

Maria José Lima Pacheco

Percepção da Qualidade de Vida dos Idosos do Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa
de Vila Nova de Gaia

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Maria José Lima Pacheco

Percepção da Qualidade de Vida dos Idosos do Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa
de Vila Nova de Gaia

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Maria José Lima Pacheco

Percepção da Qualidade de Vida dos Idosos do Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa
de Vila Nova de Gaia

A aluna Maria José Lima Pacheco

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de licenciado
em Enfermagem

Porto, 2011

RESUMO

A imagem a que habitualmente se assiste refere-se a quadros retratando idosos sentados num banco de jardim ‘a ver o tempo passar’, mas pode estar em vias de extinção.

É sobejamente conhecido que a taxa de natalidade tem vindo a decrescer comparativamente com anos anteriores e, conseqüentemente, assiste-se a um aumento da longevidade que se pretende que seja de qualidade. Assim, os cuidados de saúde primários são mais procurados, e assiste-se a um programa de inovação e exploração tecnológicas bem como de reflexão psicológica, que se desenvolvem, imparavelmente, a nível global. Igualmente se estudam os processos de aumento e sensibilidade emocional dos idosos. Este progresso reflecte-se nos processos de aprendizagem dos enfermeiros que serão, conseqüentemente, passados por estes profissionais de saúde aos idosos.

Neste trabalho foi desenvolvido o tema “Qualidade de Vida dos Idosos do Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa Vila Nova de Gaia”, que se centrou no conhecimento que o idoso tem da sua qualidade de vida e do processo de envelhecimento gradativo que irá condicionar as suas actividades de vida diária, bem como a forma como se relaciona com os outros e com o mundo, em geral. Tendo como objectivos: conhecer a percepção dos idosos acerca do seu envelhecimento; conhecer as suas preocupações; e conhecer os seus projectos de vida. Os principais resultados foram que relativamente á percepção sobre o envelhecimento os idosos referem um envelhecimento positivo, aceitando-o, alguns com sentimentos de revolta e outros com dificuldades. As principais preocupações dos idosos estão relacionadas a nível da saúde, a nível financeiro e a nível afectivas. Quanto aos seus projectos de vida as conclusões que tiramos, estão relacionadas com a pertença, com a manutenção da saúde e com o convívio/lazer.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Idoso, Centro de dia, Envelhecimento, Projectos de Vida.

ABSTRAT

The current image of an elderly person spending most of their time seated on a garden bench watching the time passing by will soon cease to exist.

It is well recognised that over the past years the birth rate has been decreasing when compared with the previous years and consequently we observe a rise in the quality and duration of life.

The primary healthcare sector is the most sought after and it can be seen at a global level the development of programmes for technological innovation as well as psychological reflection. Equally, it has also been studied the increased emotional sensibility of the elderly. This progress is reflected on the learning and formation of nurses which will then be passed to the elderly via an healthcare professional.

In this report, the topic "Quality of life of the elderly at the elderly centre of the Portuguese Red Cross in Vila Nova de Gaia" was focused on the knowledge that the elderly have on their quality of life and in the progressive aging process which will affect their daily routine and also the way they interact with other people and with the world in general.

The main objectives of this report were to acknowledge the perception of the elderly about the aging process, their main fears and understand their life projects.

The main results indicate that the elderly accept with some optimism their aging process despite some anger feelings and difficulties. The main fears of the elderly are related with their health, economic and affective conditions. In relation to their life projects, it is possible to conclude that they are related with the sense of achievement, the maintenance of their health condition and with leisure activities.

Keywords: Quality of life, Daily centre, Aging process, Life Projects

DEDICATÓRIA

À minha mãe, ao meu pai, ao meu sogro e à
minha amiga Rosa que tão precocemente me
deixaram. Certamente onde quer que estejam
estão orgulhosos de mim.

AGRADECIMENTOS

Sendo esta, uma etapa final, desde meu percurso acadêmico, não posso deixar de agradecer a todos os que estiveram sempre ao meu lado e me apoiaram em todos os momentos.

Ao meu marido, aos meus filhos, às minhas irmãs, cunhados, cunhadas, à minha sogra, à minha madrinha e primas, aos meus sobrinhos todos, em especial as minhas afilhadas e a toda restante família, amigos, professores e alguns orientadores ao longo dos meus ensinamentos clínicos pelo apoio incondicional dos tempos mais difíceis.

À minha orientadora professora Doutora Júlia Rodrigues pelo apoio, colaboração, simpatia e disponibilidade, a todos os idosos que contribuíram para o meu estudo sem a qual a execução deste trabalho seria muito mais complicado.

Agradeço a todos os meus colegas de turma, em particular a Sílvia, Teresa, Tânia, Alla, Fatinha e Anita que estiveram sempre ao meu lado neste percurso acadêmico e que me acompanharam nos bons e maus momentos.

A todos os colaboradores das tintas CIN, nos quais durante 22 anos fizeram parte do meu percurso de vida até este momento, em especial aos colegas de laboratório e aos meus chefes.

E a todos aqueles que fazem ou fizeram parte da minha vida.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

DGS – Direcção Geral de Saúde

E - Entrevista

p. – Página

pp. – Páginas

OMS – Organização Mundial de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

DECP – Departamento de Estimativas e recenseamentos Gerais da População

VNG – Vila Nova de Gaia

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

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	12
I – FASE CONCEPTUAL.....	14
1.1 Justificação do tema e problema de investigação	14
1.2. Pergunta de Partida e Questões de Investigação	16
1.3. Objectivos de investigação	17
1.4 Revisão de literatura.....	18
1.4.1. O Processo de Envelhecimento e qualidade de vida	18
1.4.2. O Centro de Dia	27
II. FASE METODOLÓGICA.....	29
2.1 Princípios Éticos.....	29
2.2 Tipo de Estudo	32
2.3 Meio do Estudo	32
2.4 População alvo e amostra	33
2.5 Instrumento de recolha de dados.....	34
2.6. Previsão do Tratamento de Análise de dados	35
III. FASE EMPÍRICA.....	38
3.1. Caracterização da amostra	38
3.2. Apresentação, análise e discussão dos resultados	39
IV – CONCLUSÃO	51
IV – CONCLUSÃO	52
V- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS / SITIOGRAFIA.....	55

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização para recolha de dados

Anexo 2 – Apresentação e Instruções/ Consentimento Informado

Anexo 3 – Guião de Entrevista

Anexo 4 – Cronograma

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização da amostra

Quadro 2 – Percepção do Idoso sobre o Envelhecimento

Quadro 3 – Preocupações dos Idosos

Quadro 4 - Projectos de Vida

0 – Introdução

Este trabalho, Projecto de Graduação surge no âmbito da unidade curricular Projecto de Graduação e Integração Profissional, da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Porto.

A enfermagem como profissão, reconhece a investigação científica, como uma forma de ampliar o conhecimento científico que, por sua vez, se torna indispensável para a sua prática.

O tema “Percepção da qualidade de vida dos idosos do Centro de dia da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Nova de Gaia” versa o envelhecimento da população porque se trata de uma área actual e merece a atenção de vários sectores, nomeadamente o da saúde. A escolha deste tema surgiu de uma profunda reflexão e do facto, amplamente constatado, de que o envelhecimento populacional constituir uma realidade e um desafio às sociedades modernas (Rodrigues, 2007,p.58).

Para dar resposta às questões e aos objectivos, decidiu-se enveredar por um estudo qualitativo, do tipo descritivo – exploratório de cariz fenomenológico, com idosos a frequentar o Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa, de Vila Nova de Gaia. A colheita de dados foi realizada por entrevista aberta, cuja recolha de dados foi efectuada a uma amostra de seis idosos, quatro do género feminino e 2 do género masculino.

Cada vez mais os profissionais de saúde apostam na importância do desenvolvimento de actividades, muitas vezes, realizadas nos centros de dia. Dentro e fora desse local, o papel do enfermeiro devidamente credenciado, é crucial porque permite transmitir ao idoso a percepção das suas capacidades cognitivas inerentes à idade e, por isso, tirar partido desse potencial e aplicá-lo de uma forma interessante e ajustada a si próprio, suavizando, dessa forma, os problemas que os rodeiam, familiares ou não.

Este projecto encontra-se dividido em cinco partes: uma introdução, uma fase conceptual e uma fase metodológica, uma fase empírica e uma conclusão. Na fase conceptual aborda-se o tema, o problema de investigação, as questões, os objectivos e a revisão bibliográfica. Na fase metodológica aborda-se o tipo de estudo, a população alvo, a amostra e o processo de colheita de dados. Na fase empírica aborda-se a discussão dos resultados. Por fim, segue-se a conclusão.

I – Fase Conceptual

Segundo Fortin (2009, p.49) a fase conceptual é definida como sendo:

(...) a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema.

Durante este capítulo será justificado a escolha do tema, elencadas as questões e os objectivos da investigação e será igualmente apresentada uma revisão, de forma a contextualizar a problemática em estudo.

1.1 Justificação do tema e problema de investigação

O estudo de investigação começa com um problema que o investigador pretende resolver ou ser capaz de identificar.

Para Fortin, (2009, p. 143):

A formulação do problema tem em consideração a sucessão lógica dos elementos e das relações entre estes e os escritos aos quais o investigador se refere. Apresenta-se o tema de estudo, explica-se a sua importância, resumem-se os dados de facto e as teorias aplicadas no domínio e sugere-se uma solução.

O envelhecimento populacional constitui uma realidade e um desafio às sociedades modernas (Rodrigues, 2007,p.58). Assim sendo pretendemos com este estudo saber:

- O que referem os idosos sobre o seu envelhecimento?
- Quais os seus projectos de vida?

Portugal, à semelhança de outros países, está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizando-se esta por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa. São tendências pesadas com fortes implicações estruturantes, mas uma das principais consequências desta transformação dá-se a nível do sector da saúde. Estas alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das Pirâmides entre 1991 e 2001, na qual a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 20% para 16%, enquanto a proporção de idosos subiu de 13,6% para 16,4%, suplantando a proporção de jovens. (Fonte: INE/DECP, 2008 Estimativas e Recenseamentos Gerais da População).

Segundo a hipótese média de projecção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Ao contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2008).

A maior longevidade é fruto de conquistas importantes em termos de saúde pública e de nível de vida. O envelhecimento não é uma doença, mas sim um processo inevitável, gradual e altamente variável de indivíduo para indivíduo.

Refira-se, no entanto, que o aumento da quantidade de vida nem sempre é acompanhada do aumento da qualidade de vida, não sabendo nós qual a mais importante, sendo esta uma problemática muito pertinente devido à sua subjectividade.

Segundo Costa (1994), *cit in* Paúl (2005, p. 269):

“(…) a percepção dos enfermeiros acerca das preferências dos idosos situa-se nos cuidados de manutenção da vida, enfatizando nestes o carinho, a relação interpessoal, a comunicação, o respeito e o conforto.”

O papel do enfermeiro juntamente com a restante equipa multidisciplinar é importante no que diz respeito ao processo contínuo de alterações, degenerescências e melhorias da qualidade de vida do idoso. A relação anteriormente referida é um fenómeno complexo, onde se estabelecem valores, emoções, opiniões e visões que se estendem por diversos níveis e nos quais o contexto cultural e pessoal dos intervenientes desempenha um papel não menos importante.

Em face do afirmado anteriormente e tendo também em conta o interesse pessoal, optou-se por escolher este tema. Esse mesmo interesse advém não só da experiência pessoal marcante resultante da existência de vários idosos no seu núcleo familiar, mas também da necessidade de aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o meu percurso académico e as experiências vividas no contexto dos ensinos clínicos, nomeadamente nos serviços de medicina, e no centro de saúde onde realizei o meu ensino clínico.

1.2. Pergunta de Partida e Questões de Investigação

Para Fortin (2009, pp.72-73) uma questão de investigação é:

(…) uma pergunta explícita respeitante a um tema que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

Segundo o mesmo autor, (2009, p. 73) “(...) O tema em estudo é o aspecto preciso do problema que se quer estudar; a questão pivô é uma interrogação que precede o tema em estudo (...).”

Assumida a importância e a relevância do tema em estudo, optou-se pela seguinte pergunta de partida:

Qual é a percepção da qualidade de vida dos idosos do Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa de VNG?

Naturalmente a questão pivô irá levantar outras questões que nos ajudarão a compreender melhor o fenómeno em estudo, tais como:

- De que forma experienciam o processo de envelhecimento?
- Quais as principais preocupações vivenciadas pelos idosos?
- Quais são seus projectos de vida?

1.3. Objectivos de investigação

Podemos dizer que os objectivos de estudo indicam o porquê da investigação. Segundo Fortin (2009, p.52):

Tendo sido formulado o problema, o investigador deve precisar a direcção que ele entende dar à investigação. Definindo o objectivo, é-se conduzido a precisar os conceitos que serão estudados, a população alvo e a informação que se deseja obter.

Deste modo, os objectivos gerais do nosso estudo prendem-se com:

- Conhecer a percepção dos idosos acerca do seu envelhecimento;
- Conhecer as suas preocupações;
- Conhecer os seus projectos de vida.

1.4 Revisão de literatura

De acordo com Fortin (2009, p. 87):

Uma revisão da literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Examinam-se estas publicações para levantar tudo o que se reporta com a questão de investigação e, dado o caso, para determinar os métodos utilizados e apreciar ao mesmo tempo as relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados obtidos e as suas conclusões. O exame profundo destas publicações permite obter a informação necessária para a formulação do problema de investigação.

Nesta fase de revisão bibliográfica do nosso estudo teremos que referir em primeiro lugar os conceitos-chave, defini-los e esclarecê-los, para uma melhor percepção e compreensão do mesmo.

1.4.1. O Processo de Envelhecimento e qualidade de vida

O envelhecimento tem início relativamente precoce no final da segunda década de vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surjam no final da terceira década as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais. Admite-se como regra geral, que ocorre a cada ano a partir dos trinta anos de idade perda de 1% da função (Papaléo Netto, 1996).

O aumento de idosos em Portugal não está a ser compensado com equivalente número de nascimentos. Esta realidade é mais ou menos comum na Europa Ocidental e na América do Norte.

O envelhecimento, é um processo que se inicia com o nascimento do indivíduo e que, se não existirem condições anómalas e altamente patológicas durante parte da vida, serão fases ricas que sucedem, altamente enriquecedoras para quem as aproveita com inteligência e também de grande ensinamento para quem rodeia o idoso. Segundo Freitas, E. et al. “O envelhecimento (processo), a velhice e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados” (2002, p. 10).

De acordo com o mesmo autor:

(...), o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte” (2002, p.10).

Freitas, E. et al, caracteriza ainda que velho e velhice estão associados a uma:

(...) redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afectivas (2002, p.10).

Desta forma o envelhecimento é um processo de redução gradual das capacidades do indivíduo, atingidas no apogeu da sua vida física, psicológica e social.

O envelhecimento é uma fase da vida comum a todos os seres vivos, sujeita a agressões mais ou menos fortes e conhecida desde o seu nascimento. O Homem, por isso, não escapa a esta fase se todos os parâmetros sequenciais se tiverem verificado, ou seja, se não for vítima de morte precoce.

Há, pelo menos, dois tipos de envelhecimento: envelhecimento primário e envelhecimento secundário.

De acordo com Barreto, (2000, p. 291), define:

O envelhecimento primário pode ser considerado um processo normal, mais ou menos, semelhante em todos os indivíduos da mesma espécie, gradual e previsível, e considera-se geralmente que está na dependência de factores genéticos.

O envelhecimento secundário resultará da acção de causas diversas e as suas manifestações irão variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo. Ele vai derivar na maioria dos casos de alterações do ambiente, e é portanto em grande parte imprevisível.

A Organização Mundial de Saúde classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade nos países em desenvolvimento (OMS, 2009).

A D.G.S (2004) define a qualidade de vida como:

(...) percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente.

Na mesma linha de pensamento, Freitas, E. et al. consideram que a

(...) qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida de acordo com o contexto cultural e sistema de valores com os quais convive em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (2002, p.81).

O factor individual surge como determinante para se afirmar a inexistência de um caminho único de envelhecimento, podendo diferentes pessoas percorrerem diferentes percursos de envelhecimento com uma idêntica qualidade de vida.

Segundo Fonseca (2005), há diferenças sensíveis quanto ao modo como o processo de envelhecimento decorre, o indivíduo, relativamente a diversos aspectos tidos geralmente como determinantes para a sua qualidade de vida:

(...) saúde, integração social, capacidades funcionais (que permitem manter a independência nas actividades de vida diária), actividades (relativas à ocupação do tempo em actividades que dêem satisfação), qualidade ambiental (em termos da casa que se habita e do lugar onde se vive), satisfação com a vida, educação, recursos económicos, acesso a serviços sociais e de saúde (2005, p.304).

Começando pela Idade e segundo descrito por Fonseca (2006, p.21):

(...) devemos fazer notar que as expressões *idade* (quer no sentido amplo de *idade cronológica*, quer, no sentido mais restrito de *idade adulta ou idoso*) (...) começaremos por centrar a nossa atenção no conceito de *idade* e num “produto sócio-cultural” a ela associado - o *idadismo* - depois naquilo que é frequente e popularmente considerado como o “princípio da velhice”(ou seja a *meia-idade*), para finalmente reflectirmos de forma mais consistente acerca dos vários significados possíveis dos termos *velhice* (enquanto tradução da categoria “*idoso*”) e *envelhecimento*.

Desta forma o envelhecimento pode ser definido: “... como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo” Costa, M. et al (1999, p.43).

Ainda sobre o envelhecimento, e este não pode ser visto tendo como significado doença: vive-se e logo conseqüentemente envelhece-se.

Binet e Boulière, citados por Gonçalves (1990,p.30), referem que o envelhecimento diz respeito “a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção sobre os seres vivos”.

Os estímulos da família e dos profissionais de saúde ao envelhecimento saudável deve ser um processo sempre inacabado.

Um indivíduo com idade superior a 65 anos, teoricamente, considera-se um idoso ou indivíduo velho, mas não tem necessariamente de ser um indivíduo doente ou com visíveis sinais de senilidade. Contudo, o termo “Idoso”, é muito questionável, porque toda a envolvente social positiva de um indivíduo saudável pode atrasar o processo de envelhecimento e senilidade. Há, pois, que considerar o binómio “deterioração física e degenerescência psicológica” (INE, 2008).

Na mesma linha de pensamento, Frenandez-Ballesteros (2000) *cit in* Fonseca:

(...) dá-nos conta da dificuldade em delimitar o que se entende por velhice; num inquérito realizado em Espanha nos inícios dos anos “90”, a autora constatou que apesar da maioria das pessoas considerar que a velhice dependia da idade, cerca de um quarto dos respondentes considerava que a velhice tinha a ver com outras, condições, como o aspecto físico, a capacidade intelectual, a saúde ou o facto de se encontrar reformado. Porém, mesmo os que diziam que a idade era critério que melhor definia a velhice, o início desta poderia ir dos 60 aos 70 anos, com mais de metade dos sujeitos que consideravam a idade

como elementos que diferenciava a idade adulta da velhice a situarem o seu início aos 65 anos (idade convencional da reforma na maioria dos países) (2006,p.69).

Com a idade alguns aspectos físicos vão-se alterando, tais como a audição, visão, dentição e postura corporal o que se vai reflectir na saúde da pessoa. A falta de correcção ou o não acompanhamento do estado de saúde dos indivíduos a partir desta fase da vida, concorre para a degeneração dos tecidos e órgãos de que resultam diminuição de funções vitais, algumas das quais inevitavelmente afectarão a saúde numa fase mais avançada na idade.

De acordo com Fortaine (2000, p.23):

O envelhecimento é, assim, um processo diferencial (muito variável de indivíduo para indivíduo) que revela simultaneamente dados objectivos (degradações físicas, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos, etc.), e também dados subjectivos que constituem de facto a *representação* que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento. Tal significa que cada um de nós tem diversas idades.

As alterações corporais dependem também em grande parte do estilo de vida dos indivíduos desde a juventude, quando, quase imperceptivelmente, todas as transformações vão tomando forma. Mais tarde é muito difícil determinar quando uma disfunção começou a tomar forma, e por isso mais complicado debelá-la.

As alterações fisiológicas externa, como por exemplo as manchas e a pele enrugada são um dos primeiros indicadores, podendo desta forma ser a causa mais próxima de problemas psicológicos, pelo facto dos indivíduos poderem não conseguir lidar com o seu novo visual. Também, em simultâneo, podem começar a surgir os primeiros sintomas de disfunções sexuais, que podem desencadear todo um conjunto de queixas relacionadas com o início de mau funcionamento real de vários órgãos.

Estas alterações são visíveis e distintas entre o homem e a mulher, na medida em que a sua constituição física corporal é também ela diferente desde o nascimento e por força de mutações e desenvolvimentos ao longo da vida, que caracterizam e distinguem o homem da mulher. É, por isso, importante que os indivíduos procurem ser assistidos pelo médico e respectivo enfermeiro de família mas também por especialistas, de acordo com os órgãos, femininos ou masculinos, objecto de análise.

Cada vez mais existem meios e métodos sofisticados de correcção de deficiências, que favorecem o atraso no envelhecimento, tais como, as consultas de rotina que muitas vezes são pouco aproveitados pela população por razões culturais.

Os órgãos vão sofrendo não só as agressões e desgastes inerentes à própria idade, mas também do que de mau advém do meio ambiente absolutamente adulterado. Os efeitos nefastos do meio ambiente sobre o indivíduo constituem uma novidade estudada na segunda metade do século XX.

A ida aos serviços nacionais de saúde, ser promovida a partir do seio familiar e depois igualmente fomentada pelos profissionais de saúde, hoje orientados e vocacionados não são só para os actos curativos e preventivos, mas também para o apoio psicológico prestado de uma forma cuidada e não invasiva.

É importante não desmentir a realidade do envelhecimento mas sim acompanhá-la e demonstrar que a velhice é tão somente uma etapa da vida, programada desde o seu início e que tem de ser acompanhada de uma forma natural e sem protecção excessivo. Se houver necessidade de se fazer ajustes na rotina diária, tudo deve ser encarado com naturalidade e acompanhado sem preconceitos e com uma atitude positiva. Não devemos inculcar no indivíduo a ideia de ter de cumprir determinados objectivos num certo horizonte temporal, porque esse horizonte não é conhecido de ninguém, pelo menos aquando do aparecimento dos primeiros sinais de velhice.

O acompanhamento positivo, as conversas afáveis, a perspectiva de um novo tipo de vivência feliz, por exemplo o acompanhamento do crescimento dos netos, um convívio mais regulado com os amigos de sempre, podem transformar uma nova etapa da vida num capítulo ainda mais excitante e agradável do que nos tempos de grande azáfama em que predominavam as preocupações de trabalho e económicas, e das quais vivências, que em tempo útil, não lhe tiramos partido.

O envelhecimento psicossocial tem sido explicado com base em três teorias:

A primeira teoria é a “Teoria da actividade” que consiste na relação entre as actividades sociais e a satisfação da vida. O Idoso deve de ser activo para manter uma maior auto-estima e uma maior satisfação da vida.

Assim diz, Berger & Poirier, (1995, p. 105):

Um idoso deve manter-se activo a fim de: obter, na vida, a maior satisfação possível; manter a sua auto-estima e conservar a sua saúde. A velhice bem sucedida implica a descoberta de novos papéis, na vida.

A segunda teoria é “Teoria da desinserção” que demonstra que com o envelhecimento o idoso afasta-se da sociedade, pondo fim a sua forma de vida, o mesmo autor refere que “O envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo.”

Por fim, a terceira teoria, a “Teoria da continuidade” que nos vem dizer que o envelhecimento faz parte do nosso ciclo de vida e que o idoso mantém a sua personalidade, “O idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes parte da sua personalidade.”

O envelhecimento é então um processo multifactorial, único para cada indivíduo e que é altamente dependente de muitos factores e contextos.

A questão fisio-psicológica da velhice não deve ser desprezada, mas cuidada numa perspectiva de “diferença” em vez de “boa ou má”.

Moniz (2003) verbaliza que “a pessoa, nasce, cresce, envelhece e morre. Ao longo da vida passa por influências internas e externas que vão ter repercussões na sua velhice e na forma como vai envelhecendo.” (2003, pp. 47, 48). A aceitação e o modo como se vivencia o envelhecimento é altamente dependente do indivíduo e da sua contextualização, sendo que a importância da componente psicossocial se pode inclusive sobrepor à da componente fisiopatológica, embora estas estejam, obviamente, fortemente interligadas.

Não fazia sentido, se no nosso estudo não falássemos um pouco sobre este tema. Podendo ser observado, fomentado e mesmo promovido de uma forma geral, quer pelo lado individual, quer pelo colectivo. Citando então um artigo do Portal da Saúde Pública, elaborado no âmbito das comemorações de 2008 do Dia Mundial do Idoso (1 de Outubro de 1999 Segundo recomendações da ONU), o envelhecimento é fundamental:

“ (...) envelhecimento activo e saudável – também de protegerem e promoverem com cuidados permanentes: leitura regular, participação activa na discussão dos assuntos do quotidiano, realização de jogos que estimulem raciocínio, manutenção de actividades dentro e fora de casa (passeios, visitas, voluntariado...), participação em tarefas de grupo os eventos de associativismo, entre outros (...) envolvimento dos serviços de saúde mas dão ênfase ao estabelecimento de parcerias e o bom aproveitamento de todos os recursos comunitários existentes e concorrentes para os objectivos do programa: autarquias, instituições de acção social, estabelecimento de ensino, entidades privadas, ect. (...)”.

Na mesma linha de pensamento Faria refere que:

(...) Os estilos de vida estão intimamente ligados aos valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionamentos práticos de situações culturais, sociais e económicas determinantes. O estilo de vida individual é modificado pelos efeitos de interacção entre os indivíduos e pela aprendizagem social (...) os idosos devem manter-se activos, afim de obter na vida a maior satisfação possível, conservando a saúde e mantendo a auto – estima (...) (1983, p.62).

1.4.2. O Centro de Dia

Os Centros de Dia são uma resposta social, protocolada com a Segurança Social, desenvolvida em equipamento, dirigida a pessoas que, continuando a habitar na sua casa, encontram no Centro de Dia um conjunto de serviços que, para além de passarem pela nutrição e alimentação, visam sobretudo a manutenção e a promoção da autonomia dos seus utentes, através da sua integração em actividades sócio-culturais e do acompanhamento das suas actividades quotidianas.

Freitas, E. et al (2002, p.1066), define o centro de dia, como:

(...) Um programa de atenção integral às pessoas idosas que, por carências familiares e funcionais, não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários; proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto a família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso.

Segundo um artigo publicado pela Direcção Geral da Acção Social intitulado por “Centro de Dia”, dada a sua longa existência, o centro de dia tem vindo a evoluir, adaptando-se às realidades em presença, particularmente no que se refere á sua concepção e aos serviços prestados, constituindo assim, em muitos casos um pólo

dinamizador e ponto de partida para a prestação e/ou desenvolvimento de actividades na comunidade (Bonfim e Saraiva, 1996, p. 5).

Na perspectiva dos mesmos autores o centro de dia é:

uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar (1996, p. 7).

Ainda, segundo o mesmo artigo e pela norma III, os objectivos do centro de Dia são:

- a) Prestação de serviços que satisfazem necessidades básicas;
- b) Prestação de apoio psico-social;
- c) Fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento (1996, p.7).

II. Fase Metodológica

A metodologia é a base de um trabalho de investigação, sendo que fornece ao investigador toda a estratégia que define o processo de pesquisa. Os trabalhos de investigação, para que sejam válidos e permitam obter informações utilizáveis, devem obedecer a critérios de rigor e sistematização precisos e exactos.

Segundo Polit & Hungler (1995, p.13) “(...) o método científico refere-se a um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas”.

De acordo com Fortin:

(...) o investigador determina a sua maneira de proceder para obter respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. A natureza do desenho varia segundo o objectivo do estudo consiste em descrever um fenómeno ou explorar ou verificar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos. (...), o investigador define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e precisa os métodos de colheita dos dados. (2009, p. 53).

Para estes autores a aquisição sofisticada de conhecimentos aceite pela sociedade científica, deve existir forma a alcançar o fim em vista. É importante para validar o próprio trabalho de investigação. Consequentemente, nesta fase do trabalho serão abordados aspectos fundamentais, tais como os princípios éticos, o tipo de estudo utilizado, o meio, a população alvo e a amostra, bem como o instrumento de colheita de dados.

2.1 Princípios Éticos

Qualquer investigação, por mais importante ou relevante que seja, tem de obedecer aos princípios éticos em vigor. Todas as pessoas envolvidas no meu estudo têm direito ao

respeito, à privacidade, confidencialidade e de responderem ou não às minhas questões, por isso, e de acordo, com Fortin (2009, pp. 180-181):

(...) à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência. Ao estudarem fenómenos biopsicossociais, os investigadores podem provocar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas com quem entram em relação ou na sua vida privada, ou ainda causar-lhes prejuízos (...) o investigador é chamado a resolver certas questões de ordem ética.

Para Fortin (2009, p. 189) é importante que o “ (...) investigador empenha-se em manter secreto os dados recolhidos durante e após o estudo não podendo comunicá-los a quem quer que seja (...)”.

Assim assegurado os direitos fundamentais, sendo eles:

- **Direito à auto-determinação.** Este direito fundamenta-se no princípio do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é autónoma e capaz de decidir os seus destinos, sem interferência de terceiros. Neste trabalho pediu-se colaboração na entrevista, tendo, como era devido, sido explicado o tema do trabalho e a sua finalidade e importância. Foi, ainda, clarificado que tinham liberdade de decidir se pretendiam participar ou não.
- **Direito à intimidade.** A pessoa tem liberdade de decidir sobre os elementos a fornecer quer em qualidade quer em quantidade. A extensão da informação partilhada vai influenciar a qualidade do trabalho a apresentar, mas a pessoa tem de sentir que não está a ser pressionada e que a sua intimidade deve estar acima de qualquer outro interesse.
- **Direito ao anonimato e confidencialidade.** Os resultados devem ser apresentados de modo a que nenhum dos participantes possa ser identificado,

seja pelo investigador ou pelo leitor do relatório de investigação. Neste estudo a identificação dos entrevistados tem de ser preservada.

- **Direito à protecção, contra o desconforto e prejuízo.** Este direito corresponde às regras de protecção da pessoa contra qualquer tipo de desconforto material ou moral. Claramente, não pode haver qualquer prejuízo ou risco para os participantes neste estudo.
- **Direito a um tratamento justo e equitativo.** Este direito refere-se à obrigatoriedade de se ser informado sobre os objectivos, duração e métodos de investigação que lhe vão ser utilizados, esclarecendo, ainda, que não há qualquer prejuízo para os participantes no estudo. Todos os participantes foram profundamente elucidados sobre a natureza da investigação em causa e explicitados todos os métodos usados durante a sua realização.

Com vista a garantir os direitos fundamentais dos entrevistados, pedir-se-á autorização à UFP, à directora da Instituição envolvida (anexo 1), neste é Cruz Vermelha Portuguesa de VNG e ao consentimento informado por parte dos idosos que fizeram parte da amostra (anexo 2).

Em suma, qualquer projecto de investigação deve confinar-se fundamentalmente ao esclarecimento de situações previamente definidas onde se devem ponderar todos os riscos a correr. Estes projectos só devem ser utilizados se houver a suposição de benefícios para o ser humano e onde o investigador deverá ser o máximo guardião da integridade do investigado. Devem ser explicados pormenorizadamente os fins, métodos e eventuais riscos de forma a obter um consentimento esclarecido, voluntário e isento (GONZAGA, 1994).

2.2 Tipo de Estudo

O tipo de estudo utilizado corresponde ao desenho de investigação considerado mais adequado para atingir os objectivos definidos.

Tendo em conta o tema em estudo, desta forma optou-se por um estudo qualitativo de cariz fenomenológico, no qual o investigador colhe informação e dados através de comunicação verbal e não verbal, que posteriormente são descritas pelo narrador.

Na perspectiva de Fortin (2000):

(...) o método de investigação qualitativo implica o interesse de uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno a estudar. O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. A abordagem qualitativa pretende descrever ou interpretar mais do que avaliar.

O estudo de cariz fenomenológico, segundo Fortin:

(...) considera as experiências humanas tal como são descritas pelos participantes (...). A fenomenologia visa descrever a experiência, extrair a natureza dos fenómenos e a significação que as pessoas lhes atribuem (2009, p. 292).

2.3 Meio do Estudo

Para Fortin, (2009, p. 217):

O investigador precisa o meio em que será conduzido o estudo (...). Um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural.

O meio é natural, onde se encontra a população e amostra que será estudada. Segundo Fortin, (2009, p. 217) “ (...) o meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escolha”.

O local escolhido para este estudo é o Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Nova de Gaia.

2.4 População alvo e amostra

Segundo o mesmo autor, (2009, p. 311) “ (...) A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações (...)”.

O mesmo autor refere ainda que:

(...) raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se a população acessível. A população acessível é a porção da população alvo a que se pode aceder (...) Fortin (2009, p. 311).

A população alvo foi definida como os idosos, que frequentam o Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa, unidade de Vila Nova de Gaia.

Amostra, segundo Fortin, “(...)é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo” (2009,p. 312). Amostra é então uma selecção de alguns elementos da população escolhida, que mantém as características da mesma.

Optou-se por efectuar uma amostragem não probabilística, fazendo um processo de amostragem acidental. A amostra será constituída por 6 de idosos, 4 do género feminino e 2 do género masculino.

De acordo com Fortin, (2009, p. 314):

(...) A amostragem não probabilística consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas da população (...). Já quanto ao processo de amostragem accidental Fortin define A amostragem accidental consiste em escolher indivíduos, pelo facto da sua presença, num determinado local e num preciso momento.

2.5 Instrumento de recolha de dados

De acordo com Fortin:

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

Para a obtenção de dados de uma forma científica é necessário proceder à elaboração de um instrumento de recolha de dados, sendo que neste estudo se entendeu utilizar como instrumento uma entrevista aberta que segundo Fortin terá obrigatoriamente de cumprir três critérios, os objectivos do estudo, a metodologia qualitativa e permitir obter as respostas necessárias para as questões de investigação. Considera-se que a entrevista aberta é o instrumento mais adequado porque permite uma mais efectiva comunicação verbal e não verbal entre o entrevistador e os entrevistados.

Também de acordo com Fortin, (2009, p.375) “A entrevista é um modo de comunicação verbal que se estabelece entre duas pessoas, isto é, um entrevistador e um respondente.”

A entrevista preenche geralmente três funções: 1) examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal qual como é percebido pelos participantes; 2) servir como

principal instrumento de medida; 3) servir de complemento a outros métodos de colheita de dados.

No nosso estudo enveredamos pela entrevista semidirigida que é definida segundo Fortin (2009,pp.376-377):

(...) nos casos em que deseja obter mais informações particulares sobre um tema (...) utilizada mais nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes.

Neste estudo, as entrevistas realizaram-se de forma formal, individual e aberta, no dia 19 de Abril de 2011, entre as 15h e as 18h a idosos do Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Nova de Gaia, recorrendo-se a dois instrumentos, o guião de entrevista (anexo 2) e um gravador áudio.

2.6. Previsão do Tratamento de Análise de dados

Tratando-se de uma investigação qualitativa, a análise dos dados será recolhida através de uma entrevista aberta pretendendo-se um estudo um pouco mais pormenorizado das respostas, das palavras que as compõem, procurando-lhes o sentido, captando-lhes assim as suas intenções, comparando-as, avaliando-as e desta forma separar o acessório do essencial recolhendo as suas principais ideias, para posteriormente recorrermos à análise de conteúdo. A informação obtida nas entrevistas será transcritas e organizadas, em categorias e sub-categorias apresentada em quadros.

Segundo Fortin:

Devem transcrever-se os dados registados antes de os analisar. Para a análise dos dados é essencial uma análise de conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases (...). Ordenam-se os acontecimentos por

categorias, mas as características do conteúdo a avaliar são geralmente definidas e determinadas pelo investigador. Fortin, (2009, p. 379).

De acordo com Laville & Dionne, o princípio da análise de conteúdo “ (...) consiste em demonstrar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer as diferentes características e extrair a sua significação.” (1999, p. 214). Para Bardin, a análise de conteúdo aparece como “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens (...).” (2008, p. 44) e é constituída por três diferentes pólos cronológicos. Sendo o primeiro pólo a pré-análise, o segundo pólo a exploração do material, e por último o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise de acordo com Bardin corresponde:

(...) à fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuição, mas tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Recorrendo ou não ao computador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), deve, no entanto, ser preciso. (2008, p. 121).

Engloba três etapas: (2008, pág.121) Primeira etapa “ a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final”. A organização dos resultados é composta por várias actividades, designadamente a leitura “flutuante”, a escolha dos documentos, a preparação do material, entre outras.

A segunda fase consiste na exploração do material, que de acordo com o mesmo autor “consiste essencialmente de operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.” (2008, p. 127).

A terceira e última fase consiste no, tratamento dos resultados obtidos e interpretação que ainda para o mesmo autor devem ser:

(...) tratados de maneira a serem significativos («falantes») e válidos. Operações estatísticas simples (percentagem), ou mais complexas (análise factorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. (2008, p. 127).

A interpretação dos dados permitirá então responder às questões inicialmente propostas e assim ajudar no processo de reflexão conducente ao projecto de graduação apresentado.

III. Fase Empírica

Nesta etapa do nosso estudo iremos apresentar e analisar toda a informação recolhida e discutir os resultados.

Segundo Fortin, (2009, p. 123):

As variáveis designadas no problema de investigação, o quadro de referência, as questões de investigação, as hipóteses os métodos aplicam-se na análise dos dados. É necessário interpretar resultados, apoiando-se no quadro conceptual (...) A interpretação é particularmente importante quando se trata de verificar a validade de proposições teóricas após os resultados obtidos.

3.1. Caracterização da amostra

Quadro 1 - Caracterização da amostra

Nº da Entrevista	Género	Local que residem/frequentam	Idade	Estado Civil
E1	Feminino	Centro de dia	70 Anos	Viúva
E2	Masculino	Centro de dia	80 Anos	Viúvo Actualmente junto
E3	Feminino	Centro de dia	79 Anos	Viúva
E4	Masculino	Centro de dia	74 Anos	Casado
E5	Feminino	Centro de dia	75 Anos	Viúva
E6	Feminino	Centro de dia	72 Anos	Casado

A amostra é constituída por seis idosos que frequentam o centro de dia da Cruz Vermelha Portuguesa, Unidade de VNG, quatro idosos do género feminino e dois do género masculino, com idades compreendidas entre os 70 e os 80 anos.

Os dados que seguidamente irão ser descritos foram escolhidos de acordo com as respostas dadas pelos mesmos e que entendeu-se serem os mais pertinentes para o presente estudo em causa.

Os entrevistados serão identificados através de um código E de entrevista e, atribuído a cada entrevista, um número que irá desde 1 ao 6.

3.2. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Após a exploração do material foram encontradas as categorias e sub-categorias e que se encontram nos quadros resumo que se seguem e que respondem às questões e objectivos inicialmente propostos.

Segundo Bardin (2008, p.145) as categorias são:

rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso de análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns desses elementos

O mesmo autor define unidade de registo como “(...) a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando categorização e a contagem frequencial” (2008, pág.130).

Á medida que os quadros serão apresentados será feita a interpretação dos dados recolhidos aquando das entrevistas. Segundo Fortin (2009, pág., 477) a fase da interpretação dos dados:

Exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação (...) nesta última parte o investigador retira a significação dos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações no que concerne à prática e a futuras investigações.

Passaremos a apresentar o quadro 2, que reúne as respostas relativas à percepção do idoso acerca do seu processo de envelhecimento.

Quadro 2 – Percepção do Idoso sobre o Envelhecimento

Categorias	Sub-categorias	Unidade de registo
Envelhecimento	Envelhecimento Positivo	<p>“ Enquanto eu me poder mexer com a genica que tenho, ter a minha casa, enquanto posso. (...) vou às compras, para já não preciso de ninguém” (E1)</p> <p>“ Como é que estou a viver? Procurar o melhor possível. Para frente, para frentex.”... “agora tenho uma nova vida e penso nela com optimismo”... “Continuar assim, bem” (E2)</p> <p>“...eu acho bem, bonito” (E3)</p> <p>“estou bem, pelo menos eu com a minha mulher estou bem. Está comigo há 56 anos” (E4)</p> <p>“Interessa-me uma vida digna e sem doenças.” (E6)</p>
	Aceitação	<p>“ graças a Deus, até a data, não me posso queixar muito”...“Estou a vive-la bem, Graças a Deus” (E1)</p> <p>“Hoje é terça, amanhã é quarta. Não penso em mais nada (...) A máquina esta envelhecer” (E2)</p> <p>“É justo uma pessoa viver assim tanto tempo” (E3)</p>
	Revolta	<p>“Um caminhar para um final da vida. Não vejo outra coisa” ...“ Eu quanto mais velho sou mais quero voltar atrás. Quer dizer, eu não quero pensar no envelhecimento” (E2)</p> <p>“Ceguei desta vista..., tive um enfarte, de maneira que desisti” (E4)</p> <p>“ (...) a juventude não tem respeito por nós” (E5)</p> <p>“Quando vamos para cama não vamos com cabeça sossegada, porque pensamos como irá ser outro dia” (E6)</p>
	Dificuldades	<p>“Eu trabalhei 50 anos como tipografo e as pernas estão a sentir” (E2)</p> <p>“Vou ser operado ao joelho, estou com medo” (E4)</p> <p>“Tenho muito stresse, mas não posso estar assim muito tempo em casa” (E5)</p> <p>“Um bocadinho difícil (...) porque ele (marido) é uma pessoa complicada e minha fibromialgia já não me permite muito” (E6)</p>

O quadro anteriormente apresentado pretende dar resposta à questão “De que forma experienciam o processo de envelhecimento?” Nele é possível observar a categoria, o envelhecimento, e quatro sub-categorias: envelhecimento positivo, a aceitação, a revolta e as dificuldades presentes neste processo.

De uma forma geral, os entrevistados vêem o processo de envelhecimento como algo positivo, tal como se pode inferir das afirmações que fizeram “*Enquanto eu me poder mexer com a genica que tenho, ter a minha casa, enquanto posso. (...) vou às compras, para já não preciso de ninguém*” (E1). Entendem que o envelhecimento é uma fase da vida que deve ser vivida dia a dia, sem planos nem saudosismos ” (...) *Como é que estou a viver? Procurar o melhor possível. Para frente, para frentex.*” (...) “*agora tenho uma nova vida e penso nela com optimismo*”... “*Continuar assim, bem*” (E2). A única preocupação parece ser a degenerescência do estado de saúde. “(...) *Interessa-me uma vida digna e sem doenças.*” (E6)

Estes resultados vão de encontro aos referidos por Fonseca (2005, p. 281), ao afirmar o envelhecimento positivo como:

(...) um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer à procura de um equilíbrio entre as capacidades do individuo e as exigências do ambiente. No estudo de Kansas City, Neugarten, Havighurst e Tobin (1961) articulam o envelhecimento positivo com algumas variáveis de natureza psicológica e em particular com a satisfação de vida, o que contribui para que esta se torne a dimensão de envelhecimento positiva mais estudada nos anos seguintes.

Fonseca (2006, p. 125):

A importância da variável saúde/doença no envelhecimento é de tal modo importante que está na origem da distinção “clássica” entre o envelhecimento normal ou primário (que não implica a ocorrência de doença), e envelhecimento patológico ou secundário (aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte) (Birren & Cunningham, 1985; Lachman & Baltes, 1994)

É visível a presença, ao longo das entrevistas, de opiniões diferentes, nomeadamente um dos entrevistados vê o envelhecimento como algo positivo, mas também está presente nas suas expressões, alguma revolta “ (...) *Um caminhar para um final da vida. Não vejo outra coisa*” ... “ *Eu quanto mais velho sou mais quero voltar atrás. Quer dizer, eu não quero pensar no envelhecimento*” (E2) “ *Ceguei desta vista..., tive um enfarte, de maneira que desisti*” (E4); “ *Quando vamos para cama não vamos com cabeça sossegada, porque pensamos como irá ser outro dia*” (E6)

O sentimento de revolta face ao processo de envelhecimento está presente em grande parte dos entrevistados. Essa revolta envolve factores externos, nomeadamente os jovens, a saúde, o estado do país, “ (...) *a juventude não tem respeito por nós*” (E5) ou também endógenos, como a revolta interior, nomeadamente quando referem que gostariam de voltar atrás no tempo, (E2).

Há no entanto idosos que aceitam a sua situação.

Segundo Kubler – Ross (1998, p. 117) define aceitação como:

Um paciente tiver tido tempo necessário (isto é, que não tiver tido uma morte subita e inesperada) (...), atingirá um estágio em que não mais sentirá depressão, nem raiva quanto ao seu destino.

As citações seguintes vão de encontro ao que a Kubler – Ross nos diz:

“ *Graças a Deus, até a data, não me posso queixar muito*” ... “ *Estou a vive-la bem, Graças a Deus*” (E1); “ *Hoje é terça, amanhã é quarta. Não penso em mais nada (...)* *A máquina esta envelhecer*” (E2); “ *É justo uma pessoa viver assim tanto tempo*” (E3)

Segundo Lima (2010, p. 29), considera que a velhice:

(...) não representa, necessariamente, incapacidade: embora possa, eventualmente, levar a perdas ou reduções da capacidade funcional, estas não impossibilitam a generalidade das pessoas de

desenvolver uma vida plena. A velhice como qualquer outra fase possui a sua própria funcionalidade.

O que vai de encontro às dificuldades referenciadas pelos idosos, o que passamos a citá-las.

“(…) *eu trabalhei 50 anos como tipografo e as pernas estão a sentir*” (E2)

“(…) *vou ser operado ao joelho, estou com medo*” (E4)

O que se pode concluir deste primeiro quadro é que, há, entrevistados que consideram o envelhecimento positivo e aceitam-no, excepto um (E5) que não manifesta qualquer tipo de envelhecimento positivo. O sentimento de revolta está, relacionado com as dificuldades que os idosos mencionam, tais como, “*ceguei*” (E1), “*vou ser operado e tenho medo*” (E4), “*um caminhar para o final da vida*” (E2), “*não vamos para a cama com cabeça sossegada*” (E6).

Quadro 3 – Preocupações dos Idosos

Categorias	Sub-categorias	Unidade de registo
Preocupações	Saúde	<p>“... porque eu entrei em depressão (...) e foi por isso que eu vim para aqui.” (E1)</p> <p>“sou diabético (...) não quero é ficar numa cama.” (E2)</p> <p>“tenho sido afectado por doenças. Tenho muita doença, estou a tomar 16 comprimidos por dia” (...) Posso ter dinheiro no bolso, mas senão tiver saúde não posso fazer nada com ele” (E4)</p> <p>“Saúde vou tendo, neste momento andei com um bocado de desequilíbrio” (E5)</p> <p>“O meu marido adoeceu muito rapidamente... Portanto isso a mim e não só a mim também preocupa porque sou eu que olho por ele” ...“É a questão de lidar com ele (marido) e custa-me um bocadinho já.” (E6)</p>
	Financeiras	<p>“vivo com a minha reforma que é pequenina e tenho de pagar tudo. Custa” (...) dinheiro que não chega para nada. 150 Euros, que não chegam para nada”. (E3)</p> <p>“Não sei quanto vou pagar, estou aqui há pouco.” (E3)</p> <p>“Gostaria que fosse melhor monetariamente. Recebo reforma, passado 2, 3 dias o dinheiro parece que voa” (E4)</p> <p>“... Vou me remediando com a reforma que tenho. Se daqui para frente isto agravar de tal maneira, não sei” (E5)</p> <p>“Nós com as reformas que temos vamos vivendo, embora temos que ajudar quem precisa” (...) preferia pagar uma renda do que o dinheiro certo que vai para a farmácia” (E6)</p>
	Afectivas	<p>“sou viúva há 10 anos, tenho um filho comigo” (E1)</p> <p>“Coitadinhos eles também têm a vida deles. Não podem estar a olhar por mim” (E1)</p> <p>“Sou viúva” (E3)</p> <p>“Sou viúva (...) tenho duas filhas” (E5)</p> <p>“Perdi uma filha há dois anos e isso continua. Continua a padecer todas essas mágoas” (E6)</p>

No quadro 3 vem dar resposta à questão inicialmente colocada "Quais as principais preocupações vivenciadas pelos idosos?". O quadro é composto pela categoria, preocupações, e três sub-categorias, a preocupação com saúde, preocupação financeira, preocupação afectiva.

A subcategoria preocupação com a saúde, segundo CIPE 1.0 (2006, p. 95) é definida como 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 ou ausência de doença ou enfermidade.

A preocupação dos entrevistados com a saúde, foi referida por todos os idosos, tanto com a sua saúde, como a saúde com outra pessoa mais concretamente, o entrevistado que referiu que a sua maior preocupação era a saúde do seu marido " (...) *O meu marido adoeceu muito rapidamente... Portanto isso a mim e não só a mim também preocupa porque sou eu que olho por ele* " ... "*É a questão de lidar com ele (marido) e custa-me um bocadinho já.*" (E6)

A sub-categorias preocupações financeiras, foram igualmente referidas por alguns dos entrevistados e prendem-se, sobretudo, com o facto do valor da pensão de reforma ser pequeno e, por isso, insuficiente para cobrir todas as despesas "*(...)vivo com a minha reforma que é pequenina e tenho de pagar tudo. Custa*" (...) *dinheiro que não chega para nada. 150 Euros, que não chegam para nada*". (E3)

"(...) *Gostaria que fosse melhor monetariamente. Recebo reforma, passado 2, 3 dias o dinheiro parece que voa*" (E4)

"... *Vou me remediando com a reforma que tenho. Se daqui para frente isto agravar de tal maneira, não sei*" (E5)

“ (...) nós com as reformas que temos vamos vivendo, embora temos que ajudar quem precisa”
(...) *preferia pagar uma renda do que o dinheiro certo que vai para a farmácia*” (E6).

Do nosso estudo ressaltam as preocupações monetárias tal como refere Grácio (cit. In Costa et al., 1999,p. 137):

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 cobertura social relativamente às suas necessidades e também nos baixos montantes de subsídios recebidos.

A sub-categoria preocupações afectivas dizem respeito ao estado civil dos entrevistados e à preocupação com os filhos e a vida destes, (...)“*sou viúva há 10 anos, tenho um filho comigo*” ... “*Coitadinhos eles também têm a vida deles. Não podem estar a olhar por mim*” (E1)

“*Sou viúva*” (E3)

“*Sou viúva (...) tenho duas filhas*” (E5)

“*Perdi uma filha há dois anos e isso continua. Continua a padecer todas essas mágoas*” (E6)

Relativamente às unidades de registo das preocupações afectivas, Moniz refere que família “ (...) é o principal sistema de suporte dos idosos e a principal fonte de manutenção da dignidade destas pessoas.” (2003, p. 42).

Em suma, através deste quadro 3 podemos observar que a grande preocupação dos entrevistados reside na saúde e que é esta que vai influenciar as outras vertentes, tal como refere um dos entrevistados, quando menciona que pode “*ter dinheiro no bolso, mas senão tiver saúde não pode fazer nada com ele*” (E4).

De facto, e segundo Fontaine “ (...) não existe um apoio universal eficaz para todos os indivíduos, porque o factor essencial é a apropriação do apoio por parte do indivíduo (...)” (2000, p.154).

Quadro 4 - Projectos de Vida

Categorias	Sub-categorias	Unidade de registo
Projectos de Vida	Pertença (Companhia, amor, relaciona//)	<p>“... gostaria de ir para um lar, porque não gosto estar sozinha”... “Eu não posso estar sozinha em casa”... “Eu ali enfiada em casa (...) assim aqui estamos a divertir-nos.”... “Acho bom. Só vou para casa tarde. Que eu não gosto de estar sozinha.” (E1)</p> <p>“sou viúvo, depois mais tarde juntei-me. Porque sozinho a solidão mata” (...) Se eu estivesse em casa todo o dia, sem conversar, rir...” (E2)</p> <p>“Venho para aqui, porque estou sozinha” (E3)</p> <p>“Venho aqui só às terças e passo muito tempo com elas (filhas). Se elas me abandonassem eu dizia que estava muito mal, mas não Graças a Deus” (E5)</p>
	Manutenção de Saúde	<p>“O que eu quero para mim é saúdinha” (E1)</p> <p>“Continuar assim bem”... “Quero é acabar em beleza”... “Melhor saúde”... “Saúde. Tenho pouca saúde” (E3)</p> <p>“O principal é a saúde” (E4)</p> <p>“Saúde, ver os netos casados. Conviver com eles.” (E5)</p> <p>“Gostaria que fosse sem doença” (...) é viver melhor e meu marido melhorar, termos mais saúde...” (E6)</p>
	Convívio/Lazer	<p>“E isto tem tudo de bom. Senão já viú?”... “Arrumo a cozinha depressa depois do almoço para vir aqui. Ala que se faz tarde. “Este ambiente também ajuda”... “Quando é feriado ...o tempo custa a passar. Já estamos habituadinhas a este convívio, a este bocado.” (E1)</p> <p>“Aqui a gente entretém-se” (E2)</p> <p>“Gosto de tudo aqui. Só convívio, conversar com elas” (E3)</p> <p>“Gosto, é pena não ter vindo mais cedo para aqui”... “venho aqui passar o meu tempo” (E4)</p> <p>“É passear. O dia-a-dia que tenho.” (E5)</p> <p>“...aqui o centro de convívio o que é uma mais-valia, não só para o meu marido, mas para mim a 200%.” (E6)</p>

Este quadro pretende dar resposta à questão “Quais são os seus projectos de vida?” emergiram as três sub-categorias, a pertença, a manutenção da saúde e o convívio/lazer.

As relações sociais são de crucial importância no processo de envelhecimento, se ainda forem aliadas a algum processo produtivo, o idoso sente-se “menos velho e muito válido”.

Em relação à subcategoria pertença é visível em quase todos os entrevistados os medos da solidão e o não querer ficar sozinho” (...) *sou viúvo, depois mais tarde juntei-me. Porque sozinho a solidão mata*” (...) *Se eu estivesse em casa todo o dia, sem conversar, rir...*” (E2); “ (...) *Venho para aqui, porque estou sozinha*” (E3). Um dos entrevistados até referiu que mais tarde gostaria de ir para um lar “ (...) *gostaria de ir para um lar, porque não gosto estar sozinha*”... “*Eu não posso estar sozinha em casa*”... “*Eu ali enfiada em casa (...) assim aqui estamos a divertir-nos.*”... “*Acho bom. Só vou para casa tarde. Que eu não gosto de estar sozinha.*” (E1).

Ainda nesta sub-categoria é notório o relacionamento dos idosos com outros membros da família, nomeadamente com os filhos “ (...) *Venho aqui só às terças e passo muito tempo com elas (filhas). Se elas me abandonassem eu dizia que estava muito mal, mas não Graças a Deus*” (E5)

Sempre que o apoio familiar não exista, por razões válidas ou não, o apoio social tem de funcionar, ainda que não seja o substituto total e natural da família, é o possível.

Contudo, segundo Rodrigues (2007,p.63):

“Permanecer na sua casa, sentir-se amado e apoiado pela família, são os requisitos para o idoso atingir a tão desejada qualidade de vida. Os seus discursos são claros quanto à vontade de viver em família, especialmente com o cônjuge, filhos e netos. No entanto, são frequentes as expressões ligadas aos sentimentos que vivem de abandono, de solidão, de desânimo e de resignação”.

Há algo de contraditório – querem viver em casa, mas sentem solidão, porque elevaram demasiado a fasquia da presença dos familiares e ao sentirem que os filhos têm de trabalhar e os netos de frequentar a escola, acabam por ficar sós em casa, ou pelo menos ‘sós’ relativamente a familiares.

Referenciando a subcategoria manutenção de saúde, Paúl & Fonseca (2005, p. 16) afirmam que, saúde é o:

(...) alargamento do tempo de vida corresponde a um aumento do risco de adoecer e da necessidade de recurso aos serviços de saúde, mas também porque a saúde é um importante recurso adaptativo para os idosos, independentemente da sua origem social, cultural e económica, ganhando um papel cada vez relevante à medida que a idade avança.

Portanto, podemos observar que a manutenção de saúde está presente em quase todos os idosos que para o seu futuro têm um objectivo comum, saúde, o que passamos a citar:

(...) *O que eu quero para mim é saúdinha*” (E1); “ (...) *Continuar assim bem*”... “*Quero é acabar em beleza*”... “*Melhor saúde*”... “*Saúde. Tenho pouca saúde*” (E3); “ (...) *o principal é a saúde.*” (E4); “ (...) *Saúde, ver os netos casados. Conviver com eles.*” (E5); “ (...) *Gostaria que fosse sem doença*” (...) *é viver melhor e meu marido melhorar, termos mais saúde...*” (E6).

Neste aspecto, cada vez mais os cuidados de saúde preventiva devem existir numa fase da vida mais precoce, como, de resto, já se verifica, na geração actual com faixa etária pós-trinta anos.

No que concerne à subcategoria Convívio/Lazer, Osório & Pinto (2007, p. 33) diz-nos que a

(...) promoção e capacidade de trabalho devem ser consideradas “estratégias activas para enfrentar os desafios da alteração demográfica e do mercado de trabalho, especialmente os riscos de saúde. Melhorar a capacidade de trabalho é também um instrumento de prevenção, quer da perda prematura de capacidades funcionais, quer da incapacidade.

Numa primeira observação ao quadro, o que se pode concluir é que o convívio/lazer ocupa uma grande parte dos projectos de vida dos idosos, uma vez que foi referido por todos os entrevistados como uma mais-valia. Citando: “*Arrumo a cozinha depressa depois do almoço para vir aqui. Ala que se faz tarde.* (E1); “*Aqui a gente entretém-se*” (E2); “*(...) aqui o centro de convívio o que é uma mais-valia, não só para o meu marido, mas para mim a 200%.*” (E6).

O Convívio/Lazer, neste caso, por parte do Centro de Dia da Cruz Vermelha – VNG, representa uma mais-valia para os seus idosos, quer como forma de passar o tempo, quer como forma de interagir com outros idosos.

Em suma, quando questionados sobre os seus projectos de vida, os entrevistados, referem que os mesmos se relacionam com a pertença, a manutenção de saúde e o Convívio/Lazer. Estas sub-categorias estão interligadas, pois só são possíveis com a presença umas das outras e passam como acima referi pela existência de relações sociais e actividades produtivas ainda que não remuneradas; é importante fazer algo e conviver para que a velhice seja uma fase da vida bem sucedida e não um ponto final cheio de amargura.

IV – Conclusão

Chegado a esta fase, torna-se imprescindível reflectir sobre tudo que foi realizado e daí tirar as devidas conclusões, que por um lado viabilizaram este estudo e por outro lado, se tornaram gratificantes para quem o realizou.

Terminado este estudo concluímos que existe uma transição demográfica em Portugal a população envelhece a um ritmo mais lento do que os nascimentos. (INE, 2008).

A partir dos 65 anos, entra-se na última era da vida adulta, a idade adulta tardia. As principais tarefas com que os sujeitos desta “estação” da vida têm que se confrontar dizem respeito, de acordo com Levinson (1990), sobretudo, à adaptação ao declínio físico e aos problemas psicológicos decorrentes da perda de juventude. Lima (2010, p.44)

A figura do Centro de Dia na nossa sociedade, veio colmatar algumas dificuldades. Se o Centro de Dia tiver as condições que lhe são inerentes, os idosos terão os cuidados assegurados, o que representa uma mais-valia não só para os beneficiários, mas também para os familiares, quando existem.

Alguns idosos do Centro de Dia evidenciaram bem-estar e outra revolta pela sua condição de idosos. Para uns o envelhecimento não é uma doença mas sim um processo gradual de perda de funções vitais; tal como Moniz (2003, p.13) refere “a pessoa, nasce, envelhece e morre”. Para outros esse processo é um caminho tortuoso conducente a um final para o qual não estão preparados. Estas expectativas diversas têm raízes diferentes consoante o passado de cada idoso.

As alterações fisiológicas condicionam a vida dos idosos e conduzem a alterações psicológicas que podem ser mais ou menos graves, dependendo dos vários apoios que são prestados ao idoso em casa e no Centro de Dia. A família, amigos, colegas de escola e de trabalho quando interagem com o idoso, a carga negativa que a palavra “velho”

comporta, fica totalmente aliviada. Nestes casos tal como Moniz refere "Teoria da continuidade - o idoso entende que o envelhecimento faz parte do seu ciclo de vida e por isso mantém a sua personalidade". Principalmente os filhos apresentam-se junto dos pais idosos como forte apoio emocional e instrumental.

Os Centros de Dia sendo uma resposta social não devem substituir-se à casa própria onde o idoso sempre viveu, num princípio do seu direito à intimidade e à continuidade de hábitos adquiridos ao longo dos anos.

Na recolha de dados junto dos idosos em Centro de Dia no estudo, denota-se que os receios principais têm como eixos comuns as preocupações resultantes da eventual necessidade de cuidados de saúde e a componente económica da família (filhos e netos). Compete-nos a todos desmistificar estes receios, no sentido de aliviar a carga negativa que eles arrastam e que, se não foram debelados bem cedo, acabam por apressar a degeneração natural do idoso e o seu conseqüente fim antecipado.

Pensa-se ter conseguido atingir os objectivos propostos no início da realização deste trabalho de investigação. A elaboração do presente estudo permitiu uma aprendizagem dos conhecimentos fundamentais à elaboração de um trabalho científico, bem como interrogar sobre o próprio conceito a percepção da qualidade de vida dos idosos.

Para finalizar, torna-se importante referenciar as dificuldades sentidas. A inexperiência do investigador e as limitações a nível espacial e temporal. Contudo, tornou-se uma experiência interessante e enriquecedora.

O presente trabalho gostaria de divulgar ao Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Nova de Gaia para ficarem a conhecer a realidade e satisfação dos idosos que o frequentam.

Para finalizar, afirma-se o deslumbramento que causou a sensação de descoberta, mas mais importante foi constatar a evolução ao longo deste trabalho, mantendo-se um saber verdadeiramente científico e inovador. A investigação é uma peça fundamental no contributo para a enfermagem e na construção de um campo de conhecimentos comprovados cientificamente.

No futuro, pretendo aprender mais e investigar mais para uma melhor prestação de cuidados, utilizando um grupo mais abrangente podendo mesmo ser, quem sabe! Uma continuidade deste projecto de graduação.

V- Referência Bibliográficas / Sitiografia

Bardin, L. 2008. *Análise de conteúdo*. Edições 70, LDA.

Berger L., Mailloux-Poirier D. 1995, *As pessoas idosas – uma abordagem global. O processo de Enfermagem por necessidades*, Lisboa Lusodidacta.

Besdine, R. 2008, Manual Merck, Secção1 – Fundamentos, 4. *O envelhecimento corporal*, Edição Oceano

Bonfim, C.; Saraiva, M. 1996, *Centro de Dia*. Direcção Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação de Técnicas e Divulgação. Lisboa, Dezembro.

Costa, M. Agreda, J. Ermida, J. Cordeiro, M. Almeida, M. Cabete, D. Veríssimo, M. Grácio, E. Lopes, A. (1999). *O Idoso Problemas e Realidades*. Formasau.

Enfermeiros, O. d. (2006). *CIPE versão 1.0*. Lisboa.

Faria, L. (1985). *As Metas de Saúde para Todos*. Lisboa 1985 Tradução para OMS

Fontaine, R.(2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi Editores. ISBN 972-8449-65-8. Depósito Legal n.º 156499/00

Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

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

Freitas, E. Py, L. Neri, A. Cançado, F. Gorzoni, M. Rocha, S. 2002. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Gonzaga, R. 1994; “Regras básicas de investigação clínica”; Instituto Piaget; Coleção “Medicina e Saúde”.

Laville, C. Dionne, J. 1999. *Construção do saber. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Artmed, Porto Alegre.

Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s), Estado da Arte*. Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN 978-989-26-0037-6, Depósito Legal 308527/10

Marconi, M. A., et al. 1999 «Técnicas de Pesquisa»; 4ª Edição; Editora Atlas S.A.; São Paulo.

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

Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As Pessoas Idosas*. Instituto Piaget: Horizontes Pedagógicos.

Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Climepsi Editores ISBN 972-796-185-1, Depósito Legal nº 230973/05

Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 2004, vol.4, nº1 (81-110)

Revista Investigação em Enfermagem (2007), *Vivências do Idoso na Sociedade Actual, Contextos e Realidades* Agosto pp.65-74

Barreto, J. *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual* [Em linha] Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf> [Visualizado a 12 de Julho de 2011 às 14:00h].

DGS *Envelhecimento Activo Conceitos* [Em linha] Disponível em: <http://www.dgs.pt/aaaDefault.aspx?f=1&back=1&codigono=651265136516AAAAAA> [Visualizado a 22 de Abril de 2011 às 12:02h].

DGS. *Circular normativa N.º: 13/DGCG DATA: 02/07/04* [Em linha] Disponível em:

Fonseca, António M. *Envelhecimento e Qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações.* [Em linha] Disponível em: [http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&hl=pt-PT&ie=UTF-8&rlz=1T4ADRA_pt-PTPT352PT352&q=o+indiv% c3%adduo%2c+relativamente+a+diversos+aspectos+tido s+geralmente+como+determinantes+para+a+sua+qualidade+de+vida%3a+condi% c3%a7%c3%b5es+econ% c3% b3micas% 2c+sa% c3% bade+f% c3% adsica% 2c+redes+sociais+ de+perten% c3%a7a+e+de+apoio% 2c+satisfa% c3% a7% c3% a3o+de+necessidades+psic ol% c3% b3gicas.](http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&hl=pt-PT&ie=UTF-8&rlz=1T4ADRA_pt-PTPT352PT352&q=o+indiv%c3%adduo%2c+relativamente+a+diversos+aspectos+tido s+geralmente+como+determinantes+para+a+sua+qualidade+de+vida%3a+condi% c3%a7%c3%b5es+econ% c3% b3micas% 2c+sa% c3% bade+f% c3% adsica% 2c+redes+sociais+ de+perten% c3%a7a+e+de+apoio% 2c+satisfa% c3% a7% c3% a3o+de+necessidades+psic ol% c3% b3gicas.) [Visualizado a 22 de Abril de 2011 às 11:42h].

Martins, Rosa M. L. *Envelhecimento e saúde: um problema social emergente* [em linha]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/14.htm> [Visualizado a 22 de Abril de 2011 às 11:42h].

Meireles, C. Portal da saúde: *Envelhecimento Activo* [em linha]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivoIdoso_CMeireles.htm [Visualizado a 17 de Julho de 2011 às 20:57h].

http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&aq=0h&oq=direc&hl=pt-PT&ie=UTF-8&rlz=1T4ADRA_pt-

[PTPT352PT352&q=direc%c3%a7ao+geral+de+saude+estudo+da+qualidade+de+vida+do+idoso](#) [Visualizado a 22de Abril de 2011 às 10:36h].

Instituto Nacional de Estatística Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2011. [em linha]. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106187&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1 [Visualizado em 3.Maio 2011 às 11h].

Ser Saúde. *Revista Bimestral de Ciência e investigação em Saúde* nº6. [Em linha] Disponível em <http://www.isave.pt/pdf/SER%20SAUDE%206.pdf> [Visualizado a 22de Abril de 2011 às 9:42h].

Universidade Fernando Pessoa. (2010). *Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos*. [Em linha] Disponível em <http://www.ufp.pt>. [Consultado em 15/03/2010].

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização para recolha de dados

Exmo. Sr.^a. Directora

Do Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Nova de Gaia.

Eu, *Maria José Lima Pacheco*, Aluna nº17783, do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto, encontro-me a realizar um Projecto de Graduação cujo tema é “*Qualidade de Vida dos Idosos do Centro de Dia* ” **que tem como objectivos conhecer a opinião dos idosos acerca do seu envelhecimento e qualidade de vida e identificar a sua autonomia nas actividades de vida diária.**

Venho por este meio, solicitar a V. Ex.^a se digne autorizar, a colheita de dados junto dos Idosos desse Centro.

Trata-se de um estudo de carácter qualitativo e o instrumento de recolha de dados será a entrevista aberta tendo como tempo médio de aplicação, 20 minutos.

Informo ainda que cada entrevistado tem o direito de rejeitar a aplicação da entrevista, inicialmente ou durante a sua realização, e a todos será solicitado o Consentimento Informado.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. Os resultados do estudo serão facultados à instituição, caso seja o seu desejo.

Grata pela atenção dispensada e com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

Porto,

(*Maria José Lima Pacheco*)

Anexo 2 – Apresentação e Instruções/ Consentimento Informado

Apresentação e Instruções

Sou a aluna Maria José Lima Pacheco nº17783, do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (Porto) e encontro-me a realizar um Projecto de Graduação sobre “*Qualidade de Vida dos Idosos do Centro de Dia*”, que tem como objectivos conhecer a percepção dos idosos acerca do seu envelhecimento e qualidade de vida

Trata-se de um estudo de carácter qualitativo e o método escolhido para a colheita de dados será a entrevista aberta tendo como tempo médio de aplicação, 20 minutos.

Relativamente aos dados extraídos, são confidenciais e estritamente anónimos, tendo como finalidade apenas a investigação científica.

Ao decidir colaborar neste estudo, deverá marcar com uma cruz no quadrado abaixo indicado (*Consentimento Informado*), confirmando dessa forma que aceita participar.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração com este estudo.

(Maria José Lima Pacheco, aluna de Enfermagem)

Consentimento Informado

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado e a sua respectiva assinatura, que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar neste Projecto de Graduação do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (Porto).

Declaro que, antes de participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei essenciais para decidir.

Especificamente, fui informado/a dos objectivos, da duração esperada e dos procedimentos de estudo, assim como do anonimato e da confidencialidade dos dados, e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Sim, aceito participar. Data: ___/___/2011

Assinatura ou impressão digital do entrevistado:

Anexo 3 – Guião de Entrevista

Guião De Entrevista

As questões que se seguem são guias orientadores para a entrevista, podendo ser moldadas ao contexto sociocultural de cada participante.

Questões orientadoras:

- 1) O que pensa sobre o envelhecimento?
- 2) Como está a viver esta fase da vida?
- 3) Como gostaria que fosse a sua vida nesta fase?
- 4) Que dificuldades sente no seu dia-a-dia?
- 5) Existe alguma área na sua vida que lhe dá prazer? Qual?
- 6) Que objectivos tem na sua vida?

Anexo 4 – Cronograma