

## **Envelhecimento Activo no Idoso Institucionalizado**

**Maria Luísa Ribeiro Cramês**

*Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Educação de Bragança para a  
obtenção do Grau de Mestre em Educação Social*

Orientado por:

**Professora Doutora Maria do Nascimento Esteves Mateus**

**Bragança**

**Junho de 2012**

Ao João,  
Aos meus pais.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, sem a ajuda deles não teria conseguido neste momento terminar o mestrado.

Ao João, pela ajuda e força que me foi dando e pela paciência que sempre demonstrou.

À orientadora deste trabalho, Professora Doutora Maria do Nascimento Esteves Mateus um agradecimento muito especial, pela disponibilidade e orientação deste estudo, incentivando sempre na qualidade deste trabalho, através do seu vasto leque de conhecimentos.

Aos técnicos da instituição pela disponibilidade e delicadeza, especialmente à professora Virgínia Lopes e Tânia Soares, bem como à Dra. Ana Maria, directora técnica da instituição.

Às minhas duas amiguinhas, pelo estímulo e amizade partilhada.

A todos os clientes que participaram no estudo, sem eles não teria sido possível.

A todos um muito OBRIGADA!

## Índice Geral

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Índice Geral.....	iii
Índice de figuras.....	v
Índice de gráficos.....	vii
Índice de tabelas.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Lista de siglas.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Capítulo I.....	1
Introdução.....	1
1. Formulação do Problema.....	2
2. Análise contextual.....	2
Capítulo II.....	6
Enquadramento teórico.....	6
1. Considerações gerais sobre velhice e envelhecimento.....	6
2. Conceitos básicos de envelhecimento.....	8
2.1. Processo de envelhecimento.....	11
2.2. Factores que contribuem para envelhecimento.....	12
2.3. Tipos de envelhecimento.....	14
3. Teorias do envelhecimento.....	16
4. Envelhecimento activo.....	20
4.1. Pilares da estrutura do envelhecimento activo.....	23
4.2. Tendências do envelhecimento activo.....	24
4.3. Ideias para um envelhecimento activo.....	26
5. Idoso institucionalizado.....	27
Capítulo III.....	30
Estudo empírico.....	30
1. Metodologia.....	30
2. Instrumento de recolha de dados.....	30
3. Planificação das Actividades.....	31
Capítulo IV.....	44
1. Análise e interpretação dos resultados.....	44

Considerações finais.....	51
Bibliografia .....	53
Anexos.....	55
Anexo I.....	56
Pedido de autorização para a realização do estudo .....	56
Anexo II .....	58
Grelha de avaliação das actividades realizadas .....	58
Anexo III .....	60
Inquérito por questionário aos idosos institucionalizados.....	60

**Índice de figuras**

	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Determinantes do Modelo Activo.....	19

**Índice de gráfico**

	<b>Pág.</b>
Gráfico 1 – Evolução da proporção da população jovem e idosa em Portugal desde 1960 – 2001.....	4



**Lista de siglas**

SCMB – Santa Casa da Misericórdia de Bragança

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

BI – Bilhete de Identidade

CC – Cartão de Cidadão

AVC – Acidente Vascular Cerebral

## **Resumo**

Este estudo está subordinado ao tema *Envelhecimento Activo no Idoso Institucionalizado* e foi realizado no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Bragança (SCMB). Teve como principais objectivos criar estratégias que estimulassem as capacidades cognitivas e físicas do idoso institucionalizado, no sentido de promover um envelhecimento activo, bem como, promover a interacção social do idoso institucionalizado.

A metodologia utilizada foi um estudo de caso, tendo sido feita uma análise contextual da instituição e da população alvo e num universo de 200 clientes foi escolhida uma amostra de 24 clientes. Como técnicas de recolha de dados foram utilizados o inquérito por questionário, construído e aplicado pela autora do estudo durante o mês de Maio de 2012, e a observação directa das actividades realizadas.

Estas foram planificadas de acordo com a problemática a trabalhar e com os objectivos definidos para a compreensão da mesma.

A pesquisa documental permitiu elaborar um enquadramento teórico que serviu de base a todo o trabalho.

Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS, versão 19.00.

Assim, através deste estudo, pretendeu-se inculir nos idosos institucionalizados um envelhecimento saudável/activo como forma de lhes aumentar a qualidade de vida, continuando a sentirem-se integrados na sociedade.

**Abstract**

This study is the theme of Active Ageing and the Institutionalized Elderly Home and was held at the Santa Casa da Misericórdia de Bragança (SCMB). It had as main objectives: create strategies that stimulate physical and cognitive abilities among the institutionalized elderly, to promote active aging, as well as promote social interaction among the institutionalized elderly.

The methodology was a case study, having been made a contextual analysis of the institution and of the target population and a population of 200 clients was selected a sample of 24 clients. As data collection techniques were used questionnaire, constructed and applied by the author of the study during the month of May of 2012, and direct observation of the activities.

These were planned according to the problem and working with the objectives set for the understanding of it.

The documentary research allowed us to elaborate a theoretical framework that formed the basis of all the work.

The statistic used was SPSS, version 19.00.

Thus, through this study, we sought to instill in institutionalized elderly healthy aging / active as a way to increase their quality of life, continuing to feel integrated into society.

## Capítulo I

### Introdução

No âmbito do Mestrado em Educação Social efectuou-se um estágio na Santa Casa da Misericórdia de Bragança (SCMB), subordinado ao tema *Envelhecimento Activo no Idoso Institucionalizado*.

O envelhecimento da população é um dos maiores sucessos da humanidade, contudo, é também um dos seus maiores desafios devido às consequências sociais, económicas e políticas a ela inerentes. Foi este facto que fez com que a União Europeia declarasse o ano de 2012 como o *Ano Europeu do Envelhecimento Activo*.

O Instituto Nacional de Estatística (2002) projecta que a população residente em Portugal no período de 2000-2050 será cada vez maior, revelando um envelhecimento continuado da população. Com base neste pensamento têm-se criado diversos projectos que têm por finalidade promover um envelhecimento mais activo nos idosos institucionalizados.

Considerou-se pertinente um estudo sobre o envelhecimento activo, pois nos últimos anos o papel do idoso na sociedade e no mundo transformou-se. O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população são fenómenos que todas as cidades da Europa enfrentam. Este processa-se a um ritmo muito acelerado assistindo-se a uma tendência para o aumento das pessoas mais idosas e uma diminuição crescente dos mais novos. Na nossa sociedade, bem como no resto do mundo a qualidade de vida aumentou, levando a que os idosos se consigam manter mais tempo em actividade na sociedade. Neste sentido, em Portugal, esta problemática é cada vez mais importante. O processo de envelhecimento acarreta alterações na vida quotidiana dos indivíduos, exigindo uma adaptação a novas situações e vivências que levam, frequentemente, ao isolamento e à perda das relações sociais, levando também a uma transformação do estatuto do indivíduo, que passa de produtivo a improdutivo ou de activo a inactivo, de tal forma que pode afectar de forma negativa as relações sociais. Foi neste sentido que surgiu o tema inerente a este relatório de estágio.

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo que, no capítulo I procedeu-se à formulação do problema à exposição dos objectivos propostos para a elaboração do mesmo a uma análise contextual onde foi realizado o estudo empírico.

O capítulo II refere-se ao enquadramento teórico, onde serão abordados considerações gerais sobre velhice e envelhecimento, conceitos básicos de envelhecimento, processo de envelhecimento, factores que contribuem para envelhecimento, tipos de envelhecimento, teorias do envelhecimento, envelhecimento activo, pilares da estrutura do envelhecimento activo, tendências do envelhecimento activo, ideias para prevenir o envelhecimento activo, idoso institucionalizado.

O capítulo III, dedicado ao estudo empírico, apresenta a metodologia aplicada, a caracterização da amostra, os instrumentos de recolha de dados utilizados e a planificação das actividades realizadas.

No capítulo IV, será apresentado a análise e interpretação dos resultados com base na aplicação de um inquérito por questionário, a 24 clientes da SCMB.

Por fim serão enunciadas as considerações finais.

## **1. Formulação do Problema**

Tendo em vista a necessidade de actuar de forma a estimular o idoso para aderir a actividades físicas e cognitivas que façam com que ele se sinta activo surge a formulação que terá como ponto de partida a questão:

- Poderão as instituições, através da criação de dinâmicas que estimulem as capacidades cognitivas e físicas do idoso institucionalizado, contribuir para um envelhecimento activo?

Os objectivos delineados para responder à questão proposta pelo problema enunciado serão:

- Criar estratégias que estimulem as capacidades cognitivas e físicas do idoso institucionalizado, no sentido de promover um envelhecimento activo;

- Promover a interacção social do idoso institucionalizado.

## **2. Análise contextual**

Para realizar o relatório de estágio sobre o tema “Envelhecimento activo no idoso institucionalizado” foi feito um pedido de autorização à direcção da SCMB tendo sido obtido consentimento para a realização do mesmo e a análise contextual teve como base os dados constantes do sítio da SCMB (anexo I).

Assim e de acordo com o sítio da SCMB, esta é uma instituição de apoio social para pessoas idosas, com alojamento. Foi constituída na ordem jurídica canónica, com o objectivo de satisfazer carências sociais e praticar actos de culto canónico, (Compromisso da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, Art.º 1.º, 1), tendo a 6 de Julho de 1518, por compromisso outorgado pela mão de D. Manuel I, sido fundada a Confraria da Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

As respostas sociais da SCMB destinam-se à prestação de serviços à 3ª idade que são de grande importância e que ocupam uma grande parte da acção social, na medida em que prestam acolhimento a pessoas idosas carenciadas, possibilitando-lhes meios indispensáveis para uma boa qualidade de vida; na medida em que evitam o isolamento, promovendo relações interpessoais entre iguais e com outras gerações e colocam à disposição da pessoa idosa formas adequadas de ajudas, quer ao nível material, quer ao nível moral, quando não conseguem obtê-las junto da família.

Os serviços de assistência estão distribuídos pelo Lar de Santa Teresa d' Ávila, que se destina aos dependentes/acamados, com 47 clientes, pelo Lar da Imaculada Conceição, que se destina aos semi-dependentes e independentes, com 71 clientes e pelo Lar de Santa Isabel, com 63 clientes que se destina a independentes, num total de cerca de 200 clientes.

O Centro de Dia funciona com 20 clientes tendo como principal objectivo satisfazer as suas necessidades básicas, contribuindo, deste modo, para a melhoria da sua qualidade de vida. Um gabinete médico presta assistência médica e cuidados de enfermagem. Há ainda um salão de cabeleireiro/ barbearia abertos e disponíveis para todos os clientes, uma capela onde é celebrada missa diária pelo capelão e três centros infantis (Cinderela, S. João de Deus e da Coxa,) e a escola do 1º ciclo do ensino básico.

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados ao domicílio a indivíduos quando, por motivo de doença, deficiência ou qualquer outro impedimento não possam assegurar, temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas.

A Casa de Apoio a Mulheres Vítimas de Violência funciona em regime permanente, todos os dias da semana. Tem como destinatários mulheres vítimas de violência acompanhadas ou não de filhos menores. Os seus objectivos passam por acolher, temporariamente, as utilizadoras e as crianças, tendo em vista a protecção da sua integridade física e psicológica, promover a aquisição de competências pessoais, profissionais e sociais, proporcionar, através dos mecanismos adequados, a

reorganização das suas vidas, visando a respectiva reinserção familiar, social e profissional.

A instituição possui um projecto educativo destinado aos clientes, designado por “Envelhecer com Qualidade”, pretende criar um programa de intervenção para o envelhecimento activo que procura promover competências ao nível individual e colectivo e é orientado para uma perspectiva psicossocial do processo de envelhecimento. O projecto, a decorrer entre 12 de Julho de 2010 e 11 de Julho de 2014, visa a articulação entre todas as respostas sociais da SCMB e destina-se aos clientes residentes na instituição, às crianças dos centros de infância e às crianças da escola do 1º Ciclo do Ensino Básico da instituição e ao Serviço de Apoio Domiciliário, incluindo os seus familiares.

O processo de institucionalização do idoso na SCMB obedece a normas e regras e passa por várias fases em que, numa primeira fase, se preenche uma *Ficha de Inscrição Inicial* contendo informações pessoais (fotocópia do Bilhete de Identidade (B.I.) /Cartão de Cidadão (C.C.); número de Contribuinte; número de Segurança Social; comprovativo do valor da reforma; atestado médico). Numa segunda fase, o idoso tem que assinar um *Contrato de Prestação de Serviços* entre o 1.º outorgante (SCMB), o 2.º outorgante (futuro cliente) e o 3.º outorgante (familiar/significativo), onde 5 cláusulas referem o objecto de contrato, as obrigações dos outorgantes, a comparticipação de mensalidades, a concordância com o regulamento interno da instituição e a validade do contrato, que é indeterminado até qualquer uma das partes o denunciar, por escrito, ou caducar por morte.

Após a realização deste contrato procede-se ao preenchimento do documento referente ao *Atendimento*, cuja informação disponibilizada ao cliente, tendo como objectivo dar conhecimento se a mesma foi transmitida através de contacto presencial, telefónico ou ambos.

O preenchimento de uma *Ficha de Inscrição* serve para compilar dados referentes ao motivo do pedido de institucionalização, aos contactos com pessoa próxima (s) do cliente, qual a sua rede social e o seu suporte, a dependência, ou seja, observações relevantes para o cliente.

Uma *Ficha de Avaliação Inicial de Requisitos* é, seguidamente, preenchida e apresenta uma grelha de avaliação sumária da área funcional do cliente e o seu grau de necessidade de terceiros no que se refere às actividades de vida diárias uma outra grelha

referente aos serviços a mobilizar, à periodicidade e número de vezes que essa ajuda é necessária.

É feita a descrição do enquadramento familiar ou de suporte, dos critérios de admissibilidade e, finalmente, preenchem-se os critérios de selecção e priorização na admissão do cliente, sendo o mesmo informado, através de uma carta de aprovação, sobre a decisão de aprovação da sua inscrição.

Uma *Ficha de Avaliação Diagnóstica*, com os dados recolhidos numa entrevista directa ao cliente, contempla um inventário de bens pessoais e o seu respectivo valor.

Após a admissão do candidato é preenchido o *Documento Programa de Acolhimento* do cliente, onde se referem os aspectos relevantes na fase de acolhimento, como o relacionamento com os residentes e colaboradores, a adaptação às instalações e aos serviços prestados. Passados 30 dias é elaborado o *Relatório do programa de acolhimento* do cliente onde se faz a avaliação das necessidades, a medição dos graus de vulnerabilidade e a sua potencialidade face aos domínios do bem-estar físico, emocional e material e de inclusão social.

Mediante a avaliação das necessidades é elaborado um *Plano Individual* de forma a potencializar as aptidões do cliente com vista a uma adequada integração na instituição.

Finalmente, é preenchida uma *Ficha de actividades instrumentais da vida quotidiana*, com acções e tarefas a executar ao longo de um período de tempo. Sempre que se justifique procede-se ao preenchimento de uma *Ficha de ocorrências* de incidentes.

## Capítulo II

### Enquadramento teórico

#### 1. Considerações gerais sobre velhice e envelhecimento

O envelhecimento da população é um dos maiores êxitos da humanidade tornando-se também um dos seus maiores desafios devido às suas consequências sociais, económicas e políticas. De acordo com Jacob (2007) citando OMS (2005) *O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e económico do mundo* (p.15).

Nesta linha de pensamento, Cancela (2007) afirma que o envelhecimento é tendencialmente classificado de *terceira idade* ou até mesmo de *quarta idade* (p.1). No entanto, *o envelhecimento não é um estado mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial* (p.1). Afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. Deste modo, podemos afirmar que este é um processo natural e normal comum a todos os seres humanos e, por isso mesmo, cada vez mais, está a tornar-se um tema importante para nos debruçarmos de maneira a compreender toda a sua dimensão. Neste sentido, a União Europeia declarou o ano de 2012 como o *Ano Europeu do Envelhecimento Activo*.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística - INE (2003), em 1960 a população portuguesa com menos de quinze anos representava 28,8% da população total e os idosos representavam 8,1% dessa população. Em 2004, o cenário alterou-se completamente e os idosos passaram a representar 15,2% da população e o grupo de menores de quinze anos passou a representar apenas 16,8%. Segundo as estatísticas previstas pela instituição acima referida, em 2020 a percentagem de idosos será de 20,6% e de jovens apenas 12,6%. As projecções da população residente em Portugal, no período de 2000-2050 revelam um envelhecimento continuado da população, consequência do previsível aumento da esperança de vida, bem como da manutenção dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações. A possibilidade de se verificarem saldos migratórios positivos poderá atenuar esta tendência, mas não a evitará.

Segundo Moura (2006) na *II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento* (p.28) concretizada em Madrid em 2002, até 2050 o número de idosos irá ser maior que o

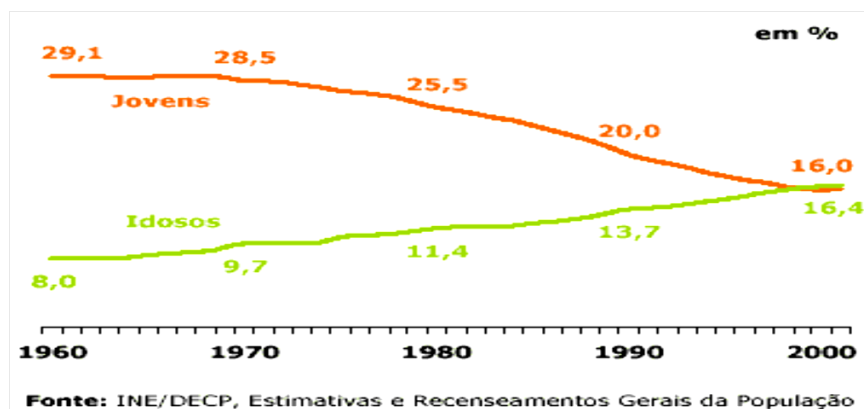
número de jovens existentes, pela primeira vez na história da humanidade. Em 1959 as pessoas idosas representavam 8% da população, em 2000 representavam 10% e segundo a mesma fonte até 2050 o número de idosos deverá corresponder a 21% da população.

Simões (2006) afirma que, no que respeita a Portugal, se prevê que em 2030 o número de pessoas com mais de 80 anos de idade seja o dobro do número actual.

Como podemos verificar por todos estes dados, o envelhecimento da população é pois, deste modo, uma matéria de bastante importância para a nossa sociedade e sobre a qual nos devemos debruçar com cuidado. A importância do bom envelhecimento é cada vez de maior interesse e devemos esforçar-nos no sentido de proporcionar à população mais idosa um envelhecimento activo, de modo que a nossa sociedade não descaia num envelhecimento passivo e lento.

O gráfico 1 demonstra a evolução da proporção da população jovem e idosa em Portugal, no período entre 1960 e 2001.

Gráfico 1 - Evolução da proporção da população jovem e idosa em Portugal, desde 1960 – 2001



Como podemos verificar pelo gráfico acima indicado em, apenas, cerca de 40 anos, a população de jovens em Portugal decresceu drasticamente, enquanto a população idosa aumentou sensivelmente. Enquanto a população jovem representava 29,1% em 1960, em 2001 passou a representar apenas 16,0%, a população idosa que em 1960 apenas representava 8%, passou a representar em 2001, 16,4%, ultrapassando deste modo a população jovem. Podemos perceber assim como é importante para a sociedade da actualidade perceber os mecanismos que compõem o envelhecimento.

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial que tem consequências directas nos sistemas de saúde pública. O crescimento da população idosa nos países

desenvolvidos vem sendo estudado há vários anos. O século XXI vai ser, muito provavelmente, o século dos idosos. Stuart-Hamilton (2002) diz que *o envelhecimento não é exclusivamente dos tempos modernos, no entanto, foi nos últimos cem anos que se tornou algo comum* (p.15).

Com este aumento demográfico da terceira idade vai aumentando a preocupação com a qualidade de vida desta população, ou seja, uma crescente preocupação com o envelhecimento activo. Neste sentido, é primeiro necessário compreendermos e apreendermos plenamente o que é o envelhecimento para depois conseguirmos compreender o que é um envelhecimento activo.

## **2. Conceitos básicos de envelhecimento**

Segundo Oliveira (2005) desde o nascimento que a vida se desenvolve de tal forma que a idade cronológica passa a definir-se pelo tempo que avança. No entanto, o envelhecimento é um processo multidimensional e, por isso mesmo, caracterizar o envelhecimento apenas pela passagem do tempo torna-se completamente obsoleto.

Oliveira (2005) define velhice como a *perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente*. (p.24) No entanto, esta definição não é suficiente para explicar o conceito de envelhecimento. As limitações corporais e a consciência da temporalidade passam a ser problemáticas fundamentais no processo do envelhecimento humano, pois cada ser humano envelhece de forma diferente, dando lugar a diferentes velhices e consequentes múltiplas representações, pois *trata-se dum processo complexo, diferencial (específico de cada pessoa), contínuo (embora com movimentos diferentes), inelutável e irreversível* (p.24). Deste modo, se cada pessoa tem a sua própria velhice, como podemos saber quando um indivíduo está idoso? É pois impossível estabelecer uma definição ampla e aceitável no que toca ao envelhecimento e tudo o que se supunha saber é insuficiente para definir o que é realmente o envelhecimento. Neste sentido, e como já referimos, podemos dizer que é impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível em que está situado a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo.

Cardão (2009) explica que envelhecer não é ser velho, isto é, a representação social de velhice como acontecimento individual não convoca somente aspectos negativos relacionados com o desgaste e a eventual dependência. Envelhecer é

igualmente ter experiência, maturidade e uma percepção das coisas e do mundo de forma mais elaborada e abrangente.

De acordo com Vasconcellos (2011) a OMS define como idosas as pessoas com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos. Contudo, esta é uma idade instituída para efeitos de pesquisa, já que o envelhecimento não depende apenas da idade e sim de uma variedade de factores conjuntos.

Como podemos verificar o conceito e definição de envelhecimento pode ser muito abrangente, sendo difícil de categorizar. No entanto, Costa (1998) salienta três critérios básicos para a definição de envelhecimento: *cronológico, biológico e pessoal* (pp.32-33). Assim, no que respeita ao *conceito cronológico* (p.32), é um conceito muito simples, ou seja, prende-se com o facto de que é a idade cronológica do sujeito, aquela que consta na certidão de nascimento e que não pode ser negada. Sendo, por isso, o conceito que menos importa na determinação da idade de um sujeito. Quanto ao *conceito biológico* (p.32), a idade biológica é aquela que o nosso corpo estabelece. Por exemplo um indivíduo de 60 anos, apesar de perceber, em si próprio, mudanças pode sentir-se fisicamente bem, movimentando o seu corpo com agilidade. É um conceito que depende também de outros factores que variam de pessoa para pessoa e que iremos explicar mais à frente. O *conceito pessoal* (p.33) é um critério estritamente pessoal e, por isso mesmo, o mais difícil de ser definido. Foi um conceito desenvolvido através da experiência pessoal. Aqui, a idade pessoal é aquela que a própria pessoa determina, segundo aquilo que sente interiormente. Está ligado às vivências internas de cada um. *Este critério pode ser confundido com a chamada idade psicológica, relacionada com a maturação psíquica* (p.33).

Para Lidz (1983) a característica principal da velhice é o declínio, geralmente físico, que leva a alterações sociais e psicológicas, como *a senescência e a senilidade* (s/p). A *senescência* é um *fenómeno fisiológico e universal*, onde o declínio físico e mental é lento. Pode, então, ser considerada um *envelhecimento sadio* (s/p). A *senilidade* caracteriza-se pelo declínio físico associado à desorganização mental. Esta não é exclusiva da idade avançada, podendo ocorrer prematuramente pois identifica-se com uma privação notável do funcionamento físico e cognitivo observável pelas *alterações na coordenação motora, alta irritabilidade e uma considerável perda de memória* (s/p).

Como podemos notar e de acordo com Stuart-Hamilton (2002) há uma variedade surpreendente de métodos para descrever a idade de uma pessoa. Por exemplo, o envelhecimento pode ser descrito em termos dos processos que afectaram a pessoa à medida que vão acontecendo, podendo ser divididos em acontecimentos relativamente distantes, conhecidos *como efeitos distais de envelhecimento*, e mais recentes, conhecidos como *efeitos proximais de envelhecimento* (p.19). Há ainda, entre outros, os *aspectos de envelhecimento universais* que todas as pessoas mais velhas compartilham de alguma forma (rugas) (p.19).

Vasconcellos (2011) refere que é, deste modo, muito comum uma percepção errada do envelhecimento como apenas um processo de deterioração física e mental. Se é verdade que o organismo do idoso já não funciona com o mesmo ritmo do de um jovem e que o raciocínio pode ser um pouco mais lento e o corpo menos ágil, também é verdade que nesta fase da vida as pessoas tendem a ser mais criativas, mais críticas e são ainda muito produtivas. A velhice associada ao *estado de espírito* (s/p) admite uma subtilidade de classificação que é a dos novos que são velhos e dos velhos que são novos. Esta visão dá a perceber que envelhecimento psicológico não está, como o biológico, previamente determinado e pode ser contrariado. Isto é, não envelhecer psicologicamente é o resultado de uma atitude activa de oposição a uma atitude de abandono e de desistência.

De acordo com Oliveira (2005) existem várias definições para o conceito de velhice, sendo no entanto e de uma forma geral (...) *um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo* (p.24).

Na perspectiva de Brissos (1990), citado por Silva (2011), o envelhecimento assume-se como um *processo complexo que está condicionado por factores intrínsecos e por factores extrínsecos*. Destes últimos destaca-se a *grande importância ecológica do meio físico e social envolvente*. Nos *factores intrínsecos destaca-se as vivências inerentes a cada indivíduo fazendo com que o envelhecimento difira grandemente de indivíduo para indivíduo* (p.13).

Em suma, podemos definir velhice como o estado de uma pessoa que, devido ao avanço da idade, sofreu um declínio nos seus órgãos e capacidades intelectuais e consequentemente uma diminuição da sua participação social. Filho e Alencar (1998), citado por Silva (2011), definem envelhecimento como *um processo dinâmico e*

*progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte (p.14).*

## **2.1. Processo de envelhecimento**

Lidz (1983) afirma que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que este constitua uma oportunidade de viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. No entanto, isso implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e, também, da formação de profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

Segundo Moura (2006) *Portugal é um país historicamente rotulado como o mais velho da Europa, sendo o seu pergaminho de honra confrontado com a constatação de também ser o mais envelhecido na sua população e, fatalmente, condenado às concepções negativas e funestas que tal situação acarretará (p.28).*

Lidz (1983) refere que o envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: *individualmente e colectivamente (s/p)*. Uma das perspectivas já analisada refere-se à perspectiva colectiva que se define pelo *envelhecimento demográfico (s/p)*. Por outro lado, a perspectiva individual assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida.

Cancela (2007) afirma que todos os organismos possuem um tempo limitado de vida, sofrendo mudanças fisiológicas com o passar do tempo, que é dividido em três fases: *fase do crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a senescência ou envelhecimento (p.1)*. Na primeira fase ocorre o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos órgãos, o organismo vai adquirindo capacidades funcionais que o fazem passar para a segunda fase. Esta segunda fase é caracterizada pela capacidade do indivíduo de se reproduzir, garantindo a sobrevivência e perpetuação da própria espécie. A terceira fase é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo. No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de deterioração gradual e diferencial, que afecta todos os seres vivos, e o seu término natural é a morte.

Oliveira (2005) refere-nos que o envelhecimento é um procedimento intrincado e universal comum a todos os seres vivos. É um processo contínuo, podendo, no

entanto, verificar-se um desenvolvimento mais rápido, ou, pelo menos, mais evidente, nas últimas fases da vida do homem.

O processo de envelhecimento é diferente de indivíduo para indivíduo, inevitável e observável em todos os seres humanos.

Lidz (1983) caracteriza o processo de envelhecimento em três fases sucessivas, podendo, no entanto, o idoso não chegar a atingi-las todas, ou pelo contrário, atingi-las em simultâneo. A primeira fase denomina-se *idoso* (s/p). Nesta fase ainda não existe grandes alterações orgânicas, o indivíduo ainda se considera capaz de satisfazer as suas necessidades. A segunda fase é designada por *senescência* (s/p). Ocorre no momento em que o indivíduo passa a sofrer alterações na sua condição física ou de outra natureza, que o levam à necessidade de ter de confiar nos outros. A terceira fase denomina-se *senilidade* (s/p) e aqui o cérebro já não exerce a sua função como órgão de adaptação, o indivíduo torna-se dependente e necessita de bastantes cuidados.

Em suma, o processo de envelhecimento não se inicia no mesmo período nem se desenvolve ao mesmo ritmo e não atinge o mesmo grau de degenerescência para todos os sistemas orgânicos. De pessoa para pessoa, as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo distinto, dependendo de factores externos, como estilos de vida, actividades que um indivíduo desenvolve, ambiente onde se insere e organização de cuidados de saúde e de factores internos, como a bagagem genética e o estado de saúde. Assim, em alguns indivíduos o envelhecimento exprime-se por uma degradação do sistema cardiovascular e em outros por um envelhecimento precoce do sistema nervoso ou por um declínio funcional de outros órgãos.

## **2.2. Factores que contribuem para envelhecimento**

O fenómeno do envelhecimento humano está intimamente ligado com a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, com a melhoria dos cuidados de saúde. A OMS (1974) citada por Silva (2011) definiu a saúde como *estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou enfermidade* (p.1). E definiu qualidade de vida como sendo a *percepção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta a cultura, os valores, objectivos de vida, relações sociais e perspectivas de vida* (p.1).

Neste sentido, consideramos que a promoção da saúde e da qualidade de vida são os objectivos mais importantes em actividades com idosos, pois é fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações do seu corpo e tire proveito das suas

condições físicas e psicológicas, no sentido de prevenir possíveis défices na saúde e promover a sua autonomia. Assim, é necessário que se procure um estilo de vida activo integrando a actividade física na sua vida quotidiana.

De acordo com Lidz (1983) existem vários factores: *factores internos ou individuais (biológicos, genéticos e psicológicos)*, e *factores externos (comportamentais, ambientais e sociais)* (s/p) que contribuem para a forma como se envelhece. Os factores individuais podem contribuir para a ocorrência de doenças ao longo da vida. No entanto, em muitas situações, o declínio das funções está intimamente relacionado com os factores externos, como por exemplo, *o aparecimento de depressões e os fenómenos de solidão e isolamento de muitas pessoas idosas* (s/p). Deste modo, a saúde é o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem, sendo a qualidade de vida nas pessoas idosas largamente influenciada pela capacidade em manter a *autonomia* e a *independência* (s/p). Por *autonomia* entende-se a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. Por *independência* entende-se a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com uma pequena ajuda de outrem. Estas incluem, por exemplo, tomar banho, alimentar-se, utilizar a casa de banho e andar pela casa.

De acordo com Lidz (1983) estes dois conceitos (independência e autonomia) têm o benefício de mostrar as diferentes combinações possíveis que podem acontecer ao idoso. Deste modo, este pode ser *dependente e autónomo*, ou seja, não necessita do auxílio de terceiros para as suas actividades diárias; *independente e não autónomo*, ou seja, pode ter a necessidade de ajuda para realizar as actividades de vida o que provoca, deste modo, dependência, mas mantém a autonomia porque decide o seu modo de vida; *independente e não autónomo*, em que a perda de autonomia surge quando é interdita ao idoso a escolha de regras do seu comportamento, não por uma situação de dependência, mas porque é interdita fazer a escolha das regras das suas actividades (inserção numa instituição de carácter social), onde o indivíduo perde parcialmente ou totalmente a sua autonomia; *dependente e não autónomo*, ou seja, necessita de ajuda para realizar as suas actividades de vida e está institucionalizado (s/p).

### 2.3. Tipos de envelhecimento

Cancela (2007) considera que como os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e em ritmos diferentes, não envelhecendo todos ao mesmo tempo, podemos destacar três tipos de idades e três tipos de envelhecimento. O *envelhecimento biológico ou idade biológica*, está ligada ao *envelhecimento orgânico* (p.2). Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de se auto-regular torna-se menos eficaz. O processo de envelhecimento não é executado todo ao mesmo tempo, ou seja, cada sector do organismo envelhece num tempo determinado. *É um processo contínuo que acontece durante todo o decorrer da vida, não ocorrendo ao mesmo tempo, nem de modo igual para todos* (p.2). O *envelhecimento psicológico ou idade psicológica* (p.2) relaciona-se com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente e inclui a inteligência, memória e motivação. No entanto, sabe-se muito pouco a respeito da influência dos factores psicológicos no envelhecimento mas suspeita-se *que nas pessoas de vida rica criativa, intelectual ou artística, a deterioração dos rendimentos intelectuais e mnésticos* produz-se mais tardiamente e com maior lentidão (p.2). Foca, ainda, outro aspecto bastante significativo que se prende com a questão dos *conflitos psicológicos* que derivam de *conflitos afectivos e frustrações correspondentes* a épocas anteriores da sua vida e que as dificuldades psicológicas acumulam-se na velhice. Neste sentido, *envelhecimento social ou idade social*, refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país (p.2).

Segundo Fonseca (2005) ao *nível psicológico*, mais do que o processo de envelhecimento, são as consecutivas crises pelas quais o idoso passa, tais como *lutos, perdas de papéis sociais, mudanças de vida* (p.95) entre outros, que alteram as suas características psicológicas. Quanto ao nível sócio - cultural, o idoso caracteriza-se muitas vezes pelo isolamento e pela solidão sentida, mesmo quando vive acompanhado por familiares ou outros, gerada pela impossibilidade de intimidades nas relações. Também no aspecto social, o facto de o idoso já não contribuir produtivamente para a sociedade leva a que seja tratado de modo diferente, o que não contribui para a sua integração social, mas antes para a sua marginalização.

Cancela (2007) evidencia no quadro 1, de uma forma sucinta, os aspectos considerados mais importantes sobre a velhice e o envelhecimento.

Tabela 1 - Aspectos biopsicossociais gerais da velhice (adaptada de Cancela, 2007)

Aspectos biológicos	Aspectos psicológicos	Aspectos sociais
<b>Embranquecimento dos cabelos</b>	Intensificação dos traços de personalidade	Depressão
<b>Tendência à obesidade</b>	Fixação no passado	Isolamento
<b>Perda de elasticidade e hidratação da pele</b>	Irritabilidade	Sentimento de inutilidade
<b>Apagamento do brilho dos olhos</b>	Rigidez	Desconfiança
<b>Surgimento de bolsas sobre os olhos</b>	Dogmatismo	Busca de satisfações sociais
<b>Alongamento do nariz e dos lóbulos das orelhas</b>	Desconfiança	Tentativa de se manter activo
<b>Adelgaçamento do lábio superior</b>	Aversão ao novo	Intuição
<b>Diminuição ou perda da acuidade visual e da audição</b>	Autoritarismo	Sabedoria
<b>Diminuição da força tónica e da sonoridade da voz</b>	Depressão	Gerontofobia
<b>Aparecimento de varizes</b>	Isolamento	Ridicularização social
<b>Maior dificuldade na cicatrização das feridas</b>	Diminuição da actividade sexual	
<b>Perturbações do sono</b>	Busca de satisfações sociais.	
<b>Redução da largura dos ombros e aumento na da bacia</b>	Dificuldade em aceitar que se está velho	
<b>Perda de peso em quase todos os órgãos internos</b>	Prejuízo na memória de fixação	
<b>Maior propensão a doenças</b>	Diminuição da percepção	
<b>Interrupção na mulher da função reprodutora</b>	Aumento da ansiedade e do medo	

Como podemos ver pelo quadro 1, durante o processo de envelhecimento ocorrem modificações a nível de inteligência, memória e tempo de reacção. De acordo com Berger e Mailloux-Poireier (1995), citado por Silva (2011), no que diz respeito à inteligência não se pode afirmar que haja declínio com o avançar da idade, contudo há uma maior estabilidade e *performance* intelectual. Salienta-se que a fadiga mental, o desinteresse, a diminuição da atenção e concentração podem estar associadas ao

declínio da inteligência. Contudo, segundo Silva (2011) existem estudos que mostram uma relação directa entre a presença de doenças e o declínio das *capacidades cognitivas*, das *aptidões psicomotoras*, em especial as relacionadas com a *coordenação*, *com a agilidade mental e com os sentidos (audição e visão)*, levando os idosos a um desempenho menos satisfatório. Mas quando *submetidos a testes que exigem rapidez de execução e longa duração são muito competitivos e só estimulam aptidões não - verbais* (p.18).

Em síntese, e de acordo com Spar e Rue (1997), citado por Silva (2011), podemos referir que as principais modificações biológicas que o organismo sofre, decorrentes da idade, têm a ver com os aspectos gerais, como a perda de *elasticidade e tonicidade* da pele que leva ao aparecimento de *rugos*, *a perda de acuidade visual*, *mudança da cor* dos olhos, *perda de brilho* e aparecimento de doenças como a miopia ou as cataratas. Há uma diminuição da audição com surdez progressiva, podendo surgir lesões no ouvido médio e deterioração do ouvido interno. *A nível da locomoção* emergem mudanças como a diminuição do peso e da altura, perda de mobilidade e de flexibilidade, surgindo artroses. Os ossos ficam mais frágeis, podendo provocar osteoporose. As modificações do *aparelho respiratório* podem provocar *insuficiência pulmonar com enfisema*. E mais uma série de muitos outros problemas de saúde relacionados com o declínio das capacidades. É, pois, neste sentido, muito importante promover um envelhecimento activo nas pessoas mais idosas (p.19).

Segundo Cancela (2007) *Todo o organismo multi-celular possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas com o passar do tempo* (p.1).

Em suma, e respeitando a especulação de todos os autores, são muitos os factores que contribuem para a forma como se envelhece, considerando acima de tudo a individualidade de cada idoso, particularmente no domínio da saúde e do bem-estar.

### **3. Teorias do envelhecimento**

Oliveira (2005) refere que *são múltiplas as teorias acerca do envelhecimento* (p.27). Todas as espécies envelhecem e sofrem alterações notáveis desde o nascimento até à morte. Os cientistas desenvolveram teorias tentando explicar a razão pela qual as pessoas envelhecem, embora nenhuma delas tenha sido comprovada. O envelhecimento é o termo do desenvolvimento que todo o indivíduo saudável vai atingir. As células do corpo não são imperecíveis, em um período de aproximadamente sete anos morrem e renovam-se, dando origem a distintas teorias do envelhecimento.

Cancela (2007) analisa a *teoria do envelhecimento programado*, isto é, refere que a morte celular é, na verdade, *programada* (p.5). Esta teoria explica o envelhecimento somente através de factores genéticos, ou seja, a rapidez com que uma espécie envelhece é *pré-determinada pelos seus genes*, ou de preferência, os genes determinam quanto tempo as células viverão (p.5). A melhor evidência disso é o limite no número de vezes que uma célula pode ser substituída. O *fenómeno Hayflick* comprova que as células vivas tiradas do corpo e criadas *in vitro* só se *reduplicarão um determinado número de vezes antes de morrer* e quanto mais velho for o corpo de onde elas forem retiradas, menos duplicações sucederão antes da sua morte (p.5). À medida que as células morrem, os órgãos começam a manifestar um mau funcionamento e, finalmente, não conseguem sustentar as funções biológicas indispensáveis para a conservação e manutenção da vida, sendo então desencadeado o processo de morte, cujo momento estará ligado à idade biológica, variando assim entre as diversas espécies.

Choque e Choque (2004) falam também da *teoria do envelhecimento programado*, referindo que a durabilidade da vida de cada espécie viva está estabelecida por um programa de envelhecimento inscrito no código genético de cada indivíduo (p.15).

Stuart-Hamilton (2002) fala-nos sobre a *teoria do envelhecimento da mutação somática* (p.23), em que, pelo contrário, o problema desaparece porque as células substitutas não são cópias exactas, mas células que contêm erros, pondo, deste modo, a culpa na replicação imperfeita da proteína. Essa replicação imperfeita pode ser agravada por *factores ambientais* e uma *dieta errada*, apresentando-nos a *teoria do envelhecimento auto-imune* (p.23) em que refere que o envelhecimento pode ser atribuído a defeitos no sistema imunológico, menos capaz de combater as infecções ou ao identificar erradamente as células do corpo como agentes infecciosos pode atacá-las.

Uma outra teoria apresentada por Stuart-Hamilton (2002) é a *teoria do lixo celular*, esta ocorre devido a toxinas produzidas como subprodutos da normal actividade celular (p.23).

Choque e Choque (2004) referem que nesta teoria a célula, quando envelhece, perde o seu *discernimento e aceita ácidos que não estão previstos na sua sequência genética*. Deste modo, a célula não consegue difundir o seu património genético durante a mitose e acaba por morrer (p.15).

Para Cancela (2007) a *teoria dos radicais livres* é, actualmente, uma das melhores teorias explicativas do envelhecimento (p.5). Esta teoria surgiu com Harmon

(1954) que referiu que *as células envelhecem em consequência dos danos acumulados devido às reacções químicas que ocorrem no interior das células* (p.5). Deste modo o autor refere que *uma vez que os radicais livres resultam de um processo de oxidação*, fornecer ao organismo anti-oxidante é a melhor forma de atenuar os efeitos dos radicais exógenos (p.5). Segundo Stuart-Hamilton (2002) esta teoria é assegurada pelas inúmeras evidências científicas de que os radicais livres estão envolvidos praticamente em todas as doenças típicas da idade: *arteriosclerose, doenças coronárias, catarata, cancro, hipertensão, doenças neuro-degenerativas*, entre outras (p.23).

Quanto à *teoria dos radicais livres*, Choque e Choque (2004) explicam que os radicais são moléculas, ou *fragmentos de moléculas* que podem constituir autênticos venenos para o nosso organismo. Estes são o resultado de *reacções de oxigenação que se produzem em contacto com o oxigénio que respiramos*. No entanto, e felizmente, possuímos diversas enzimas que orientam estes radicais, tais como as vitaminas, que possibilitam que as células se defendam (pp. 15-16).

Fonseca (2005), tendo como princípio os trabalhos de Kuhlen (1959), apresenta-nos a *teoria da actividade do envelhecimento* referindo que existe uma união entre actividade e envelhecimento, ou seja, o *gosto de viver e a auto-estima* são proporcionais à *actividade desenvolvida pelo indivíduo*. Conforme refere Papalia e Olds (1992), citado por Fonseca (2005), quanto mais activas as pessoas idosas ficarem mais felizes não-de envelhecer, pois esta teoria considera (...) *a satisfação de vida em função da existência de uma imagem positiva de si mesmo, resultante da percepção da possibilidade de se atingir objectivos pessoais, predefinidos e manter interacções sociais satisfatórias* (p.123). O autor refere ainda que esta teoria para Paúl (1996) é o modelo básico para a preparação de programas e políticas administrativas das presentes instituições de idosos, pois *o idoso que envelhece de uma forma óptima é o que permanece activo, encontrando substitutos para as actividades que teve de abandonar, para as amizades que perdeu* (p.123).

Choque e Choque (2004) apresentam-nos a *teoria da alteração do sistema imunitário* (p.16), que explica que o homem possui *anticorpos* capazes de lutar contra a inserção de substâncias estranhas que se conhecem como *antígenos*. Estes *anticorpos* dispõem-se de modo a *aniquilar estas substâncias estranhas* (p.16). Contudo, com a idade o organismo vai perdendo a aptidão de diferenciar essas substâncias estranhas, pois produz cada vez menos anticorpos capazes de lutar contra os invasores exteriores

como os vírus e as bactérias. Em contrapartida, produz anticorpos dirigidos contra as suas próprias células, fomentando a sua autodestruição.

Choque e Choque (2004) referem que na *teoria do envelhecimento neuro-endócrino*, com a idade, *o hipotálamo e a hipófise vão-se desajustando*, ou seja, *os ritmos biológicos são perturbados, atribuindo essas perturbações a modificações nefastas do sistema nervoso central* (p.6).

Em síntese, sejam quais forem as origens das transformações físicas, não há dúvida de que elas ocorrem. É importante lembrar que isso não se inicia na velhice mas na idade adulta jovem.

No entanto, este processo é muito lento e, como a maioria dos sistemas corporais oferece uma capacidade inerente, é só na sexta década de vida que muitas mudanças começam a ficar perceptíveis para o observador casual. Outra consideração é que muitas mudanças observadas nas pessoas mais velhas podem ser devido a doenças e não à idade em si. É praticamente impossível passar pela vida sem ceder a, pelo menos, algumas doenças e, portanto, é difícil sonegar a faculdade de que as mudanças do envelhecimento sejam, ao menos em parte, devidas aos efeitos cumulativos de consecutivas infecções.

Em suma, podemos dizer que o envelhecimento é um processo complexo e universal sendo comum a todos os seres vivos. Pode ser considerado como um processo contínuo podendo, no entanto, observar-se uma evolução mais rápida, ou pelo menos, mais notória nas últimas fases da vida do homem. É diferente de indivíduo para indivíduo, no entanto, embora dependendo da forma do efeito que provoca é inevitável e observável em todos os seres humanos. Diz respeito a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos. É importante salientar que estas modificações são gerais, podendo-se verificar em idade mais precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e com o modo de vida de cada um.

O envelhecimento humano é então definido como o processo de mudança progressivo de estrutura biológica psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.

#### 4. Envelhecimento activo

Paul Wallace (2001), citado por Jacob e Fernandes (2011), afirma que (...) *a transição de uma era de população jovem, em rápido crescimento, para uma era de população mais velha e muitas vezes em declínio requer um ajuste radical, não apenas nas nossas atitudes e expectativas. Uma nova era pede um novo estado de espírito* (p. 4).

Para Jacob e Fernandes (2011), no sentido de compreender o que é um envelhecimento activo, é fundamental, entender o que é a saúde. A saúde traduz-se numa boa qualidade de vida, isto é, qualquer combinação de actividades de apoio político, educacional, organizacional, jurídico, financeiro, ambiental, e social direccionada para hábitos e condições de vida que visam aumentar a satisfação e o bem-estar dos indivíduos.

Deste modo Sequeira (2010) afirma que o aumento da longevidade na sociedade actual coloca novos desafios, entre os quais a saúde e a prestação de cuidados. Ao nível da saúde porque esta constitui um *recurso adaptativo e essencial* para o idoso ter um envelhecimento normal e ao nível da *prestação de cuidados* porque o avançar da idade implica um maior risco de doença e, conseqüentemente, um maior índice de dependência, necessitando o idoso de uma maior prestação de *cuidados formais e informais* (p.3).

Neste sentido, devemos reunir esforços colectivos e individuais a fim de promover o envelhecimento activo, para evitar que esta etapa do ciclo vital se associe a algo desagradável e penoso e que seja encarada em termos negativos.

Ribeiro e Paúl (2011) dizem existir formas diferentes de envelhecer e com um contacto diário com as pessoas mais velhas podemos constatar isso mesmo. Um envelhecimento bem-sucedido, satisfatório ou activo não depende de factores como a sorte ou o património genético, mas sim de cada um de nós, das nossas acções e responsabilidades individuais.

A ideia principal destas teorias assenta na concepção do conceito de envelhecimento activo introduzido pela OMS (2002), citado por Pereira (2012), que define o envelhecimento activo como *o processo pela qual se optimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice* (p. 207). Este conceito deve ser compreendido no contexto da cultura e do género. Activo para a OMS, reporta-se à participação contínua nas questões sociais,

económicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à aptidão de o indivíduo estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho. O idoso tem que continuar a participar na sociedade, de forma útil. É importante que sinta que continua a fazer parte dela, intervindo e contribuindo para o seu desenvolvimento. Ou seja, este novo modelo surge como sendo mais consensual, no sentido que preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com manutenção da autonomia física, psicológica e social, em que os idosos estejam integrados em sociedades seguras e em que assumam uma cidadania plena.

Neste sentido, Jacob e Fernandes (2011) afirmam que qualquer programa que pretenda incrementar um envelhecimento activo com êxito deverá *prevenir a doença e a incapacidade associada à optimização do funcionamento psicológico e em especial do funcionamento cognitivo* (p. 7). Deste modo, os factores psicológicos estão na base de um bom envelhecimento activo, pois são estes factores que fazem o indivíduo conseguir ultrapassar quaisquer situações adversas que encontre, pois é o sentimento de auto-satisfação e o pensamento positivo que estão ligados a um envelhecimento satisfatório.

O ano de 2012 é o *Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações*. Uma oportunidade para todos reflectirem sobre o facto de os europeus viverem agora mais tempo e com mais saúde do que nunca e aproveitar as oportunidades que se oferecem.

Segundo europa.eu (2012) o envelhecimento activo pode dar à geração do *baby-boom* e aos idosos do futuro a oportunidade de *permanecerem no mercado do trabalho e partilharem a sua experiência*; continuarem a cumprir um papel activo na sociedade; e viverem uma vida o mais saudável e gratificante possível (s/p).

É também essencial manter a solidariedade inter-geracional em sociedades em que o número de pessoas idosas aumenta rapidamente.

O processo de envelhecimento conduz a alterações na vida quotidiana dos indivíduos, impondo uma adaptação a novas situações e vivências que levam frequentemente ao isolamento e à perda de relações sociais. Como se evidencia na figura 1 o modelo de envelhecimento activo conforme preconizado pela OMS depende, assim, de uma variedade de factores denominados

- *Determinantes de ordem pessoal (factores biológicos, genéticos, e psicológicos);*
- *Determinantes de ordem comportamental (estilos de vida saudável e participação activa no cuidado da própria saúde);*

- *Determinantes de ordem económica (rendimentos, protecção social, oportunidades de trabalho digno);*
- *Determinantes do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros);*
- *Determinantes de ordem social (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso);*
- *Determinantes relativos aos serviços sociais e de saúde (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade (Ribeiro e Paúl, 2011, p.3)*

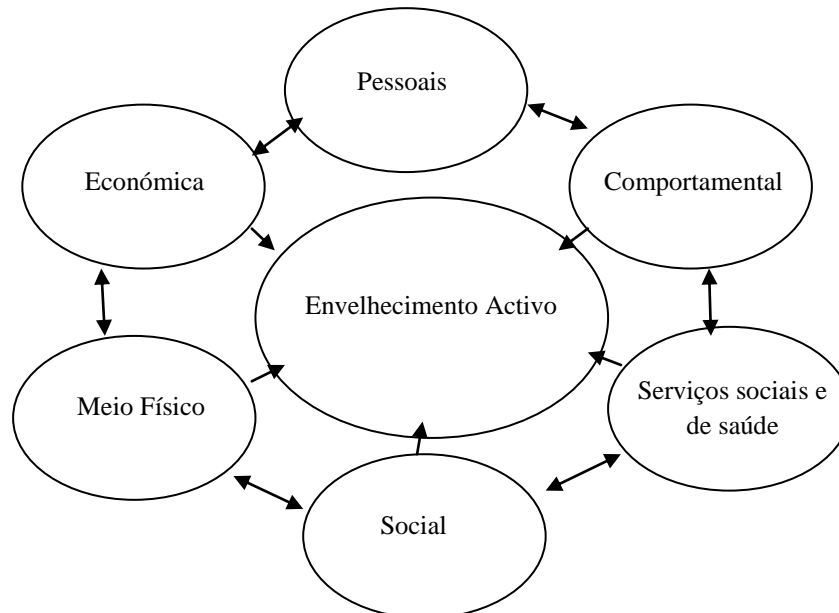


Figura 1 - Determinantes do Modelo Activo (adaptado de Ribeiro e Paúl, 2011)

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009) cada um destes determinantes desdobra-se em inúmeros aspectos, de onde têm emergido inúmeras políticas implementadas pelos governos e instituições. Deste modo, o envelhecimento activo deve ser fomentado através de *acções capazes de dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder e do controlo que têm sobre a sua vida* (p.51). Este conjunto de factores estabelecidos pela OMS são desenhados de uma forma circular, pois indicam as múltiplas direcções em que os múltiplos sistemas actuam tanto ao nível pessoal do indivíduo quanto a nível externo.

De acordo com Jacob e Fernandes (2011) o empenho político em programas de desenvolvimento humano deverá ter em consideração a promoção da saúde ao longo do

ciclo de vida, com vista a um envelhecimento activo em todas as suas vertentes: *física, cognitiva, social e espiritual, produtiva*, entre outras. A promoção da saúde a favor do envelhecimento bem-sucedido requer o *incremento e a renovação dos modelos de atendimento, cuidado, prevenção, reabilitação, e de diretrizes que incluam as alternativas que permitam a participação na comunidade, que vão desde a defesa dos direitos sociais e da cidadania até à qualidade de vida* (p.18).

Neste sentido, existem determinados conceitos - chave para compreender esta temática. Ribeiro e Paúl (2011) destacam a *autonomia* considerada no sentido de controlo individual sobre a sua vida e capacidade de decisão; *independência* nas actividades diárias, ou seja, na capacidade de cuidar de si próprio, na manutenção básica do seu corpo, e no exercício de competências de manipulação do mundo externo; *expectativa de vida saudável* traduzida no tempo que se pode esperar viver sem precisar de cuidados especiais e; *qualidade de vida* incorporando a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e as características do ambiente em que a pessoa se encontra inserida (p.3). A cultura contém um papel extremamente importante para a compreensão efectiva do envelhecimento activo e dos seus determinantes. O envelhecimento activo envolve a interacção entre três componentes fundamentais: *selecção, optimização e compensação (Modelo SOC)*. Este modelo possui três fases: a primeira fase refere-se a uma fase de *selecção de objectivos*, ou seja, de efectuar certas escolhas em detrimento de outras, a segunda fase corresponde a uma etapa de *optimização das escolhas feitas* e a terceira fase corresponde à *compensação* face a um desempenho mais favorável para o indivíduo (p. 6).

#### **4.1. Pilares da estrutura do envelhecimento activo**

De acordo com Ribeiro e Paúl (2011) existem três pilares da estrutura política para o envelhecimento activo: *saúde; segurança e participação social* (p.3). O primeiro pilar a ser referido é a saúde. Esta é baseada em diagnósticos médicos, ou até percebida pelo próprio e é um dos aspectos centrais do envelhecimento e consequentemente do envelhecimento activo. Neste caso, como é bastante reconhecido, a maior parte dos factores de risco e de protecção implicam *hábitos de conduta, aprendidos e mantidos como reportórios básicos de conduta*. O indivíduo deve então, neste sentido, promover um estilo de vida saudável, pois, a maior parte das mortes que se produzem no mundo devem-se a factores de conduta de risco, como: *hábitos e estilos de vida pessoais*,

*condições do meio ambiente geral, condições do meio ambiente de trabalho, acesso a serviços de saúde e hereditariedade* (p.4). Deste modo, podemos dizer que o comportamento é um determinante essencial na promoção da saúde e conseqüentemente uma parte muito importante quando se fala em envelhecimento activo. O segundo pilar é a *segurança* que abrange um leque de questões que lançam um *olhar crítico sobre o planeamento urbano e os lugares habitados*. No entanto, também atentam *sobre os espaços privados e o clima social de não-violência nas comunidades* (p.4). O terceiro pilar é a *participação social* em que se está inserido. Este é marcado pelas relações estabelecidas com os distintos subsistemas institucionais. Aqui, insere-se *a família, os grupos de pares, o exercício da cidadania emergindo como palcos incontornáveis da vida social do ser humano e a participação activa nestes âmbitos* (p. 4). Neste contexto podemos dizer que a participação social está estritamente relacionada e depende dos processos cognitivos, emocionais e motivacionais, assim como das habilidades sociais do indivíduo. Podemos, assim, dizer que os principais domínios do envelhecimento activo são: *saúde e boa forma física, óptimo funcionamento cognitivo, auto-regulação emocional e motivacional (afecto, controlo, entre outros) e um alto funcionamento social* (p.4).

#### **4.2. Tendências do envelhecimento activo**

Neste sentido, e porque se considerou importante, no seguimento deste trabalho, nomeadamente na parte referente à justificação das actividades realizadas, ir-se-á proceder a um resumo apresentado por Jacob e Fernandes (2011) sobre as tendências do envelhecimento activo, onde são identificadas doze tendências: *tendência n.º 1 – Desporto, treino específico e reabilitação* segundo um estudo feito nos EUA, a segunda maior razão que leva as pessoas ao consultório médico são as lesões desportivas, o que significa um claro aumento da actividade física nos mais velhos; *tendência n.º 2 – Medicação*, prende-se com o facto de que se está cada vez mais a desmistificar a ideia de que as doenças crónicas e as deficiências físicas são inseparáveis do processo de envelhecimento activo e que, pelo contrário, estas são as que, cada vez mais, podem ser prevenidas ou controladas através da mudança do estilo de vida; *tendência n.º 3 – Redução de quedas*, está ligada com a tendência n.º 1, ou seja, como há cada vez mais idosos a praticar desporto, treinos específicos e reabilitações há, também, mais clínicas especializadas no aumento da massa muscular e melhoramento da circulação sanguínea dos idosos, melhorando, deste modo, o equilíbrio destes e levando cada vez menos a

entrar nas urgências de idosos hospitalizados devido ao padecimento de quedas; *tendência n.º 4 – Soluções energéticas* em que segundo a *American Association of Retired Person* há cada vez mais idosos que querem manter um estilo de vida saudável de forma a garantirem mais energia à medida que envelhecem, praticando exercício, pois existem vários factores que levam à diminuição e até mesmo à falta de energia, de onde se destacam a rotina, a depressão, as interações medicamentosas, a má nutrição, falta de sono e a falta de exercício físico; *tendência n.º 5 – À procura de alternativas* em que a procura das medicinas complementares e alternativas têm sofrido um forte crescimento. Este facto pode verificar-se através do aumento da compra de medicamentos alternativos e ajuste da alimentação através da implementação de alimentos funcionais; *tendência n.º 6 – Dr. “Eu”*, em que o meio mais procurado para obter informações é o médico de família, isto é, sempre que os idosos têm dúvidas em relação ao processo de envelhecimento dirigem-se ao médico pois não têm informações disponíveis de outra forma. No entanto, cada vez mais se utiliza a *internet* para se pesquisar sobre saúde. A OMS refere que os adultos mais idosos utilizam mais as suas economias na saúde em vez de as usarem em outras actividades ou necessidades; *tendência n.º 7 – Pré e Anti*, em que a preocupação com a beleza tem vindo a aumentar na população; *tendência n.º 8 – No momento*, são cada vez mais os programas que incentivam os idosos a apreciarem o momento, a ouvirem os sons da natureza e a cheirarem as fragrâncias do exterior. Estas actividades têm como objectivo relembrar as pessoas que devem disponibilizar algum do seu tempo para apreciarem a vida e melhorarem a sua saúde e bem-estar; *tendência n.º 9 – Fitness Cerebral*, com variada oferta de programas e exercícios de *fitness* cerebral que têm como objectivo a prevenção precoce de doenças do foro psicológico. Um exemplo é a bicicleta Neuro Activa que combina os benefícios do exercício físico com o exercício cerebral; *tendência n.º 10 – Transferência de Tecnologia*, em que novas tecnologias oferecem, hoje em dia, um conjunto de serviços que incentivam a prática de exercício físico: Nintendo *wii*, *wii sport*, *wii fit*, *wii-hab*; *tendência n.º 11 – Aprendizagem ao longo da vida*, que é um dos factores mais importantes a ter em conta no processo de envelhecimento. Existe um conjunto de actividades que cada pessoa pode realizar de forma a contribuir para a própria aprendizagem ao longo da vida, como: reconhecer capacidades, identificar a missão e os objectivos pessoais, nunca parar de aprender, adquirir novos interesses, ter um plano de vida, ter *hobbies*, ser voluntário, ajudar o próximo; *tendência n.º 12 – Saúde emocional*, pois segundo a OMS, até ao ano de 2020, a depressão será a segunda

grande causa de morte precoce e incapacidade a nível mundial. Deste modo, são muitos os programas que suportam a dimensão da saúde emocional e que exercem um profundo efeito sobre a vida de muitos adultos mais velhos (pp. 224 – 230).

### 4.3. Ideias para um envelhecimento activo

Jacob e Fernandes (2011) oferecem-nos 21 sugestões para vivenciar um envelhecimento mais saudável e activo. Estas sugestões estão estritamente ligadas aos quatro factores essenciais para se ter uma boa qualidade de vida em qualquer idade, eles são: *manter a autonomia; conviver com outras pessoas; garantir algum desafogo económico; e realizar actividades lúdicas e úteis* (p.231).

Assim, Jacob e Fernandes (2011) sugerem, de uma forma sucinta: 1) *seja um empreendedor*, aproveitando para rentabilizar a experiência que adquiriu ao longo da vida e criando um negócio ou projecto social; 2) *seja um consultor*, partilhando a aprendizagem que a sua vida profissional lhe proporcionou e ajudando quem está na vida activa; 3) *continue a trabalhar*; 4) *estude/aprenda*, aproveitando para tirar aquele curso superior que sempre o agradou ou fazendo uma pós graduação; 5) *torne-se voluntário*, pois é uma óptima forma de se sentir útil e de contribuir para um bem comum; 6) *Seja um cidadão activo*, aproveitando o seu tempo livre e conhecimentos para ser um cidadão activo na defesa da comunidade; 7) *seja um artesão ou um artista*, experimente, pois pode ser que se torne uma paixão; 8) *utilize a internet*, entrando no mundo das novas tecnologias, aprendendo a navegar na internet, a escrever documentos, entre outros; 9) *vigie a sua saúde*, fazendo exercício, tendo cuidado com a alimentação fazendo exames regulares; 10) *Exercite-se*, fazendo desporto e exercício físico; 11) *Leia/Escreva* livros, um jornal, uma revista, partilhando a informação; 12) *Viaje/Passie*, aproveitando para descobrir novos horizontes, perto ou longe; 13) *Jogue/Coleccione*, fazendo parte de uma equipa; 14) *Saboreie*, aprendendo a saborear os alimentos, fazendo uma prova de vinhos, de azeite, de chás, entre outros; 15) *dedique-se à jardinagem*, cuidando de um terreno; 16) *tenha um animal de estimação*, pois obriga-o a ter rotinas e preocupações saudáveis; 17) *seja avô/avó*, pois contactando com os mais novos é a forma mais gratificante de envelhecimento activo; 18) *preocupe-se com a sua imagem*, sem medos de se olhar ao espelho; 19) *desenvolva-se pessoalmente*, redescobrimo-se interiormente e exercitando o seu lado espiritual; 20) *namore*, pois nunca é tarde para amar; 21) *seja optimista*, na medida em que uma visão

optimista do percurso já realizado e daquele que ainda falta é a melhor chave para o envelhecimento activo e saudável (pp. 231 – 236).

Em conclusão, e de acordo com Jacob e Fernandes (2011) o envelhecimento activo pode ser considerado como o produto de um processo de adaptação que ocorre ao longo da vida, através de qual se goza de um *ótimo funcionamento físico (incluindo a saúde), cognitivo, emocional, motivacional e social*. A promoção do envelhecimento implica, deste modo, a optimização destas condições por intermédio de *intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e socioambientais*. Há que sublinhar também que a promoção do envelhecimento activo supõe a *prevenção de doenças e da incapacidade e na maximização do bem-estar e da qualidade de vida na velhice* (p.4).

## 5. Idoso institucionalizado

Cardão (2009), refere que segundo um estudo do INE, *entre 2010 e 2015 a 3.ª idade (com 65 anos e mais) irá ultrapassar o número de jovens (dos 0 aos 14 anos)* (p.9). Neste sentido, face a este problema, é essencial criar respostas e apoios sociais para esta faixa etária. No final do século XIX o apoio aos mais velhos era resolvido pela família, por instituições religiosas ou organismos particulares. Na actualidade, a sociedade sofreu várias alterações dando origem, a um acréscimo das dificuldades para as pessoas idosas viverem a sua velhice nas suas casas. Foi neste sentido que surgiram instituições vocacionadas para o acolhimento de idosos.

Para Pereira (2012) *considera-se institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição* (p.133). E consideram-se idosos *institucionalizados residentes* os que vivem 24h por dia numa instituição.

*As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rotura com o exterior, dado que todos os aspectos da vida são regulados por um única entidade* (Goffman, citado por Pereira, 2012, p. 133).

Segundo Cardão (2009) *a institucionalização é sempre um momento difícil, mais para uns do que para outros, pois o sentimento de perda é variável em função do sujeito, da sua história de vida e da sua capacidade de fazer face ao luto* (p.9). Se por um lado vive mais tempo com maior saúde e pode em muitos casos ter uma pós-reforma muito agradável, por outro, a falta de saúde e a dependência provoca muitas angústias,

onde cada um se projecta neste sentimento incómodo da morte que se aproxima e da vida que chega ao fim. Valoriza-se a juventude e cada um tenta recuar às portas do envelhecimento com tudo o que tem à sua disposição para rejuvenescer. Neste sentido, o idoso institucionalizado vive com melancolia a perda de uma vida activa, onde até certo ponto podia ser o senhor do seu mundo e das acções. Recorda ainda, com tristeza, um tempo desenrolado entre os laços familiares e comunitários, agora longínquos.

Mas

*a institucionalização pode ser entendida como um duplo processo: como recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares, em casas de repouso, onde recebe assistência, por outro lado, pode entender-se a institucionalização como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, com sentimentos mais ou menos manifestos de abandono pela família (Cardão, 2009, p.11).*

Para Pereira (2012) os idosos que estão institucionalizados possuem um *auto-conceito* mais baixo e um *maior índice de depressão* do que os idosos que vivem em suas casas. Isto pode dever-se ao facto do resumido número de actividades que os idosos institucionalizados efectuam e também ao facto de estar só no meio de tantos idosos e *a reorganização da vida pessoal* a que o idoso fica sujeito quando entra para uma instituição (p.134).

Assim, é muito importante que os cuidados disponibilizados nestas instituições tenham cuidados especializados e cuidados de qualidade, pois a qualidade das instituições depende muito das pessoas que trabalham nessa mesma instituição. Esses trabalhadores têm tarefas importantes a cumprir, nomeadamente, a criação de um ambiente institucional favorável ao idoso, onde a vida deve ser valorizada e a dignidade do idoso reconhecida. Segundo Winnicott (2002), citado por Pinhel (2011), *o ambiente institucional deve ser adaptado às necessidades emocionais da pessoa idosa, onde esta possa demonstrar a sua própria personalidade e onde usufrua de uma base segura, evitando, deste modo, possíveis sentimentos de solidão* (p.16), ou seja, o ambiente institucional deve centralizar-se na pessoa, desenvolvendo cuidados gerontológicos apropriados a cada caso.

De acordo com Fernandes (2002), citado por Cardão (2009), os cuidados desenvolvidos de forma impessoal terão um resultado negativo na vivência da pessoa institucionalizada. Segundo Berger e Mailloux-Poirier (s/d) citado por Cardão (2009) subsistem alguns cuidados a ter em ambiente institucional, tais como o desenvolvimento de planos que visem a promoção e a manutenção de saúde e o bem-estar. *Desta forma,*

*às perdas psicossociais que se iniciam com a institucionalização, como é o caso de perda da própria casa, do meio familiar e social, junta-se a patologia dos vínculos institucionais, evidente pela falta de diálogo recíproco e inter-subjectivo (p.41).*

Para Born (2002), citado por Cardão (2009), existe um grande sofrimento para o idoso institucionalizado no momento da referida institucionalização, onde se vê confrontado com o facto da separação dos seus familiares. Existem também alguns receios por parte destes idosos quando são institucionalizados, nomeadamente, *perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, receio do tratamento que irão receber (p.41).*

A institucionalização dos idosos nem sempre é a solução para combater a solidão pois, quando institucionalizados, os idosos têm dificuldade em partilhar o espaço (quarto), uma vez que têm de dividi-lo com uma pessoa que é estranha (Cardão, 2009). Em suma Netto (2002), citado por Cardão (2009), *a solidão e o isolamento social em contexto institucional acentuam uma série de perdas ao nível da identidade e da auto-estima, factores que promovem, muitas vezes, a renúncia da própria vida (p.43).*

As causas que levam à institucionalização do idoso passam pelo:

*Envelhecimento da população; mobilidade geográfica; morte do cônjuge; degradação e a vulnerabilidade das condições de habitação; desadaptação das condições das casas às necessidades dos idosos; os serviços alternativos de proximidade são insuficientes para garantir a manutenção dos idosos no seu domicílio (...)* (Pimentel, 2005, citado por Pinhel, 2011, p.17).

O envelhecimento e a velhice são factos inerentes ao desenvolvimento do ser humano que comportam, na actualidade, uma sequência de preconceitos que não aprovam a favor da elaboração das vivências de perda, pois nas sociedades ocidentais caracteriza a velhice de forma negativa. Envelhecer bem implica saúde, actividade e o desenvolvimento das relações pessoais.

## Capítulo III

### Estudo empírico

#### 1. Metodologia

Tendo como objectivo a análise e interpretação dos dados usou-se uma metodologia quantitativa e qualitativa de forma que tornou possível a concretização do estudo.

O estudo identifica-se com um estudo de caso,

*(...) pois um estudo de caso é o estudo pormenorizado de uma situação bem definida, em que cada caso, embora semelhante a outros, tem sempre um carácter único, que forma uma unidade dentro de um sistema, residindo o interesse do estudo no que ele representa de singular. Pode não ser representativo de um universo determinado e o seu interesse pode não ser o da generalização, mas será o da investigação sistemática de uma situação específica (Mateus, 2008, p.164).*

Partiu-se de uma escolha intencional de uma amostra cuja recolha de dados recaiu sobre 24 clientes.

Num universo de 200 clientes foi escolhida uma amostra de conveniência formada por 24 idosos, dado serem, entre os demais, aqueles que não se encontravam acamados, com doenças limitativas de mobilidade motora ou com alterações ao nível psico-cognitivo.

No que concerne ao género, 13 dos clientes inquiridos, eram do género feminino e 11 do género masculino. A idade variava entre os 76 anos e os 85 anos, sendo que apresentavam o estado civil de 15 viúvos, 7 casados, 1 divorciado e 1 solteira.

#### 2. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados escolhido para a avaliação de cada actividade realizada foi uma grelha de avaliação (anexo II), tendo como objectivo avaliar as respostas dadas dos participantes após cada actividade realizada. No sentido de dar resposta ao problema e aos objectivos definidos para este estudo foi utilizado um inquérito por questionário (anexo III), elaborado e aplicado a 24 inquiridos, pela autora do estudo. É formado por perguntas abertas e fechadas, simples, sem grande grau de complexidade, o que permitiu aos inquiridos respostas fáceis. Tal, teve a ver com a dificuldade de resposta a algumas questões, aquando da realização do pré-teste aplicado

a seis dos inquiridos, donde surgiu a necessidade de reformulação das mesmas, tendo, para isso, sido adoptada uma linguagem mais simples facilmente entendível pelos inquiridos, ou seja, mais simples e menos elaborada. É constituído por dois grupos, em que o primeiro grupo corresponde à caracterização sócio – demográfica como: idade, sexo, estado civil e o segundo grupo é relativo a questões sobre o grau de satisfação dos idosos acerca das actividades desenvolvidas. É composto, no total, por 11 perguntas, sendo que 7 são de resposta aberta. As respostas às questões formuladas serão analisadas de forma quantitativa, considerando o número de respostas dadas e de forma qualitativa, transcrevendo os dizeres dos entrevistados sempre que tal se justifique.

Para a análise das respostas dadas pelos inquiridos procedeu-se a uma codificação tendo sido atribuído o código, IQII1, IQII2 (...), IQII24, cujo significado é Inquérito por Questionário ao Idoso Institucionalizado, num total de 24 inquéritos, correspondentes ao total dos clientes inquiridos.

### **3. Planificação das Actividades**

A planificação das actividades, que visam dar resposta ao problema e aos objectivos formulados, foi feita tendo em conta a criação de dinâmicas que estimulassem as capacidades cognitivas e físicas dos clientes institucionalizados, tendo em vista promover o envelhecimento activo. Realizaram-se, deste modo, doze actividades, com objectivos que respondessem ao problema e aos objectivos enunciados neste estudo para o tratamento do tema *Envelhecimento activo no idoso institucionalizado*.

#### **Actividade nº1**

**Data:** 19 de Janeiro de 2012

**Local:** Sala Cónego Valdemar Pires

**Actividade:** “O Jogo das Garrafas”

**Duração da actividade:** 60 minutos

**Público-alvo:** 24 clientes

**Objectivos:** Verificar a concentração e coordenação óculo - manual;

Promover a agilidade e a força nos pulsos e antebraços.

**Estratégia:** Trabalho individual

**Recursos Humanos:** Educadora Social

**Recursos Materiais:** 18 garrafas de plástico (12 cheias de água e 6 vazias);

Dois metros de cordel;  
Três bolas;  
Cd's de música popular;  
Rádio.

**Descrição da actividade:** a primeira actividade realizada no decorrer do estágio foi constituída por dois jogos, realizados em simultâneo.

Os 24 clientes foram divididos em dois grupos, de doze elementos cada um e enquanto um grupo realizava um jogo, o outro grupo realizava o outro jogo. Os dois jogos estiveram relacionados com garrafas. Num dos jogos colocaram-se sete garrafas cheias de água no chão, atadas na parte de cima (gargalo) com um cordel, com cerca de dois metros de comprimento, que na ponta tinha atado um pau. Os clientes tinham que enrolar esse cordel para fazer chegar até si as garrafas. Ganhou o jogo quem conseguiu que a garrafa chegasse perto de si mais rapidamente. No outro jogo foram colocadas algumas garrafas no chão, em estilo *bowling*, e foram dadas a cada um dos participantes três bolas, correspondendo, deste modo, a três tentativas para derrubar as garrafas. O vencedor foi quem derrubou o maior número de garrafas.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada através da observação directa e através de uma grelha de avaliação (anexo II) fornecida aos clientes no final da actividade.

Relativamente às respostas da grelha de avaliação fornecida aos clientes, todos concordaram com a actividade realizada, não tendo justificado o porquê da sua concordância. Como aspectos positivos da realização da actividade, 15 clientes responderam *Convívio*, 6 *Momentos de lazer* e 3 *Diversão*. Como aspectos negativos 16 responderam *Dor nos braços*. Não foi sentida qualquer dificuldade na realização da actividade para os 24 clientes, pois para todos o jogo foi considerado fácil. Também todos os participantes consideraram que a actividade contribuiu para promover o envelhecimento activo, pois, segundo eles todos estiveram activos.

Perante as respostas dadas pelos clientes na grelha de avaliação esta actividade foi considerada positiva. A actividade foi importante pois optimizou o bem-estar físico social e mental dos clientes, contribuindo assim para um melhor envelhecimento activo.

## **Actividade nº 2**

**Data:** 24 de Janeiro de 2012

**Local:** Sala Cónego Valdemar Pires

**Actividade:** “Trocacis e Baldrocas”

**Duração da actividade:** 60 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivos:** Desenvolver a imaginação e a criatividade;  
Estimular a memória.

**Estratégia:** Trabalho em grupo

**Recursos Humanos:** Educadora social

**Recursos Materiais:**

- Um balão;
- Um tubo de cola;
- Uma borracha;
- Uma mola de roupa;
- Uma caneta;
- Uma casca de noz;
- Uma tesoura.

**Descrição da actividade:** esta actividade foi realizada no interior da instituição, numa sala onde se reuniram os clientes. Foi pedido aos clientes que se dispusessem à volta de duas mesas e sobre estas foram colocados alguns objectos. A actividade consistia na observação desses mesmos objectos durante um período de tempo (cerca de 2 minutos). De seguida, um de cada vez fechava os olhos e a educadora social retirava um ou mais objectos da mesa. À sua voz, abriam os olhos e tentavam identificar qual ou quais os objectos que estavam em falta. No final do jogo quem conseguisse identificar o maior número de objectos retirados era o vencedor do jogo.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada através da observação directa e através de uma grelha de avaliação (anexo II) fornecida aos clientes no final da actividade e os 24 clientes concordaram com a actividade realizada, não tendo justificado o porquê das suas respostas. Como aspectos positivos da realização da actividade, 10 clientes responderam *Conseguimos memorizar os objectos*, 14 clientes referiram como aspecto negativo *Tivemos dificuldade em identificar a falta dos objectos*.

Quando colocada a questão sobre a dificuldade na realização da actividade, 14 clientes referiram *Sentimos dificuldade em identificar alguns dos objectos retirados*, 5 clientes não conseguiram identificar o objecto retirado quando este era a casca da noz, 3 clientes quando era a borracha e 6 clientes a mola de roupa, contudo 10 clientes dizem não terem sentido qualquer dificuldade.

Todos os participantes consideraram que a actividade *Ajudou-nos na memória, pois fixamos alguns objectos em falta*.

Esta actividade foi importante pois contribuiu para o desenvolvimento cognitivo e intelectual dos clientes, contribuindo assim para um melhor envelhecimento activo.

**Actividade nº 3**

**Data:** 03 de Fevereiro de 2012

**Local:** Sala Cónego Valdemar Pires

**Actividade:** “A música é vida”

**Duração da actividade:** 50 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivos:** Estimular a memória dos idosos através da música;  
Identificar as preferências musicais dos idosos.

**Estratégia:** Dinâmica de grupo

**Recursos Humanos:** Educadora Social

**Recursos Materiais:** Computador;  
Cd’s de música popular;  
Um balão;  
Cadeiras.

**Descrição da actividade:** nesta actividade musical foi pedido aos clientes que se colocassem em círculo e no centro encontrava-se a educadora social. Seguidamente foi fornecido a um dos idosos um balão cheio de ar e ao sinal da educadora tinham que passar o balão de mão em mão enquanto tocava a música. Quando a educadora premisse o botão PAUSA quem estivesse com o balão na mão teria que referir o nome de um artista ou o nome de um instrumento musical.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada através da observação directa do comportamento demonstrado pelo grupo em participar na actividade e através de uma grelha de avaliação (anexo II) fornecida aos clientes no final da dinâmica. Os 24 clientes concordaram com a actividade realizada, não justificando o porquê da sua concordância. Como aspectos positivos da realização da actividade, 13 clientes responderam que ao escutar a música *Relembrámos momentos vividos na juventude*, 11 clientes, ao citar o artista, dizem *Nomeámos o nosso artista preferido*, não justificando a resposta dada. Não foi sentida qualquer dificuldade na realização do jogo, pois todos o consideraram fácil. Também todos os participantes consideraram que a actividade permitiu estimular a memória, na medida em foram lembradas músicas e instrumentos musicais.

Esta actividade foi importante pois testou o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento intelectual dos clientes, contribuindo assim para um melhor envelhecimento activo.

**Actividade nº 4**

**Data:** 10 de Fevereiro de 2012

**Local:** Sala Cónego Valdemar Pires

**Actividade:** “Jogos de socialização (jogo das cartas, dominó, jogo do loto) ”

**Duração da actividade:** 60 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivos:** Estimular o raciocínio;

Proporcionar um momento de convívio.

**Estratégia:** Dinâmica de grupo

**Recursos Humanos:** Educadora Social

**Recursos Materiais:** Dois baralhos de cartas;

Dois jogos de dominó;

Um jogo de loto.

**Descrição da actividade:** esta actividade consistiu num momento de convívio entre os clientes, por forma a lembrarem velhos jogos que já há muito tempo não jogavam. Foi pedido aos clientes que se dividissem em 3 grupos de 8 elementos cada e se separassem por mesas, a fim de serem realizados, em simultâneo, três jogos: jogo das cartas, dominó e jogo do loto. Numa das mesas distribuíram-se dois baralhos de cartas com o intuito de jogarem o jogo da sueca e do peixinho. Numa outra mesa distribuíram-se dois dominós e na terceira mesa foram distribuídos os cartões do jogo do loto com as respectivas peças. Os clientes estavam à vontade para trocar de jogo quando terminassem o jogo em que cada um estava empenhado.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada através do comportamento e empenho que os clientes demonstraram e através da resposta dada na grelha de avaliação (anexo II) fornecida aos clientes no final da actividade, tendo obtido 24 respostas de concordância com a actividade realizada. Dezasseis dos participantes da actividade referiram como aspecto positivo o facto de saberem jogar todos os jogos, o que facilitou a dinâmica do jogo. Como aspecto negativo, 8 dos participantes disseram *Não conhecemos o jogo do loto*. Todos foram unânimes em dizer que não tiveram dificuldade na realização do jogo e a totalidade dos clientes respondeu que a actividade serviu para promover o envelhecimento activo, pois permitiu estimular o raciocínio e proporcionar momentos de convívio e lazer entre eles. Com esta actividade conseguiu-se interacção ao nível social e cognitivo dos clientes, contribuindo assim para um melhor envelhecimento activo.

### **Actividade nº 5**

**Data:** 8 de Março de 2012

**Local:** Sala Cónego Valdemar Pires

**Actividade:** “Dia Internacional da Mulher – Manhã de Beleza”

**Duração da actividade:** 120 minutos

**Público - alvo:** 16 clientes

**Objectivo:** Promover a auto-estima, melhorando a imagem feminina.

**Estratégia:** Trabalho Individual

**Recursos Humanos:** Educadora Social

**Recursos Materiais:** Quatro vernizes;

Um frasco de acetona;

Algodão;

Uma lima;

Material de maquilhagem;

Creme para mãos.

**Descrição da actividade:** esta actividade foi realizada na sala Cónego Valdemar Pires e foi destinada apenas às clientes do sexo feminino. Estas iam sendo acolhidas por ordem de chegada e recebiam tratamento de manicura (limar e pintar as unhas) e de maquilhagem.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada através da observação directa e através de uma grelha de avaliação (anexo II) fornecida às clientes no final da actividade e todas concordaram com a actividade realizada, não justificando a resposta dada. Como aspectos positivos da realização da actividade as 16 participantes referiram *Foi uma manhã diferente dedicada apenas às mulheres*. Em relação à questão, considera que esta actividade contribuiu para promover um envelhecimento activo? A totalidade (16) responderam que sim, tendo afirmado *Hoje sentimo-nos mais valorizadas e mais belas*.

Esta actividade promoveu a auto-estima das intervenientes, tendo contribuindo para isso uma melhoria da imagem individual de cada uma.

### **Actividade nº 6**

**Data:** 21 de Março de 2012

**Local:** Exterior da Santa Casa da Misericórdia

**Actividade:** “Dia Mundial da Árvore – encontro inter-geracional”

**Duração da actividade:** 70 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivos:** Desenvolver a motricidade fina;  
Proporcionar o convívio entre gerações.

**Estratégia:** Dinâmica de grupo inter-geracional

**Recursos Humanos:** Educadora Social;  
Professor de Educação Física;  
40 Crianças.

**Recursos Materiais:** Seis bolas de tamanho médio;  
Uma bola pequena;  
Dois pinos de madeira;  
Quatro malhas de madeira;  
Sete árvores para plantar.

**Descrição da actividade:** a actividade decorreu no exterior da instituição, onde os clientes foram divididos em 2 grupos e onde decorreram 2 jogos em simultâneo, o jogo da petanca e o jogo do fito. O jogo da petanca consiste no lançamento de uma bola por cada cliente (no total de 6 bolas para 6 clientes) de forma a atingir uma bola mais pequena colocada a uma certa distância. Ganha o cliente que mais próximo colocar a sua bola da bola mais pequena. No jogo do fito, são colocados a uma certa distância duas marcas e cada participante, com um disco de madeira, terá que conseguir derrubar aquela marca. Se o jogo for disputado pelo sistema de pares, ficam junto de cada marca dois ou mais jogadores adversários, que jogam sempre do mesmo lado até atingirem os doze pontos, pois por cada derrube, são contados dois pontos, mudando depois para o lado oposto. Aquele que ficar mais perto da marca, conta um ponto, acabando o jogo, quando o jogador ou a equipa atingir vinte e quatro pontos.

Depois da realização dos jogos os idosos, em conjunto com as crianças que frequentam o ATL da instituição plantaram uma árvore, tendo havido entre as duas gerações uma troca de saberes e de experiências.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada através da observação directa e através de uma grelha de avaliação (anexo II), fornecida aos clientes no final da actividade. Todos concordaram com a actividade realizada não justificando as respostas dadas. O facto de a actividade ter sido realizada fora da instituição permitiu que todos achassem ter sido uma tarde diferente e o convívio com as crianças foi gratificante. Todos se sentiram contentes pela criação de momentos de convívio entre gerações e pelo contacto com a natureza.

**Actividade nº 7**

**Data:** 22 de Março de 2012

**Local:** Centro da Ciência Viva

**Actividade:** “Experiências com ovos”

**Duração da actividade:** 80 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivos:** Aumentar a confiança dos seniores nas suas próprias potencialidades;  
Estimular a memória com jogos científicos e educativos;  
Fomentar o espírito crítico.

**Estratégia:** Experimentação

**Recursos Humanos:** Educadora Social;

Duas professoras da SCMB.

**Descrição da actividade:** os clientes foram transportados pelas carrinhas da SCMB até ao Centro Ciência Viva, em Bragança, para assistirem a algumas experiências que iam ser realizadas pelos técnicos ali presentes. As duas experiências a que os idosos assistiram consistiram, numa primeira fase, em diferenciar ovos crus, de ovos cozidos, numa segunda fase em meter o ovo dentro de uma garrafa sem o empurrar.

**Avaliação:** a avaliação da actividade foi baseada na observação do comportamento evidenciado pelos clientes e através de uma grelha de avaliação (anexo II) fornecida no final da actividade. Como aspectos positivos da realização da actividade, os 24 clientes responderam *adquirimos novos conhecimentos*. Não foi sentida qualquer dificuldade na realização da actividade, pois foi considerada fácil pela totalidade dos inquiridos. Também todos os clientes consideraram que *a Actividade criou momentos de convívio e o termos saído da instituição por algum tempo ajudou-nos a conhecer coisas novas*.

Com esta actividade conseguiram-se criar momentos de convívio, adquirindo novos conhecimentos, contribuindo assim para um melhor envelhecimento activo.

**Actividade nº 8**

**Data:** 27 de Março de 2012

**Local:** Bragança

**Actividade:** Visita ao Museu Abade Baçal

**Duração da actividade:** 80 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivos:** Proporcionar um momento de lazer;

Favorecer o conhecimento de novos espaços.

**Estratégia:** Observação dinâmica

**Recursos Humanos:** Educadora Social;

Uma professora da SCMB;

Uma guia.

**Descrição da actividade:** os idosos foram transportados pelas carrinhas da SCMB até ao Museu de Abade Baçal, para visitar o Museu Etnográfico. Acompanhados pela guia do Museu, que lhes fez uma descrição pormenorizada, puderam observar cuidadosamente os diferentes objectos expostos como quadros, loiças antigas, a cama do bispo, a arca dos olhos utilizada nas comunhões, os hábitos utilizados pelos bispos.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada através da observação directa do comportamento demonstrado pelo grupo e através de uma grelha de avaliação (anexo II), fornecida no final da actividade. Todos concordaram com a actividade realizada, não tendo justificado o porquê da sua concordância. Como aspectos positivos da realização da actividade, a totalidade respondeu *vimos coisas antigas que nunca tínhamos visto antes*. Todos os participantes, consideraram que actividade permitiu criar momentos de convívio entre eles e o facto de *Sairmos da instituição por algum tempo ajuda-nos a conhecer coisas novas*.

Esta actividade proporcionou aos clientes momentos de convívio, adquirindo novos conhecimentos, importante para um melhor envelhecimento activo.

### **Actividade nº 9**

**Data:** 02 de Abril de 2012

**Local:** Exterior da instituição

**Actividade:** Saúde Sénior (Dia do doente com Acidente Vascular Cerebral)

**Duração da actividade:** 70 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivos:** Praticar exercício físico;

Informar os idosos acerca do que é um AVC;

Proporcionar momentos de convívio.

**Estratégia:** Debate acerca da actividade

**Recursos Humanos:** Educadora Social;

Um professor de Educação Física.

**Recursos Materiais:** Bolas pequenas.

**Descrição da actividade:** esta actividade foi realizada no exterior da instituição, onde se realizaram alguns exercícios físicos e de relaxamento orientados pelo professor de educação física. Ao mesmo tempo a educadora social foi falando acerca de vários aspectos relacionados com o AVC, o que é, e quais os factores de risco/prevenção. No final foi feito um lanche com alimentos saudáveis.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada através da observação directa e através de uma grelha de avaliação (anexo II) fornecida aos clientes no final da actividade.

Todos os inquiridos concordaram com a actividade realizada, não tendo justificado o porquê da sua concordância. Como aspectos positivos da realização da actividade os 24 participantes responderam *Praticarmos exercício físico ajuda-nos a ter uma melhor qualidade de vida*. Não foi sentida qualquer dificuldade na realização da actividade, pois todos a consideraram fácil. A totalidade dos participantes consideraram que a actividade *Permitiu-nos conviver e esclarecer algumas dúvidas sobre o que é um AVC*.

Esta actividade foi importante pois permitiu proporcionar um verdadeiro momento de convívio, ao mesmo tempo adquirindo novos conhecimentos, contribuindo assim para o envelhecimento activo.

### **Actividade nº 10**

**Data:** 04 de Abril de 2012

**Local:** Sala Cónego Valdemar Pires

**Actividade:** Provérbios do mês de Abril

**Duração da actividade:** 60 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivo:** Desenvolver o vocabulário, a organização de pensamento e a destreza verbal dos clientes.

**Estratégia:** Dinâmica de grupo

**Recursos Humanos:** Educadora Social.

**Recursos Materiais:** Cartolina;

Uma caneta de ponta grossa;

Fita-cola.

**Descrição da actividade:** foi pedido aos idosos que formassem uma roda à volta de duas mesas. De seguida foi pedido que referissem provérbios sobre o mês de Abril,

sendo de seguida transcritos para uma cartolina, pela educadora social, e no final esta foi afixada na parede da sala.

**Avaliação:** a avaliação foi baseada no comportamento, participação e empenho que o grupo demonstrou e através das respostas dadas na grelha de avaliação (anexo II), fornecida no final da actividade. Todos concordaram com a actividade realizada não justificando a resposta dada. Como aspectos positivos aquando da realização da actividade, foi referido pela maioria *Relembramos alguns provérbios e isso fez-nos estimular a memória*. Os 24 participantes responderam que não sentiram dificuldade na realização da actividade, embora não justificassem a resposta dada. Todos foram da opinião que a actividade promoveu o envelhecimento activo, pois para além de ter criado um momento de convívio, dizem *Pensámos em provérbios que conhecíamos relacionados com o mês de Abril*.

Todos os clientes participaram activamente na actividade, apesar de se poder verificar que uns eram mais espontâneos do que outros.

### **Actividade nº 11**

**Data:** 24 de Abril de 2012

**Local:** Ludoteca da instituição

**Actividade:** Relembrar o 25 de Abril

**Duração da actividade:** 40 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivo:** Relembrar hábitos, vivências e experiências antes do 25 de Abril.

**Estratégia:** Debate entre os clientes e as crianças

**Recursos Humanos:** Educadora Social;

20 Crianças do 1.º ciclo do ensino básico.

**Descrição da actividade:** Nesta actividade participaram os idosos e as crianças do 1º ciclo do ensino básico foi pedido aos clientes que formassem uma roda, sentando-se nas cadeiras, já dispostas em círculo. Seguidamente, pediu-se às crianças que se colocassem no centro da roda. Este formato foi escolhido pois obrigava a uma maior atenção por parte das crianças e permitia que se sentissem mais envolvidas nas histórias que os clientes contavam sobre o 25 de Abril.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada tendo em conta o grau de empenho, interesse e desejo de participação entre os seniores e as crianças e através do preenchimento de uma grelha de avaliação (anexo II), fornecida no final da actividade.

No que diz respeito às respostas da grelha de avaliação fornecida aos clientes, todos os inquiridos concordaram com a actividade realizada, não justificando a resposta dada. Como aspectos positivos da realização da actividade, 24 clientes responderam *o facto de poder contar às crianças como vivemos o 25 de Abril*. Como aspectos negativos 12 não responderam à questão e 9 responderam, *O facto de relembrar alguns momentos antes do 25 de Abril traz-nos más recordações*. Todos foram unânimes em dizer que não tiveram dificuldade na realização da actividade. A totalidade respondeu que a actividade para além de ter criado um momento de convívio fez com que estimulasse a memória, pois tiveram que recordar momentos da sua vida que passaram antes do 25 de Abril.

Esta actividade foi muito dinâmica pois permitiu aos clientes relembrar o antes do 25 de Abril permitiu também partilhar essas vivências. Quanto às crianças permitiu-lhes vislumbrar um pouco da vida que se vivia então e compreender um pouco mais da história de Portugal, não apenas através de manuais escolares.

### **Actividade nº 12**

**Data:** 23 de Maio de 2012

**Local:** Polis Bragança

**Actividade:** Movimento Sénior – Caminhada

**Duração da actividade:** 90 minutos

**Público - alvo:** 24 clientes

**Objectivos:** Desenvolver e estimular as capacidades físicas e a motricidade dos idosos;  
Promover o convívio entre o grupo.

**Estratégia:** Discussão sobre a actividade realizada

**Recursos Humanos:** Educadora Social;

Duas professoras da SCMB.

**Descrição da actividade:** os idosos juntamente com a educadora social e as professoras da SCMB realizaram um passeio pedestre onde se deslocaram desde a SCMB até ao Polis de Bragança. Ao chegar ao Polis foi realizado um passeio junto à margem do rio Fervença, usando o corredor pedonal que acompanha o rio em toda a sua extensão, dando a possibilidade aos idosos de observar a vegetação natural ao longo das margens. Depois do passeio puderam descansar nos bancos que se encontram ao longo do rio e conversarem entre eles.

**Avaliação:** a avaliação foi realizada através da observação directa e através das respostas dadas à grelha de avaliação (anexo II), fornecida aos clientes no final da actividade, tendo obtido 24 respostas de concordância com a actividade realizada justificando, *Gostamos deste tipo de actividades apesar de fazermos poucas vezes.* Como aspecto positivo, *O facto de podermos realizar caminhadas é benéfico para a saúde.* Como aspectos negativos mencionaram *Sentimo-nos cansados, apesar de a caminhada ser pequena.* Relativamente à questão se sentiram alguma dificuldade na realização da actividade, 14 clientes referiram que não, justificando *Diariamente fazemos um pequeno passeio dentro e fora da instituição.* 10 clientes referiram sentir alguma dificuldade justificando *Apesar de gostarmos de caminhadas já nos sentimos cansados.* Todos os participantes consideraram que o caminhar exercita os músculos das pernas e que podiam interagir com os outros idosos, promovendo assim o envelhecimento activo.

Esta actividade proporcionou aos idosos passar um momento diferente, mantendo-os ao mesmo tempo activos fisicamente.

## Capítulo IV

### 1. Análise e interpretação dos resultados

O inquérito por questionário foi elaborado e aplicado pela autora do estudo e através da sua aplicação pretendeu-se obter respostas que justificassem a questão levantada pelo problema e os objectivos definidos para este estudo.

O inquérito por questionário, (anexo III), é composto, no total por 11 questões, sendo que 7 são de resposta aberta.

Assim sendo, passaremos a descrever os resultados obtidos pela sua aplicação.

Como podemos observar pela análise da tabela 2, podemos referir que a média é de 3,2 filhos por cliente. Podemos também verificar que apenas uma cliente do sexo feminino tem um filho, 3 clientes do sexo feminino e 2 do sexo masculino possuem 2 filhos, 3 clientes do sexo feminino e 4 do sexo masculino têm 3 filhos, 4 clientes do sexo masculino e 4 do sexo feminino possuem 4 filhos, apenas uma cliente do sexo feminino tem 5 filhos e apenas um cliente do sexo masculino tem 7 filhos. Destes resultados podemos deduzir que é um cliente do sexo masculino que possui maior número de filhos (7), logo de seguida de uma cliente do sexo feminino com 5 filhos.

Tabela 2 – Número de filhos

N.º de filhos	N.º de clientes do sexo feminino	N.º de clientes do sexo masculino
1 filho	1	-
2 filhos	3	2
3 filhos	3	4
4 filhos	4	4
5 filhos	1	-
7 filhos	-	1
Não refere	1	
Total	13	11

Quanto às profissões exercidas anteriormente pelos clientes, podemos verificar pela tabela 3, que a maior parte dos clientes (8) foram agricultores, 6 foram domésticas, 3 foram funcionários públicos, um foi cozinheiro, um foi militar, uma foi professora, um foi jardineiro e uma foi proprietária de loja. Há também 2 trolhas. Podemos assim concluir através da análise desta tabela que a maior parte dos clientes da SCMB são pessoas com um nível sócio - económico médio - baixo, com reformas baixas que lhes dá poucas possibilidades para viverem uma vida com conforto fora da instituição e que, por isso mesmo, o facto de estarem na SCMB lhes é bastante benéfico.

Tabela 3 – Profissão anteriormente exercida

<b>Profissão</b>	<b>N.º de clientes</b>
Cozinheiro	1
Doméstica	6
Agricultor	8
Trolha	2
Funcionário Público	3
Militar	1
Professora	1
Jardineiro	1
Proprietária de uma Loja	1
Total	24

O segundo grupo do IQII foi sobre o grau de satisfação acerca das actividades desenvolvidas e quando questionados “Como avalia, de forma global, as actividades que foram realizadas?” 10 clientes avaliaram as actividades como sendo “Muito Boas” e 14 clientes avaliaram as actividades como sendo “Boas”, como se pode verificar na tabela 4. Neste sentido, podemos concluir pelas respostas fornecidas pelos inquiridos que, as actividades realizadas tiveram um impacto bastante positivo nos clientes da SCMB e que estes estão bastante satisfeitos com as actividades realizadas.

Tabela 4 – Avaliação global das actividades realizadas

<b>Como avalia, de forma global, as actividades que foram realizadas?</b>	<b>N.º de clientes</b>
Muito Boas	10
Boas	14
Razoáveis	-
Más	-
Total	24

Como podemos ver pela tabela 5 referente à importância da promoção do envelhecimento activo e quando questionados os clientes se as actividades realizadas foram importantes para promover o envelhecimento activo a totalidade dos clientes respondeu que sim, que as actividades realizadas foram muito importantes.

Tabela 5 – Importância das actividades realizadas para o envelhecimento activo

<b>Acha que as actividades realizadas foram importantes para promover o envelhecimento activo?</b>	<b>N.º de clientes</b>
Sim	24
Não	-
Total	24

Quando lhes foi pedido para justificar a resposta dada, - 8 clientes responderam que as actividades eram *boas para ocupar o tempo* (IQII – 5/13/14/15/18/21/23/24);

Como justificação à resposta dada, os clientes inquiridos expressaram os seguintes comentários.

- *Ajuda a distrair* (IQIII10, IQIII11, IQIII13, IQIII16 e IQIII19);
- *Ajuda no convívio entre todos* (IQII6, IQII12, IQII20 e IQII22);
- *É bom estar em movimento* (IQII2, IQII4 e IQII 17);
- *Exercício físico faz bem* (IQII6, IQII7);
- *Tira-nos da apatia em que nos encontrávamos anteriormente* (IQIII1) e;
- Dois dos clientes inquiridos não justificaram a resposta dada (IQII3 e IQII9).

Como podemos ver pela tabela 6, quando questionados sobre em qual ou em quais das actividades realizadas gostaram mais de participar, 17 clientes referiram que gostaram de participar em todas as actividades;

- 2 clientes referiram que a actividade em que mais gostaram de participar foi a actividade do *Dia da Mulher* (IQII12, IQII20);

- 2 clientes referiram que gostaram mais da visita ao *Museu Etnográfico* (IQIII10, IQIII16);

- 2 referiram o dia da *Plantação da árvore* (IQIII11, IQIII12);
- Um referiu o *Jogo do fito* (IQIII1);
- Um o *Jogo das garrafas* (IQII6) e;
- Um o dia da *Comemoração do doente com AVC* (IQIII16).

Tabela 6 – Preferência das actividades realizadas

<b>Das actividades realizadas qual ou em quais gostou mais de participar?</b>	<b>N.º de clientes</b>
Das garrafas	1
Dia da Mulher	2
Museu etnográfico	1
Comemoração do dia nacional do doente com AVC	1
Plantação da árvore	2
Todas	17
Total	24

Quando questionados sobre se “Sentiram alguma dificuldades na realização das actividades?” 21 responderam *Não tivemos qualquer dificuldade* e 3 responderam que sim (IQII1, IQII2, IQII3).

Como justificação à resposta dada, os clientes inquiridos expressaram os seguintes comentários,

- 7 responderam as actividades *Eram fáceis* (IQII4, IQII5, IQII6, IQII7, IQII12, IQII17, IQII20);
- *Algumas actividades eram cansativas ao fim de algum tempo* (IQII3);
- 2 responderam que *Sentimos dificuldade na actividade da garrafa e do cordel* (IQII1, IQII2);
- *Não senti qualquer dificuldade*, (IQII22) e;
- 13 não deram qualquer justificação (IQII8, IQII9, IQII10, IQII11, IQII13, IQII14, IQII15, IQII16, IQII18, IQII19, IQII21, IQII23, IQII24).

Na pergunta sobre se “Considera que as actividades realizadas o ajudaram a ficar mais activo fisicamente?”, a totalidade dos clientes respondeu que sim.

Como justificação à resposta dada, os clientes inquiridos expressaram os seguintes comentários:

- 15 clientes responderam *O facto de nos movimentarmos e de fazermos exercício físico ajuda a ficarmos mais activos fisicamente*; (IQII1, IQII2, IQII3, IQII4, IQII5, IQII6, IQII7, IQII10, IQII11, IQII12, IQII14, IQII15, IQII17, IQII20, IQII23, IQII24);
- 2 referiram *Ficamos mais leves e libertos* (IQII16, IQII19);
- *É bom para a saúde* (IQII18);
- *Permite trabalhar o corpo todo* (IQII21);

- *Ajuda a descontraír* (IQII22) e;
- *Dá dor nos braços* (IQII13);
- IQII8, IQII9e IQII19 não deram qualquer resposta.

Relativamente à pergunta “Considera que as actividades realizadas o ajudaram a ficar mais activo mentalmente?”

- 23 clientes responderam que sim e apenas um respondeu que não (IQII9) justificando *A maior parte das actividades são de actividade física*;

- 6 clientes referiram *Temos que pensar para responder fazendo, trabalhar mais a cabeça* (IQII3, IQII4, IQII5, IQII6, IQII15, IQII23 );

- 6 clientes referiram *Avivamos a memória através das lembranças que os jogos trazem* (IQII7, IQII12, IQII14, IQII17, IQII18, IQII19);

- 5 clientes referiram *As actividades fazem-nos ficar mais despertos e com a cabeça mais aliviada* (IQII1, IQII2, IQII22, IQII24);

- 2 referiram *Ajuda-nos na memória* (IQII3, IQII16);

- Um cliente referiu *Aprendemos coisas novas* (IQII21);

- 3 clientes não deram qualquer justificação (IQII8, IQII10, IQII11).

Na questão “Considera que as actividades realizadas o ajudaram a ficar mais activo socialmente?”, a totalidade dos clientes respondeu que sim. Na justificação das respostas:

- 12 Clientes mencionaram o *convívio* como justificação para estarem mais activos a nível social; (IQII1, IQII3, IQII6, IQII7, IQII8, IQII10, IQII11, IQII15, IQII16, IQII17, IQII20, IQII24);

- 10 referiram *Conhecemos melhor as pessoas da instituição*; (IQII2, IQII4, IQII9, IQII13, IQII14, IQII15, IQII18, IQII19, IQII20, IQII21, IQII24);

- 2 referiram *Bom ambiente* (IQII5, IQII23);

- 2 referiram *Faz lembrar os tempos antigos* (IQII12, IQII19) e;

- Um cliente referiu *Ficamos mais descontraídos* (IQII22).

Quando questionados se as actividades realizadas contribuíram para um melhor bem - estar?, a totalidade dos clientes respondeu que sim.

- 18 clientes justificaram *Sentimo-nos melhores* (IQII1, IQII2, IQII4, IQII5, IQII6, IQII7, IQII9, IQII10, IQII12, IQII13, IQII16, IQII17, IQII18, IQII19, IQII20, IQII21, IQII23, IQII24);

- 2 responderam *Acalma-nos* (IQII14, IQII15);

-1 cliente respondeu *Fico mais bem-disposto depois das actividades realizadas* (IQII22) e;

- 3 clientes não deram qualquer justificação (IQII3, IQII8, IQII11).

De seguida, foi pedido aos clientes que apresentassem sugestões de actividades que gostariam de realizar e que não foram postas em prática.

- 5 referiram *Gostávamos de ter mais passeios* (IQII4, IQII5, IQII8, IQII19, IQII21);

- 2 *Gostávamos de mais actividades com a informática* (IQII1, IQII13);

- 2 *Escolheríamos cultura geral* (IQII6, IQII10);

- 1 referiu *A dança* (IQII20);

- 1 referiu *Os bordados* (IQII2) e;

- 13 clientes não referiram qualquer actividade (IQII3, IQII7, IQII9, IQII11, IQII12, IQII14, IQII15, IQII16, IQII17, IQII18, IQII22, IQII23, IQII24).

Por último, à questão “Considera que a instituição lhe proporciona um envelhecimento activo?” a totalidade dos clientes respondeu que sim, referindo que a instituição tem sempre um leque de actividades bastante variado.

Através da análise das respostas dadas pelos inquiridos, conclui-se que as actividades realizadas foram muito positivas e enriquecedoras, pois permitiram um melhor funcionamento quer a nível psicológico quer cognitivo da população alvo, na medida em que permitiu aos clientes estimular a memória através das actividades de memorização - actividade 2: “Trocias e Baldrocias”; actividade 3: “A música é vida” e actividade 7: “Experiências com ovos”. Permitiu estimular o raciocínio através de actividades de destreza mental - actividade 4: “Jogos de socialização”; actividade 7: “Experiências com ovos” e actividade 10: “Provérbios do mês de Abril” e actividade 11: “Relembrar o 25 de Abril”. Possibilitou melhorar o desempenho físico dos clientes através de actividades que estimulavam a motricidade fina dos idosos, precisando a coordenação óculo - manual e que estimulavam a agilidade e a força dos pulsos e dos antebraços, actividade 1: “O Jogo das Garrafas”, actividade 6: “Dia Mundial da Árvore – encontro inter-geracional” e actividade 12: “Movimento Sénior”. As actividades realizadas permitiram-lhes, também, conhecerem melhor os outros clientes da SCMB, através do convívio proporcionado por estes, ajudando também a aumentar a agilidade mental dos idosos através de actividades que fomentavam o convívio, a confiança neles próprios e nas suas potencialidades, desenvolvendo, deste modo, o espírito crítico e a destreza verbal, bem como a organização dos seus pensamentos (actividade 4: “Jogos de

socialização; actividade 5: “ Dia Internacional da Mulher – Manhã de Beleza”; actividade 6: “Dia Mundial da Árvore – encontro inter-geracional”; actividade 7: “Experiências com ovos”; actividade 8: Visita ao Museu Abade Baçal; actividade 9: Saúde Sénior).

Todas estas actividades foram baseadas no facto de Lidz (1983) referir que existem vários tipos de factores (internos e externos) que contribuem para a forma como envelhecemos. A elaboração destas actividades visou colmatar o declínio das funções dos idosos, que está intimamente ligado com fenómenos como o aparecimento de depressões, a solidão e isolamento, na medida em que a saúde está ligada ao resultado das experiências passadas e à exposição aos ambientes onde se vive, bem como aos cuidados de saúde que se recebem.

Foram também adaptadas algumas ideias de Jacob e Fernandes (2008) de actividades para otimizar um envelhecimento activo, tais como 4) *estude/aprenda*, 10) *Exercite-se*, 12) *Viaje/Passeie*, 13) *Jogue/Coleccione* 18) *preocupe-se com a sua imagem*, 21) *seja optimista*. (pp. 71-75)

Neste sentido, pode-se concluir que os objectivos delineados para este relatório foram conseguidos com sucesso, pois criaram-se estratégias que estimularam as capacidades cognitivas e físicas do idoso institucionalizado no sentido de promover um envelhecimento activo e a interacção social do idoso institucionalizado.

### **Considerações finais**

Podemos concluir que de pessoa para pessoa, as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo distinto. E são muitos os factores que contribuem para a forma como se envelhece, considerando acima de tudo a individualidade de cada idoso, particularmente no domínio da saúde e do bem-estar.

Assim, podemos dizer que o envelhecimento é um processo delicado e universal sendo comum a todos os seres vivos. É um processo contínuo diferente de indivíduo para indivíduo e inevitável. O envelhecimento e a velhice são fenómenos inerentes ao desenvolvimento do ser humano que comportam, na actualidade, uma série de preconceitos que não abonam a favor da elaboração das vivências de perda. Isto, porque as sociedades ocidentais são sistemas onde, tendencialmente, se representa a velhice de forma negativa.

Ao longo da realização do estudo podemos considerar que surgiram, em alguns momentos, dificuldades na realização das actividades, devido à falta de motivação dos clientes, tendo sido necessário, por vezes, alterar a sua planificação.

Mesmo assim, depois de completadas as actividades planificadas no sentido de responderem ao problema formulado e aos objectivos propostos, com os clientes que se encontram institucionalizados na SCMB, e com a satisfação que estes demonstraram em participar ao longo do estudo, podemos concluir que estas foram fulcrais para a promoção do envelhecimento activo apesar destes se encontrarem institucionalizados.

Neste contexto pode-se afirmar que se encontraram respostas satisfatórias para o problema enunciado, bem como se cumpriram os objectivos indicados para este estudo, no sentido de que as actividades postas em prática contribuíram, na sua maioria, para uma melhoria da qualidade de vida destes idosos.

Assim, através da análise das respostas dadas pelos inquiridos, conclui-se que as actividades realizadas foram muito positivas e enriquecedoras na medida em que permitiram aos clientes estimular a memória, o raciocínio e a participação social. Os mesmos referiram a importância da variedade de actividades mobilizadoras para a promoção de envelhecimento activo.

As actividades realizadas permitiram, também, conhecerem melhor os outros clientes da SCMB, através do convívio que foi proporcionado, ajudaram a aumentar a agilidade mental dos idosos e a confiança nas suas potencialidades, desenvolveram o espírito crítico e a destreza verbal, bem como a organização dos seus pensamentos.

De salientar que, deste modo, as actividades realizadas possibilitaram um incremento na melhoria da vida dos idosos, em todos os sentidos e em todos os níveis.

Assim sendo, os objectivos definidos para este estudo, como já foi referido, foram cumpridos, tendo as estratégias implementadas promovido a interacção social do idoso institucionalizado.

Torna-se, pois, importante valorizar e promover a qualidade de vida dos idosos, a sua autonomia e estimulação motora e intelectual, insistindo no princípio de participação em actividades ocupacionais de enriquecimento e entretenimento social que ajudem a promover o envelhecimento activo, mesmo sendo o idoso um idoso institucionalizado.

## **Bibliografia**

- Cancela, D.M.G (2007). *O processo de envelhecimento*. Porto: O portal dos psicólogos.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Choque, S. e Choque, J. (2004). *Actividades de animación para la tercera edad* (1ª edição). Barcelona: Pai do livro.
- Costa, E. M. S. (1998). *Gerontodrama: a velhice em cena – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Editora Ágora.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo – Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) (Acedido em 12 Dezembro de 2011).
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Envelhecimento da população agrava-se no futuro-2000-2050*. Em <http://www.ine.pt/> (Acedido em 8 de Janeiro de 2012).
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Ambar.
- Jacob, L. e Fernandes, H. (2011). *Ideias para um envelhecimento activo*. Almeirim: Edição Rutis.
- Lidz, T. (1983). *A pessoa – seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. (Artigo: Portal do Avô). São Paulo: Editora Artes Médicas.
- Mateus, M. N. E. (2008). *O estudo do Meio Social como processo educativo de desenvolvimento local*. Bragança: Instituto Politécnico - Série Estudos.
- Moura, C. (2006). *Século XXI – Século do envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psico & Soma.
- Pinhel, M. J. (2011). *A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar*. (Relatório de Estágio em Educação Social). Bragança: IPB/ESE.
- Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.

- Rodrigues, L; Menegocio, A. e Pereira, W. (2010). Institucionalização: transformações e interpretação de vida dos idosos. *Caderno Temático Kairós Gerontologia*, 8. ISSN 2176-901X, São Paulo, 79-90. Em <http://europa.eu/ey2012/ey2012.jsp?langId=pt> (Acedido em 6 de Janeiro de 2012).
- Santa Casa da Misericórdia de Bragança. Em <http://www.scm-braganca.org> (Acedido em 5 de Janeiro de 2012).
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.
- Silva, M.A.B.C.C da (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. (Dissertação de Mestrado em Educação Social). Bragança: IPB/ESE.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice – um novo público a educar*. Lisboa: Ambar.
- Soares, E. (2006). *Memória e Envelhecimento: Aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas*. São Paulo: O portal dos psicólogos.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Vasconcelos, A. (2011). *Corpo e Mente – O que é ser idoso?* Em <http://corpoementeplenos.blogspot.com/2009/01/o-que-ser-idoso.html> (Acedido em 8 de Janeiro de 2012).

# Anexos

## **Anexo I**

### **Pedido de autorização para a realização do estudo**



## **Pedido de Autorização**

Exma. Dra. Directora Técnica

Da Santa Casa da Misericórdia de Bragança:

Maria Luísa Ribeiro Cramês, com o objectivo de realizar um Relatório de Estágio subordinado ao tema “Envelhecimento Activo no Idoso Institucionalizado” solicita a Vossa Ex.<sup>a</sup> autorização para a recolha de dados sobre os idosos que se encontram institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

Os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

---

(Maria Luísa Ribeiro Cramês)

## **Anexo II**

### **Grelha de avaliação das actividades realizadas**

### Grelha de avaliação das actividades realizadas

1. Concorda com a actividade realizada?

1.1. Sim

1.2. Não

1.3. Justifique a resposta dada.

---

---

2. Refira aspectos positivos ou negativos que verificou aquando da realização da actividade?

2.1. Aspectos positivos \_\_\_\_\_

---

2.2. Aspectos negativos \_\_\_\_\_

---

3. Sentiu alguma dificuldade na realização da actividade?

3.1. Sim

3.2. Não

3.3. Justifique a resposta dada

---

---

4. Considera que esta actividade contribui para promover um envelhecimento activo?

4.1. Sim

4.2. Não

4.3. Justifique a resposta dada.

**Anexo III**

**Inquérito por questionário aos idosos institucionalizados**

### **Inquérito por questionário aos idosos institucionalizados**

No âmbito do Relatório de Estágio em Educação Social, subordinado ao tema *Envelhecimento Activo no Idoso Institucionalizado*, pretende-se auscultar a opinião dos residentes institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Bragança, para os quais foram planeadas actividades cujos objectivos visam fomentar o envelhecimento activo e promover a interacção social do idoso institucionalizado.

De referir que os dados recolhidos seguem princípios éticos e deontológicos de confidencialidade e serão utilizados apenas para os fins a que se destinam.

A sua colaboração é muito importante, pelo que agradeço, antecipadamente, a sua contribuição.

#### **Grupo 1- Caracterização individual**

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Estado civil \_\_\_\_\_

3. Sexo:

3.1. Feminino

3.2. Masculino

4. Profissão que exercida antes da reforma?

---

5. Número de filhos \_\_\_\_\_

#### **Grupo 2 – Grau de satisfação acerca das actividades desenvolvidas**

2. Como avalia, de forma global as actividades que foram realizadas?

2.1. Muito Boas

2.2. Boas

2.3. Razoáveis

2.4. Más

3. Na sua opinião: acha que as actividades realizadas foram importantes para promover o envelhecimento activo?

3.1. Sim

3.2. Não

3.3. Justifique a resposta dada. \_\_\_\_\_

---

4. Das actividades realizadas em qual ou em quais gostou mais de participar?

---

---

5. Sentiu alguma dificuldade em realizar alguma das actividades propostas?

5.1. Sim

5.2. Não

5.3. Justifique a resposta dada. \_\_\_\_\_

---

6. Considera que as actividades realizadas o/a ajudaram a ficar mais activo fisicamente?

6.1. Sim

6.2. Não

6.3. Justifique a resposta dada. \_\_\_\_\_

---

7. Considera que as actividades realizadas o ajudaram a ficar mais activo mentalmente?

7.1. Sim

7.2. Não

7.3 Justifique a resposta dada. \_\_\_\_\_

---

8. Considera que as actividades realizadas o ajudaram a ficar mais activo socialmente?

8.1. Sim

8.2. Não

8.3. Justifique a resposta dada. \_\_\_\_\_

9. As actividades realizadas contribuiriam para um melhor bem-estar?

9.1. Sim

9.2. Não

9.3. Justifique a resposta dada. \_\_\_\_\_

---

10. Apresente sugestões de actividades que gostaria de realizar e que não foram postas em prática.

---

---

---

11. Considera que a institucionalização lhe proporciona um envelhecimento activo?

---

---

**Obrigada pela sua colaboração**