quanto melhor é o apoio, maior é a recuperação daí que este idoso tenha salientado que deveriam “(...) *Haver mais lares, sítios que desse para receber as pessoas. Não me importaria de ir para um lar.*” (E₅P₁₂L_{1,2}).

Quanto à subcategoria **Actividades de Vida Diária**, para Rebelatto e Morelli (2004, p.95) estas são as actividades básicas de cuidado pessoal que a própria pessoa realiza todos os dias, tais como comer, vestir-se, tomar banho, realizar transferências de posições, assim como controlar a bexiga e o intestino.

Mazo et al. (2004), declaram ser fundamental que o idoso se mantenha activo e assim consiga cultivar a sua capacidade de realizar as AVD's de forma independente, possibilitando ainda a sua participação no contexto social em que se insere, tal como referiu este idoso “*Até agora quem faz as coisas em casa sou eu.*” (E₁₈P₁L₁). Para Saldanha e Caldas (2004, p.67), os Idosos ao se cuidarem, para além de desenvolverem a sua auto-estima e auto-imagem, sentem-se queridos e possuem alegria de viver, mantendo as crenças nas coisas e esperança nas pessoas.

3.3.5. Percepção dos Idosos em relação à morte

Categoria: Percepção dos Idosos em relação à morte		
Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Perda	“(…) <i>A gente tem pena de deixar o mundo.</i> ” (E ₅ P ₆ L ₁)	1
Espaço Físico	“(…) <i>Penso em morrer na minha casa. (…)</i> ” (E ₁₄ P ₉ L ₁)	1
Perspectiva Temporal	“(…) <i>eu não chego a essa altura (…)</i> ” (E ₁ P ₁₁ L ₂)	4

Quadro 5 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Percepção dos Idosos em relação à morte”

O Quadro 5 possibilitou identificar a categoria “**Percepção dos Idosos em relação à morte**” com as respectivas unidades de registo perda, espaço físico e perspectiva temporal. Através da análise do quadro pode-se constatar que a perspectiva temporal da morte foi mencionada pelos Idosos entrevistados cerca de 4 vezes, dando a entender que o tempo de vida cada vez mais é escasso.

Cingindo-se à morte, esta deve ser encarada com naturalidade e não como sendo um fatalismo da medicina. Para Oliveira (2010, pp.107-108) os Idosos apresentam comportamentos diversos no que diz respeito à morte, uns afirmam estar preparados, outros vivem o presente apegados à vida, sem pensarem a longo prazo o que contraria a unidade de registo **Perspectiva Temporal**, onde um dos Idosos narrou que “(...) *se eu parar sei que vou para o cemitério.*” (E₇P₈L₂).

Relativamente à unidade de registo **Perda**, de acordo com o autor supracitado (2010, p.113)

O idoso descobre-se desarmado e indefeso do ponto de vista bio-psico-social na última etapa da sua vida, mais perto do que nunca dum desfecho desconhecido, tendendo deprimir-se ou a negar a morte (...)

Perante o relato desta idosa “(...) *A gente tem pena de deixar o mundo.*” (E₅P₆L₁), constata-se o quanto ela realça o facto de não querer deixar de viver, mas também não nega a morte a si mesma e ao próprio corpo. Conforme Belsky (1996, p.392), a palavra morte nos Idosos é mais comum do que qualquer grupo etário assim como, o modo de morrer. Ainda segundo este mesmo autor (1996, p.395) é muito complexo saber o que sentem os Idosos verdadeiramente relativamente à morte.

É importante salientar que muitos Idosos, encaram a morte como uma forma de libertação de vida destituída de significado e amor humano. Para além disto, muitos dos Idosos de hoje morrem em isolamento ou cercados de profissionais de saúde, em vez dos seus familiares (Saldanha e Caldas, 2004, p.69), no entanto o pensamento desta idosa na unidade de registo **Espaço Físico** reforça a ideia da importância de morrer no ambiente familiar – “(...) *Penso em morrer na minha casa. (...)*” (E₁₄P₉L₁).

CONCLUSÃO

Através da investigação efectuada foi possível constatar que o envelhecimento é um processo complexo e que muitos Idosos ainda não estão totalmente despertos para todas as mudanças que este comporta.

Ao longo da análise dos dados colhidos concluiu-se que os Idosos entrevistados no que respeita aos conhecimentos acerca do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável ainda não estavam bem familiarizados com este conceito e que possuíam pouca informação em relação ao mesmo. Quanto aos estilos de vida adoptados aquando o envelhecimento, verificou-se que alguns dos Idosos entrevistados atribuíam grande importância à religião e ao facto de serem pessoas autónomas, como se pode analisar na actividade física.

Para além dos conhecimentos e dos estilos de vida dos Idosos também foi possível concluir que o processo de envelhecimento foi acompanhado por emoções primárias e sociais. Pode-se mostrar que a maioria dos Idosos referiu emoções de carácter negativo, como a tristeza, raiva, indignação e solidão. Todas estas emoções podem interferir de formas diversas ao longo do envelhecimento.

Conclui-se também que para os Idosos existem factores que condicionam todo o processo de envelhecimento. Verificou-se que os Idosos consideraram a doença um factor bastante condicionante na sua velhice, assim como a falta de apoios que referiram existir por parte da sociedade actual e das próprias famílias.

É importante referir que a manutenção da independência e da autonomia da população idosa é uma tarefa difícil e trata-se de uma conquista que merece ser buscada pelos países em desenvolvimento, que experimentam um acelerado processo de envelhecimento. Os Idosos Activos constroem uma socialização maior, pois além dos benefícios físicos que o exercício proporciona, aumenta a auto-estima de qualquer pessoa, sentem-se mais à vontade para participar de actividades de grupos de convivência e isso alegra-os e proporciona contacto com outras pessoas.

Para que os Idosos possam envelhecer com qualidade de vida, é necessário que todos se constituam em agentes transformadores da sociedade, para juntos buscar o direito de serem tratados com dignidade e respeitados como pessoas.

Tendo por base o que já foi referido, pode-se concluir que os objectivos inicialmente propostos foram cumpridos, sendo, no entanto, de salientar as limitações inerentes ao estudo, como a inexperiência do investigador e as limitações temporais e espaciais.

Com finalização do presente trabalho sugere-se a divulgação do mesmo junto aos Profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários do Concelho onde se efectuou o estudo, para que estes tomem consciência de tudo o que os Idosos pensam acerca do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável, de modo a facilitar o processo de ajuda num envelhecer com melhor qualidade de vida, dando-lhes mais apoios. A grande sugestão deveria ser orientada para a criação de grupos especializados em Gerontologia que intervenham directamente na vida quotidiana dos Idosos de Portugal.

Tendo presente os resultados obtidos no estudo, face às suas restrições já apresentadas, sugere-se também um novo estudo, com um grupo mais abrangente e que possibilite verificar a percepção dos Enfermeiros acerca deste novo conceito Envelhecimento Activo confrontando os dados obtidos com os dos Enfermeiros.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. e Freire, F. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Lisboa, Psiquilibrios.
- Alves, J. (2005). Felicidade. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cespjoaobatista.com.br/Felicidade.doc>> [Consultado em 08/06/2010].
- Baldassin, A. (1993). *Enfermagem Gerontológica*. São Paulo, Editora Artmed.
- Baracco, L. (1990). *Saber envelhecer*. Lisboa, Edições Paulistas.
- Barbanti, V. J. (2003). *Dicionário de Educação Física e Esporte*. São Paulo, Manole.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70 Lda.
- Barus-Michel, J. (2003). Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. In: Aiello-Vaisberg, T. e Ambrosio, F. *Trajetos de sofrimento: rupturas e (re) criações de sentido*. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento – Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona, Masson.
- Berger, L. e Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto, Porto Editora.
- Bourdieu, P. (1983). Gostos de classe e estilos de vida. In: Ortiz, R. Coleção Grandes Cientistas Sociais. Nº39, Ática, São Paulo.

- Caballo, V. (1997). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid, Siglo de XXI de España Editores.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital*. Loures, Lusociência.
- Carvalho, J. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico*. Lisboa, Escola Editora.
- Conseil International des Infirmières (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1.0*. Lisboa.
- Corazza, M. A. (2005). *Terceira Idade e Atividade Física*. São Paulo, Phorte.
- Costa, E. (1998). *Gerontograma – A velhice em cena*. Editora Ágora.
- Costa, M. et alli. (1999). *O Idoso - Problemas e Realidades*. Coimbra, Formasau.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa – As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins, Edições Europa-América.
- Direcção Geral de Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/>>. [Consultado em 15/01/2010].
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica*. Porto Alegre, Artmed Editora.
- Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. [Em linha]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> [Consultado em 15/01/2010].
- Ermida, J. G. (1995). Avaliação Geriátrica Compreensiva. In: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. *Temas Geriátricos*. Tomo I. Lisboa, Roche Farmacêutica Química, pp. 43-52.

- Ferry, M. e Alix, E. (2004). *A Nutrição da pessoa idosa*. Loures, Lusociência.

 - Fernandes, P. (1997). *A depressão no Idoso*. Lisboa, Quarteto Editora.

 - Filho, E. e Netto, M. (2006). *Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo, Atheneu.

 - Fontaine, R. (1999). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa, Climepsi Editores.

 - Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

 - Fox, E. L. et alli. (1991). *Bases Fisiológicas da Educação Física e dos Desportos*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

 - Freitas-Magalhães, A. (2007). *A Psicologia Das Emoções*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.

 - Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte – Um desígnio do Enfermeiro de formação*. Loures, Lusociência.

 - Fry ST: *Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making*. Geneva, 1994, International Council of Nurses.

 - Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre, Artmed Editora.

 - Hart, S. (1997). Old age and behavior. In: A. Baum, et al (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. (pp.143-146). England: Cambridge University Press.

 - Hermógenes, A. (2002). *Saúde na Terceira Idade – Saúde no jovem, obra da natureza; Saúde no idoso, obra de arte*. Rio de Janeiro, Pergaminho.
-

- Hernández, M. *et alli.* (2000). *Enfermería Geriátrica*. Barcelona, Masson.

- Hessel, R. (2008). Conceito de Envelhecimento Activo. *Revista Europeia de Formação Profissional*. (Nº45) Cedefop, pp 160-162.

- Hulley, S. B. *et alli.* (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica*. Porto Alegre. Artmed Editora.

- Instituto Nacional de Estatística. [Em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main>. [Consultado em 08/02/2010]

- Katch, F. I. e Mcardle, W. D. (1990). *Nutrição, controle de peso e exercício*. Rio de Janeiro, Médica e científica.

- Katz, D. (2002). *Geriatrics Prática*. Rio de Janeiro, Revinter.

- Koenig, H. G. (2001). Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean? *Mayo Clinic Proceedings*, Durham, v. 76, n. 12, p. 1189-1191.

- La Taille, Y. (2002). O sentimento de Vergonha e suas relações com a moralidade. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a03v15n1.pdf>>. [Consultado em 08/06/2010].

- Ladislav, R. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa, Instituto Piaget.

- Laureati, M. *et alli.* (2006). Sensory acceptability of traditional food preparations by elderly people. *Food Quality and Preference*, v.17, pp. 43-52

- Lelord, F. e Christophe, A. (2002). *A Força das Emoções*. Cascais, Editora Pergaminho.

- Lessard-Hérbert, M. *et alii.* (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa, Instituto Piaget.

 - Lima-Filho, D. *et alli.* (2008). Comportamento Alimentar do Consumidor Idoso. [Em linha]. Disponível em <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/rn/article/viewArticle/619>>. [Consultado em 8/06/2010].

 - Maia, J. A. R. e Lopes, V. P. (2002). *Estudo do crescimento somático, aptidão física, actividade física e capacidade de coordenação de crianças do 1º ciclo do Ensino Básico da Região Autónoma dos Açores*. Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

 - Marconi, M. e Lakatos, E. (2007). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo, Editora Atlas.

 - Martín, J. *et alli.* (2008). *Psicologia para Todos – Guia Completo para o Crescimento Pessoal*. Rio de Moure, Círculo de Leitores.

 - Mazo, G. Z. *et alli.* (2004). *Atividade Física e o Idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre, Sulina.

 - Ministério da Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/actividade+fisica/actividade+grupos.htm>>. [Consultado em 8/06/2010].

 - Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa – A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures, Lusociência.

 - Monteiro, I. e Gaspar, A. (2007). Um estudo sobre as emoções no contexto das interacções sociais em sala de aula. [Em linha]. Disponível em <http://www.cienciamao.if.usp.br/dados/ienci/_umestudosobreasemocoeno.artigo completo.pdf>. [Consultado em 08/06/2010].
-

- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Oliveira de Azeméis, Livpsic.
- Oliveira, J. H. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto, Legis Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=704&print=1>>. [Consultado em 22/02/2010].
- Ortiz, L. A. et alli. (2002). *Psiquiatria Geriátrica*. Barcelona, Masson.
- Ortega, G. et alli. (2006). Why is happiness so important?. [Em linha]. Disponível em <<http://thehappinessshow.com>>. [Consultado em 8/06/2010].
- Osório, A. R. e Pinto, F. C. (2007). *As Pessoas Idosas*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Pinto, A. M. et alli. (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Polit, D. et alli. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. Brasil, Artmed Editora.
- Pope, C. e Mays, N. (2005). *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde*. Brasil, Artmed Editora.
- Potter, P. e Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem*. Loures, Lusociência.
- Powles JW, Zatonski W, Vander Hoorn S, Ezzati M. (2005) The Contribution of Leading Diseases and Risk Factors to Excess Losses of Healthy Life in Eastern Europe: Burden of Disease Study. *BMC Public Health*;5: pp.116.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Editora Grávida.

- *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/78/74>>. [Consultado a 08/06/2010].

 - Rebelatto, J. e Morelli, J. (2004). *Fisioterapia Geriátrica – A prática da assistência do idoso*. Brasil, Edição Manole.

 - Reichel, W. (2001). *Assistência ao Idoso*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

 - Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectivas Sistémicas*. Porto, Afrontamento.

 - *Revista de Estudos Demográficos – N° 40*. [Em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=5992992&PUBLICACOESmodo=2>. [Consultado em 08/02/2010].

 - *Revista Lusófona de Educação*. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n14/n14a09.pdf>>. [Consultado em 08/06/2010].

 - Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto, Legis Editora.

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

 - Rifiotis, T. (2005). O idoso e a sociedade moderna: desafios da gerontologia. [Em linha]. Disponível em <<http://mail.fae.unicamp.br/~proposicoes/textos/52-artigos-rifiotist.pdf>>. [Consultado em 08/06/2010].

 - Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures, Lusociência.
-

- Rodgers A, Ezzati M, Vander Hoorn S, Lopez AD, Lin RB, Murray CJ.(2004) Distribution of Major Health Risks: Findings from the Global Burden of Disease Study. PLoS Med; 1: pp.27.

 - Rodríguez, J. e Cruz, M. (2010). Análise descritiva da afetividade nos professores em formação na faculdade de ciências da educação da universidade de Granada. Revista Lusófona de Educação, 14 (pp.125-144). [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n14/n14a09.pdf>>. [Consultado a 08/06/2010].

 - Salgueiro, H. e Faria, T. (2005). *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, (Nº199, Maio). Edição Portuguesa, pp. 36-38.

 - Saldanha, A. e Caldas, C. (2004). *Saúde do Idoso – A arte de cuidar*. Rio de Janeiro, Editora Interciência.

 - Santos, J. (2009). Educação das Emoções: Fundamentos e Experiências. [Em linha]. Disponível em <http://www.castroalves.br/drjair/educacao_emocoes_fundamentos_e_experiencias.pdf>. [Consultado em 08/06/2010].

 - Spar, J.E. e La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa, Climepsi Editores.

 - Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica – Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra, Quarteto.

 - Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim – Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Loures, Lusociência.

 - Simões, A. (2007). *A nova velhice – um novo público a educar*. Porto, Ambar.

 - Squire, A. (2005). *Saúde e bem – estar para as pessoas idosas, fundamentos básicos para a prática*. Loures, Lusociência.
-

- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures, Lusociência.

- Streubert, H. e Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançado o Imperativo Humanista*. Loures, Lusociência.

- Strongman, K. (1998). *A psicologia da emoção*. Lisboa, Climepsi Editores.

- Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel, Editorial Novembro.

- Vieira, E. (1996). *Manual de Gerontologia – Um guia Teórico - Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares*. Rio de Janeiro, Editora Revinter.

- Vitória, P. (2008). Emoções. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scribd.com/doc/2581429/As-emocoes>> [Consultado em 08/06/2010].

- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. World Health Organization: Geneva.

- World Health Organization. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html>. [Consultado em 15/01/2010].

- Zimmerman, G. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed Editora.

– APÊNDICES –

– APÊNDICE I –

Documento de Consentimento Informado



Universidade Fernando Pessoa

– Unidade de Ponte de Lima –

Licenciatura em Enfermagem

2009/2010

Declaração de Consentimento Informado

Ana Rita de Faria Castilho, a frequentar a Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa, propõe-se realizar um estudo subordinado ao tema: **“Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável – Opinião dos Idosos do Concelho de Viana do Castelo”**, através da aplicação da entrevista semiestruturada, dirigida aos Idosos do referido Concelho.

São objectivos do estudo:

- Identificar os conhecimentos da pessoa idosa sobre o Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável;
- Conhecer os estilos de vida dos Idosos face ao processo de envelhecimento;
- Identificar as emoções experimentadas pelos Idosos face ao envelhecimento;
- Conhecer os factores que os Idosos identificam como condicionantes do processo de envelhecimento;
- Identificar a percepção dos Idosos em relação à morte.

O estudo tem como finalidade a conclusão da referida licenciatura devendo ser finalizado e discutido até ao final do 4º ano lectivo.

Eu, abaixo-assinado, _____, tomei conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, que versou os objectivos, os métodos e a sua finalidade.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo.

Por isso, consinto ser entrevistado(a) pelo investigador no âmbito do estudo acima referenciado.

Data: _____ / _____ / 2010

Assinatura do participante voluntário: _____

O Investigador responsável: Ana Rita de Faria Castilho

Assinatura: _____

– APÊNDICE II –

Guião de Entrevista

Universidade Fernando Pessoa



Guião da Entrevista

Orientações

- Apresentar e agradecer a participação no estudo;
- Explicar a razão da entrevista (referir tema e o porquê de ter sido escolhido para investigado);
- Pedir para responder com a maior sinceridade e esclarecer que pode desistir da entrevista a qualquer momento, se assim o desejar;
- Informar que tem a opção de não responder a uma ou mais perguntas, se assim o entender;
- Entregar e explicar o documento de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Esclarecer que as informações dadas serão apenas tratadas pelo investigador e para a realização deste trabalho;
- Pedir autorização para gravar a entrevista.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Variáveis Atributo

- Género:

- Masculino

- Feminino

- Idade: _____ anos

- Profissão/ões anterior à reforma: _____

- Identificação das doenças pessoais _____

- Número de elementos que compões o agregado familiar: _____

As seguintes questões são fios condutores ao longo da entrevista, mas são susceptíveis de sofrerem alterações no desenrolar da mesma de forma a moldar-se ao contexto sócio-cultural de cada participante. Pretende-se, assim, a obtenção de respostas dirigidas aos objectivos do estudo.

1. Em termos domiciliários, quem faz as tarefas domésticas e quem é cozinha?
2. Na sua opinião, acha que a sua reforma é suficiente para a sua subsistência? Porquê?
3. Como se sente a nível da sua independência? Porquê?
4. Sabe o que é o Envelhecimento Activo (Saudável)?
5. Que importância tem para si este envelhecimento (Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável)? Porquê?
6. Que importância tem na sua vida um Envelhecimento Activo (Saudável)? Se é importante porquê e para quê?

- 7.** Considera que tem um Envelhecimento Activo (Saudável)? Porquê?

- 8.** Acha que poderia ser mais Activo? Gostava de ser? Em que aspectos?

- 9.** Quais os factores que o limitam no Envelhecimento Activo (Saudável)?

- 10.** Há alguma área na sua vida que lhe dê prazer? Gostava de ser mais activo nas áreas que lhe dão prazer?

- 11.** Gostava de receber ajuda para envelhecer com mais actividade (de forma mais saudável)? Que tipo de ajuda?

- 12.** Quais os profissionais que o poderiam ajudar? Porquê?

Muito obrigada pela sua colaboração!

– APÊNDICE III –

Quadros de Análise de Conteúdo

Conhecimentos dos Idosos em relação ao Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável

Categoria: Conhecimentos dos Idosos em relação ao Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Saúde	Ausência de Doença	<p>“(…) É ter saúde não é?” (E₁P₄L₁)</p> <p>“(…) a gente amanhã não sofre de reumatismo, de determinadas doenças que podem vir do sedentarismo.” (E₂P₆L_{1,2})</p> <p>“(…) Envelhecer saudável é a pessoa que vai envelhecendo sem doenças.” (E₃P₄L_{1,2})</p> <p>“(…) se a pessoa tem um envelhecimento activo vai envelhecendo sem doença e é mais fácil.” (E₃P₅L_{1,2})</p> <p>“(…) Um envelhecimento activo e saudável diz respeito à saúde.” (E₆P₄L₁)</p> <p>“(…) É uma pessoa que nunca precisa de ir ao médico, de medicações.” (E₈P₄L₁)</p> <p>“(…) se envelhecer sem doença não se precisa tanto das pessoas.” (E₁₁P₆L_{1,2})</p> <p>“(…) Pessoa que envelhece com saúde (…)” (E₁₇P₄L_{1,2})</p> <p>“Talvez a saúde. Saudável é se tiver saúde (…)” (E₁₈P₄L₁)</p> <p>“(…) em que a pessoa envelhece com saúde, normalmente. (…)” (E₁₉P₄L_{1,2})</p>	10
	Bem-Estar	<p>“(…) Tendo saúde a gente fica melhor (…)” (E₁P₆L_{1,2})</p> <p>“(…) vivemos o dia a dia até uma idade grande.” (E₃P₆L₁)</p> <p>“(…) Uma pessoa que tem saúde se sente melhor.” (E₁₆P₆L₂)</p> <p>“(…) com saúde, com o envelhecimento natural em que as condições normais são ser saudável e é viver normalmente.” (E₁₉P₅L_{2,3})</p>	4
	Ausência de Sofrimento	<p>“(…) É não sofrer e pouco mais.” (E₅P₄L₁)</p>	1
Mobilidade	Mobilidade Física	<p>“(…) uma pessoa que pratica determinados desportos (…)” (E₂P₄L₁)</p> <p>“(…) poder dar um passeio (…)” (E₉P₆L₁)</p> <p>“(…) a gente desloca-se sem precisar de apoio, a pessoa é activa.” (E₁₂P₆L_{1,2})</p> <p>“É importante, porque tem saúde, anda sempre. (…)” (E₁₄P₆L₁)</p> <p>“(Envelhecimento Activo é) (….) fazer exercícios físicos, jogar à bola, natação, etc.” (E₁₆P₄L₁)</p> <p>“(…) Pessoa (….) que se mexe bem (….)” (E₁₇P₄L_{1,2})</p>	6
	Mobilidade Social	<p>“Trabalharmos para comer, para manter os filhos.” (E₄P₄L₁)</p>	1
	Mobilidade Global	<p>“(…) uma pessoa vai para velho e está sempre a funcionar (…)” (E₁₃P₄L_{1,2})</p> <p>“(…) Pessoa (….) que não tem problemas.” (E₁₇P₄L_{1,2})</p>	2

Estilos de Vida dos Idosos face ao Envelhecimento

Categoria: Estilos de Vida dos Idosos face ao Envelhecimento			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Crenças e Valores	Crenças e Valores Religiosas	<p>“Graças a Deus (sou independente).” (E₃P₃L₁)</p> <p>“Graças a Deus (A reforma é suficiente para a minha subsistência).” (E₆P₂L₁)</p> <p>“(…) Um envelhecimento activo (saudável) é ter sorte perante o Senhor.” (E₁₃P₄L_{2,3})</p> <p>“(Um envelhecimento activo) Graças a Deus tenho sim senhora.” (E₁₉P₇L₁)</p>	4
	Crenças e Valores Culturais	<p>“(…) O trabalho dá saúde.” (E₄P₆L_{1,2})</p>	1
Actividade Física	Exercício Físico	<p>“(…) pratico actividades desportivas como já fui árbitro, além da minha profissão, pratico basket desportivo, atletismo e um pouco de natação. (…)” (E₂P₆L_{1,2,3})</p> <p>“(…) eu ando a pé (…)” (E₉P₆L₁)</p> <p>“(…) ainda jogo futebol aos domingos (…)” (E₁₂P₇L₁)</p> <p>“(…) faço exercício físico, ando de bicicleta.” (E₁₆P₈L₁)</p>	4
	Lazer	<p>“(…) Eu se não trabalhar aqui trabalho em casa (…)” (E₇P₈L₁)</p> <p>“(…) Ainda vou cozendo, não faço fatos, mas vou cozendo.” (E₈P₁₀L₁)</p> <p>“(…) Gosto de trabalhar no campo na agricultura. Gosto de ir à pesca.” (E₁₁P₁₀L_{2,3})</p> <p>“Eu trabalho no quintal quando posso.” (E₁₄P₁₀L₁)</p> <p>“Gosto de electricidade e de ferreiro.” (E₁₅P₁₀L₁)</p> <p>“(…) Em casa ainda faço no quintal.” (E₁₇P₁₀L_{1,2})</p> <p>“(…) Gosto de fazer o meu trabalho de casa e fazer renda.” (E₁₈P₁₀L₁)</p>	7
	Actividade Laboral	<p>“Eu gosto deste modo de vida, de andar na feira, de trabalhar. (…)” (E₄P₇L₁)</p> <p>“Esta actividade (trabalhar no mercado) dá-me prazer, ajuda-me a estar mais satisfeito da vida.” (E₅P₉L₁)</p> <p>“(…) Eu se não trabalhar aqui na feira, trabalho em casa (…)” (E₇P₈L₁)</p> <p>“(…) trabalhei cinquenta oitos anos seguidos, mas gostava de trabalhar mais. (…)” (E₈P₈L₁)</p> <p>“(…) se tivesse mais trabalho para poder trabalhar ainda mais satisfeito ficava.” (E₉P₈L_{1,2})</p> <p>“Gosto de trabalhar não me dou sem fazer nada. (…)” (E₁₁P₁₀L₁)</p>	6
Hábitos Alimentares	Cuidados com a alimentação	<p>“(…) Cuidados com alimentação, a alimentação faz parte de comer e beber (…)” (E₃P₆L_{2,3})</p> <p>“(…) Faço cuidado com a alimentação, tudo cozido e à noite só leite.” (E₆P₇L₂)</p> <p>“Uma pessoa ser muito controlada na comida (….) cuidado no não beber, comer pouco sal (….)” (E₈P₆L_{1,2})</p> <p>“Eu se pudesse só comia peixe.” (E₈P₆L₄)</p> <p>“(…) O único cuidado é que como bem.” (E₁₃P₇L₁)</p> <p>“(…) Comer bem. (….)” (E₁₅P₄L₁)</p> <p>“(…) bons alimentos (….)” (E₁₈P₄L₁)</p>	7
	Cuidados com as bebidas alcoólicas	<p>“(…) se não houvesse (….) vinho não havia problemas. (….)” (E₈P₆L_{2,3})</p>	1

Emoções experimentadas pelos Idosos face ao Envelhecimento

Categoria: Emoções experimentadas pelos Idosos face ao Envelhecimento			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Emoções Primárias	Alegria	<p>“(…) uma pessoa encontra-se com as pessoas amigas, com as pessoas com quem conviveu e isso é maravilhoso.” (E₈P₅L_{1,2})</p> <p>“(…) É ter uma vida alegre, encarar a vida tal e qual como ela é (…)” (E₁₁P₄L_{3,4})</p> <p>“(…) vive mais tempo, tem melhor qualidade de vida e mais alegria.” (E₁₅P₆L_{1,2})</p> <p>“(…) uma pessoa anda mais alegre com saúde.” (E₁₈P₆L₁)</p>	4
	Felicidade	<p>“Já me considero muito feliz na maneira que estou (…)” (E₉P₈L₁)</p> <p>“Eu acho que já considerava todos felizes se tivessem o meu estilo de vida.” (E₉P₉L₁)</p>	2
	Tristeza	<p>“(…) não posso trabalhar.” (E₄P₃L₁)</p> <p>“Envelhecer é muito triste, porque a gente não pode fazer o que se fazia antes.” (E₁₀P₄L_{2,3})</p> <p>“(…) Acho que é uma tristeza, mas uma vez que nascemos temos que envelhecer.” (E₁₁P₄L_{2,3})</p> <p>“(…) Para mim é uma tristeza quando está a chover e não posso fazer nada. (…)” (E₁₁P₁₀L_{1,2})</p> <p>“O princípio que vivo triste neste país é derivado à política e aos governantes que a gente tem.” (E₁₂P₉L_{1,2})</p> <p>“(…) o envelhecimento nos vai limitando a actividade, não podemos ir muito além que o chinelo. (…)” (E₁₉P₈L_{1,2})</p>	6
	Raiva	<p>“(…) (A reforma) Dá para manter os cães. (…)” (E₅P₂L₁)</p> <p>“(…) só gostava que o Sr. Mário Soares ficasse sem o que eu fiquei no ultramar e recebesse o que eu recebo.” (E₉P₂L_{1,2,3})</p> <p>“(…) se fosse por Portugal estava roto. Aqui dá para um português que vai para o cemitério…” (E₁₃P₂L_{1,2})</p>	3
Emoções Sociais	Vergonha	<p>“(…) Tenho um vizinho que me trata muito mal, que diz que eu roubei, isto, roubei aquilo, sem roubar (…)” (E₁P₉L_{1,2})</p> <p>“(…) As pessoas são marginalizadas.” (E₇P₅L_{1,2})</p> <p>“Não, é vergonhoso (limitação económica).” (E₉P₂L₁)</p> <p>“(…) em Portugal não se aprende nada.” (E₁₃P₁₀L₁)</p>	4
	Indignação	<p>“(…) Hoje estamos a falar com uma pessoa a bem e dali a bocado a pessoa está a falar mal.” (E₇P₉L_{1,2})</p> <p>“Quando o idoso é abandonado havia de haver apoios para que a pessoa não se sentisse esquecido, marginalizado, mas não há.” (E₇P₁₁L_{1,2})</p> <p>“Esses profissionais haviam de acabar com as tabernas para as pessoas não beberem mais. (…)” (E₈P₁₂L_{1,2})</p> <p>“(…) Há muita gente que podia trabalhar, mas estão com o ordenado mínimo, porque se fazem de doentes.” (E₁₁P₂L_{1,2,3})</p>	4
	Solidão	<p>“(…) moro sozinho.” (E₁₁P₁L₁)</p> <p>“(…) moro só.” (E₁₃P₁L₁)</p>	2

Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável

Categoria: Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Situação pessoal em relação à Saúde/Doença	Identificação das situações saudáveis	<p>“(…) se tenho saúde (…) estou bem melhor.” (E₁₀P₆L₁)</p> <p>“(…) tenho saúde não preciso de ninguém.” (E₁₁P₇L₁)</p> <p>“Não tenho problemas de saúde (…)” (E₁₇P₉L₁)</p>	3
	Identificação das situações de doença	<p>“(…) sou diabética, tenho colesterol, pólipos no estômago, já fui operada quatro vezes. (…) Sou muito doente.” (E₁P₅L_{1,2,3})</p> <p>“(…) sou muito doente, tenho bicos de papagaio nos calcanhares, tenho colesterol, tenho nos joelhos, não sei dizer o nome...artroses, tenho aqui numa anca.” (E₁P₇L_{1,2,3})</p> <p>“(…) sou muito doente. (…)” (E₁P₁₁L_{3,4})</p> <p>“(…) Agora que sou doente, que não posso andar das pernas pouco adianta. (…) Tenho tido muitas quedas e agora vou ser operada aos dois joelhos, sofro do coração.” (E₄P₅L_{1,2,3,4})</p> <p>“(…) se eu não tivesse doença talvez vivesse melhor. (…)” (E₄P₉L₁)</p> <p>“(…) Não tenho saúde nenhuma, já fui operada onze vezes.” (E₆P₅L_{1,2})</p> <p>“(…) sou muito doente.” (E₆P₆L₁)</p> <p>“As minhas doenças.” (E₆P₉L₁)</p> <p>“(…) Só tenho problemas de tensão.” (E₉P₄L_{3,4})</p> <p>“(…) Ai com saúde, falta ela.” (E₁₀P₅L₁)</p> <p>“(…) infelizmente não posso (ser mais activo), porque tenho a mulher doente.” (E₁₂P₈L₁)</p> <p>“(…) estou doente.” (E₁₄P₇L₁)</p> <p>“Eu não posso fazer nada por causa da minha coluna.” (E₁₄P₈L₁)</p> <p>“(…) O Enfarte limitou-me muito, porque gostava muito de um prato na mesa, tenha falta de ar, não posso passear como passeava.” (E₁₉P₈L_{2,3,4})</p>	14
Falta de apoio na saúde	Falta de apoio ao nível da organização dos serviços de saúde	<p>“(…) muitas vezes nos hospitais não atendem a gente (…)” (E₁P₈L_{1,2})</p> <p>“As pessoas da saúde podiam ajudar mais quem precisa.” (E₇P₁₂L₁)</p> <p>“(…) Em termos de saúde a organização é muito má.” (E₁₆P₁₂L_{1,2})</p> <p>“Infelizmente no nosso país a saúde é como se sabe. Muitas vezes há uma enfermeira para 15 doentes e um médico para 30. Não se pode exigir a um profissional nessas condições que dê uma boa assistência ao doente.” (E₁₉P₁₂L_{1,2,3})</p>	4
	Falta de apoio ao nível dos profissionais de saúde	<p>“(…) e os médicos também não (…)” (E₁P₈L_{1,2})</p> <p>“(…) A gente muitas vezes vai à caixa e é maltrada pelos médicos, pelas enfermeiras. Fazem da gente um boneco (…)” (E₁P₁₂L_{1,2})</p> <p>“(…) Acho que devia haver uma intervenção mais directa dos médicos (…) a gente vai lá, consoante vai assim vem.” (E₁₄P₁₂L_{1,2,3})</p>	3

Categoria: Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável (cont.)			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Situação Familiar	Problemas com a Família	<p>“(…) só precisava que a minha família olhasse mais por nós.” (E₅P₃L₁)</p> <p>“(…) tenho três filhos e pensam que nós somos sempre novos.” (E₅P₈L_{1,2})</p> <p>“Gostava de receber apoio da família e pouco mais.” (E₈P₁₁L₁)</p> <p>“(…) alguns problemas na família.” (E₁₀P₉L₁)</p> <p>“(…) mas ela (filha) não sabe melhor que eu.” (E₁₄P₁L₂)</p> <p>“(…) Moro com a minha filha, mas também só ajuda para ela.” (E₁₄P₁₁L_{1,2})</p>	6
	Apoios da Família	<p>“(…) estou a viver com um filho (…)” (E₈P₂L₂)</p> <p>“É a minha filha que faz-me tudo.” (E₁₀P₁L₁)</p> <p>“De momento tenho a minha filha.” (E₁₀P₁₁L₁)</p> <p>“(…) a minha filha é que cozinha (…)” (E₁₄P₁L₁)</p> <p>“(…) Tenho a minha filha que me ajuda muito.” (E₁₈P₁₁L₁)</p>	5
Situação económica pessoal	Limitação Económica	<p>“É pouquinho, muito pouquinho, não dá para nada. Acho que devia receber mais. (…)” (E₁P₂L_{1,2})</p> <p>“(…) quem é que me vai dar casa se a minha não está paga? Ainda faltam cinco anos (…)” (E₁P₁₁L_{1,2})</p> <p>“Não, porque a minha reforma são 45 contos, o que é que me dá? Tenho que vir para aqui (mercado), porque o ordenado da gente não chega.” (E₄P₂L_{1,2})</p> <p>“Não, não dá. (….) 49 contos não dá.” (E₅P₂L₁)</p> <p>“Actualmente chega, mas com o trabalho.” (E₇P₂L₁)</p> <p>“Eu tenho 200 euros por mês, porque descontei pouco. (…)” (E₈P₂L₁)</p> <p>“(…) Estou a receber 200 e poucos euros (…)” (E₉P₂L₁)</p> <p>“O que recebo não me chega, só com a ajuda da minha filha.” (E₁₀P₂L₁)</p> <p>“Nada. Não dá. Descontei 28 anos, não chega para as despesas da casa, tenho uns rendimentos que juntei e é isso que me ajuda na minha subsistência.” (E₁₂P₂L_{1,2,3})</p> <p>“Isso é capaz de não dar. A gente vai poupando para quando não der termos mais algum.” (E₁₄P₂L_{1,2})</p> <p>“Arre medeiam, as despesas têm de ser controladas.” (E₁₇P₂L₁)</p> <p>“A daqui não me chega a nada, o que me vale é a de França (…)” (E₁₈P₂L₁)</p>	12
	Situação económica satisfatória	<p>“Actualmente o que recebo dá, gostava de fazer coisas mais alargadas, mas claro tenho que me endividar.” (E₂P₂L_{1,2})</p> <p>“De momento sobra. Temos uma vida fácil e farta.” (E₃P₂L₁)</p> <p>“Quase, para mim até dá, porque fiz umas economias. (…)” (E₁₁P₂L₁)</p> <p>“Ora bem, dá graças ao estrangeiro, se fosse por Portugal estava roto. (…)” (E₁₃P₂L_{1,2})</p> <p>“A minha reforma dá para tudo, não tenho problemas, porque estive na França.” (E₁₅P₂L_{1,2})</p> <p>“A minha reforma felizmente dá-me bem para viver, porque tenho a reforma de França (…)” (E₁₆P₂L_{1,2})</p> <p>“Vão chegando, não são grandes reformas, são médias e felizmente tenho boa assistência porque senão não sei até que ponto chegava. (…)” (E₁₉P₂L_{1,2})</p>	7

Categoria: Factores condicionantes do Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável (cont.)			
Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Identificação de necessidades de apoios	Apoio económico	<p>“Não trabalhar tanto e ter mais dinheiro.” (E₄P₁₀L₁)</p> <p>“Podiam dar mais um bocadinho de reforma, porque é pouco, o modo de vida está tudo a aumentar e nós não ganhámos para pagar os gastos.” (E₄P₁₂L_{1,2})</p>	2
	Apoio político	<p>“Os profissionais, por exemplo da junta de freguesia, é onde as pessoas se deslocam mais para saber o que é preciso e o que podem fazer de lá e isso é uma fonte de informação. Pelo menos os da junta de freguesia.” (E₂P₁₂L_{1,2,3})</p> <p>“(…) O governo é o globo do país.” (E₃P₁₂L₁)</p> <p>“O estado é que deve ajudar as pessoas que precisam.” (E₁₀P₁₂L₁)</p> <p>“(…) O estado, porque a gente trabalhou para que isto seja uma nação.” (E₁₂P₁₂L_{1,2})</p> <p>“(…) O estado deve apoiar mais os idosos.” (E₁₅P₁₂L₁)</p> <p>“(…) Os ministros, eles é que devem olhar por esta gentinha que anda por este mundo fora.” (E₁₈P₁₂L_{1,2})</p>	6
	Apoio social	<p>“(…) Haver mais lares, sítios que desse para receber as pessoas. Não me importaria de ir para um lar.” (E₅P₁₂L_{1,2})</p> <p>“Da maneira que isto está vejo poucas pessoas a fazerem trabalho social.” (E₉P₁₂L_{1,2})</p> <p>“(…) havia de existir uns centros em que as pessoas se dedicavam a tratar das pessoas (…)” (E₁₁P₁₂L_{1,2})</p> <p>“No momento tenho ajuda da segurança social (…)” (E₁₄P₁₁L₁)</p>	4
Actividades de Vida Diária	Realidade actual das AVD's	<p>“Em casa faço eu e o meu marido que me ajuda.” (E₁P₁L₁)</p> <p>“Ela faz tudo (esposa) e eu ajudo.” (E₂P₁L₁)</p> <p>“Fazemos nós aquilo que nos diz respeito, a casa é nossa.” (E₃P₁L₁)</p> <p>“Os trabalhos em casa, faço eu e as minhas noras.” (E₄P₁L₁)</p> <p>“Em casa sou eu que faço tudo (…)” (E₆P₁L₁)</p> <p>“Somos nós que fazemos o trabalho todo.” (E₇P₁L₁)</p> <p>“Em casa auxilio a minha mulher a fazer o estrugido e a arrumar a casa.” (E₈P₁L₁)</p> <p>“Sou eu que faço tudo sozinho em casa (…)” (E₁₁P₁L₁)</p> <p>“Em casa quem faz tudo sou eu.” (E₁₃P₁L₁)</p> <p>“A minha esposa faz tudo, se for preciso eu ajudo.” (E₁₅P₁L₁)</p> <p>“É a minha esposa.” (E₁₆P₁L₁)</p> <p>“Em casa faz a minha filha e a minha mulher. Eu vou fazendo no quintal.” (E₁₇P₁L₁)</p> <p>“Até agora quem faz as coisas em casa sou eu.” (E₁₈P₁L₁)</p> <p>“Fazemos os dois.” (E₁₉P₁L₁)</p>	14
	Apoio nas AVD's	<p>“Para já temos uma empregada.” (E₅P₁L₁)</p> <p>“(…) sou uma pessoa que precisa sempre de ajuda e com esta idade...tenho quem me ajude.” (E₁₀P₇L_{1,2})</p> <p>“É a Sr^a que vai 4 horas lá a casa que faz tudo.” (E₁₂P₁L₁)</p> <p>“(…) ainda há dinheiro para pagar a uma senhora que vai ajudando.” (E₁₂P₁₁L_{1,2})</p>	4

Percepção dos Idosos em relação à morte

Categoria: Percepção dos Idosos em relação à morte		
Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Perda	<i>"(...) A gente tem pena de deixar o mundo." (E₅P₆L₁)</i>	1
Espaço Físico	<i>"(...) Penso em morrer na minha casa. (...)" (E₁₄P₉L₁)</i>	1
Perspectiva Temporal	<i>"(...) eu não chego a essa altura (...)" (E₁P₁₁L₂)</i> <i>"(...) senão morria mais depressa." (E₆P₁L₁)</i> <i>"(...) se eu parar sei que vou para o cemitério." (E₇P₈L₂)</i> <i>"(...) Eu só tenho 84 anos, mas espero ir até aos 100 da mesma maneira como estou agora." (E₈P₅L_{2,3})</i>	4

– APÊNDICE IV –

Cronograma de Actividades



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Unidade Ponte de Lima
Curso de Licenciatura em Enfermagem

CRONOGRAMA

Nome do Investigador: Ana Rita de Faria Castilho

Ano: 2009/2010

Título: Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável
– Opinião dos Idosos do Concelho de Viana do Castelo –

Legenda:

Actividades Planeadas 

Actividades Realizadas 

