

A Nossa Universidade

Colégio dos Jesuítas
Rua dos Ferreiros - 9000-082, Funchal

Tel: +351 291 209400
Fax: +351 291 209410
Email: gabinetedareitoria@uma.pt

Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região



DM

Contributo da Academia Sénior:
A força de ir mais além!
Um estudo descritivo simples longitudinal da
qualidade de vida do idoso
Cristina Sofia Mendonça Gouveia

Contributo da Academia Sénior:
A força de ir mais além!
Um estudo descritivo simples longitudinal da
qualidade de vida do idoso

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Cristina Sofia Mendonça Gouveia
MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL


UNIVERSIDADE da MADEIRA
A Nossa Universidade
www.uma.pt

setembro | 2012

Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região



DIMENSÕES: 45 X 29,7 cm

PAPEL: COUCHÊ MATE 350 GRAMAS

IMPRESSÃO: 4 CORES (CMYK)

ACABAMENTO: LAMINAÇÃO MATE

NOTA*

Caso a lombada tenha um tamanho inferior a 2 cm de largura, o logótipo institucional da UMa terá de rodar 90°, para que não perca a sua legibilidade/identidade.

Caso a lombada tenha menos de 1,5 cm até 0,7 cm de largura o layout da mesma passa a ser aquele que consta no lado direito da folha.



Contributo da Academia Sénior:
A força de ir mais além!
Um estudo descritivo simples longitudinal da
qualidade de vida do idoso
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Cristina Sofia Mendonça Gouveia
MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL

ORIENTAÇÃO
Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim

CO-ORIENTAÇÃO
Ana Filomena de Matos Natividade Carvalho
Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia



Centro de Tecnologias da Saúde

Mestrado Gerontologia

Gerontologia Social

Contributo da Academia Sénior: *A força de ir mais além!*

Um estudo descritivo simples longitudinal da qualidade de vida do idoso

Dissertação Orientada por:

Prof. Doutora Maria Helena Jardim

Com a Coorientação de:

Mestre Bruna Ornelas de Gouveia

Mestre Ana Natividade Carvalho

"Somos o que fazemos, principalmente o que fazemos para mudar o que somos."

Eduardo Galeano 1981

Agradecimentos

Para a realização desta dissertação foram vários os intervenientes que colaboraram direta e indiretamente, os quais merecem o meu reconhecimento e gratidão.

Aos meus pais, Luís Gouveia e Leontina Gouveia, e irmã Luísa Gouveia pelo incentivo, compreensão e dedicação e apoio prestado durante toda a minha vida, sem eles não conseguiria ter chegado até onde cheguei hoje.

Em especial tenho de agradecer ao Ivo Nascimento, namorado e amigo que me apoiou, e foi ajudando dentro do que lhe era possível ao longo do estudo.

À senhora Prof. Doutora Helena Jardim, por toda a disponibilidade, recetividade, delicadeza e sensata orientação dispensadas ao longo deste trabalho.

Às professoras Ana Natividade e Bruna de Gouveia, pela dedicação, empenho e disponibilidade com que direcionaram e acompanharam esta dissertação, assim como pelos comentários e sugestões.

Ao Centro de Ciências e Tecnologias da Madeira, pela bolsa de estudo concedida que me ajudou na realização do trabalho de dissertação.

À Câmara Municipal de Santa Cruz, na pessoa do presidente José Alberto de Freitas Gonçalves, e a vereadora Maria Alexandra Magalhães Gaspar Perestrelo pelo voto de confiança, na aposta e apoio para a concretização do projeto de estudo, no Município.

Ao Drº Rui Estevinho e a Drª Liliana, responsáveis pelo sector social da Câmara Municipal de Santa Cruz, por toda a colaboração prestada, desde à cedência das instalações assim como em todas as atividades.

À casa do Povo do Caniço, pela cedência das instalações, e material multimédia que em muito beneficiaram o estudo.

A todos os idosos que colaboraram neste estudo, que mais uma vez mostraram que nunca é tarde para aprender e ensinar.

Aos amigos, pela amizade, pela compreensão, ajuda, suporte e pelos bons momentos, em especial: à Carla Licínia Santos, Alice Andrade, Priscilla Moraes, Rosabel Gonçalves, Luísa Sousa, Cláudia Paixão.

Por último e não menos importante, aos professores e colegas de curso que comigo compartilharam os seus conhecimentos.

Lista de Siglas

AIVD's - Atividades básicas de vida diária.

EPIC - *European Prototype for Integrated Care.*

IDP – Instituto de Desporto de Portugal.

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONU - Organização Das Nações Unidas

RAM - Região Autónoma da Madeira.

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

Resumo

O aumento do número de idosos com necessidades de ocupação, implica a necessidade de respostas por parte da sociedade, de forma a melhorarem a qualidade de vida da população idosa. O presente estudo, teve como objetivo conhecer os níveis de percepção da qualidade de vida e bem-estar, em indivíduos de terceira idade. Trata-se de um estudo descritivo longitudinal, que resulta da avaliação em dois momentos. Foi estudada uma população com 26 idosos, com idades iguais ou superiores a 64 anos de idade, participantes num projeto educativo de uma academia sénior, com a duração de quatro meses. Foi utilizada a escala EASY-care, para avaliação da qualidade de vida percebida pelos idosos. Para análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico SPSS 19.0. Através dos resultados obtidos, verificou-se que a maioria da população estudada foi do sexo feminino, cerca de 92.3%, e 7.7% do sexo masculino. No que se referiu às idades, 26,9% apresentaram idades compreendidas entre 65-69 anos, 42.3%, entre 70-74 anos, e por fim 30.8% entre 75-80 anos. Sendo na sua maioria, viúva, reformada, pensionista e com fraca escolaridade, entendendo-se que, apenas 57.7% da população apresentou o primeiro ciclo de escolaridade. Os resultados obtidos revelaram-se positivos, uma vez que, os scores médios para cada domínio foram indicadores de independência e elevada qualidade de vida, em ambos os momentos de análise, com valores médios mais elevados no segundo momento. Para os resultados de “(in) dependência”, no primeiro momento, o score médio foi de 2.8. Para o “risco e falha de cuidados”, o score médio foi 3.7, para o “risco de quedas”, o score médio de 0.9. No segundo momento, para “pontuação (in) dependência”, o score médio foi 1.8, para o “risco de falha de cuidados,” de 0.88 e para o “risco de quedas”, de 0.6. No domínio “Visão, Audição e Comunicação”, no primeiro momento, o score médio foi de 0.55. No segundo momento, para o mesmo domínio, o score médio foi de 0.3. No domínio “Saúde Mental e Bem-estar”, no primeiro momento, o score médio foi de 10.7, e no segundo momento de 5.6. Concluiu-se que a percepção da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, foi elevada nos dois momentos, verificando-se um aumento dos valores absolutos do primeiro para o segundo momento. Ressalvamos a importância da monitorização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, como forma de promoção de uma intervenção adequada às necessidades da população.

Palavras chave: Qualidade de Vida, Bem-estar, Envelhecimento Ativo

Abstract

The increasing number of old people implies the need for the governments improve the quality of life of this population. The present study aimed to know the levels of perception of quality of life and well-being in old people. It was a descriptive longitudinal study, which the results of the evaluation, were made in two phases. Was studied a population with 26 seniors, with ages above 64 years old. This population participated in an educational project of a senior academy, for four months. Was used EASY-care, scale for evaluating the quality of life in old people. For data analysis, we used SPSS 19.0. From the results obtained, it was found that most of the population was female gender, about 92.3%, and 7.7% male gender. Relatively to ages, 26.9% were aged 65-69 years, 42.3% between 70-74 years, and finally 30.8% between 75-80 years. Being mostly widowed, retired, and with poor school qualifications, understanding that only 57.7% of the population presented finish the first cycle of school. The results found for the perception of quality of life and well-being in the elderly, were positive. The total scores indicated a high degree of independence, with higher average values in the second moment. For the results of "(in) dependence", in the first time of evaluation the average score was 2.8. For the "risk and failure care" the average score was 3.7 and for the "risk of falls" was 0.9. In the second stage, for the "(in) dependence" the average score was 1.8, for the "risk of failure of care" 0.88, and finally, for the "risk of falls" was 0.6. In the field "Vision, Hearing and Communication," in first moment, the average score was 0.55 and in the second moment was 0.3. On "Mental Health and Well-being", in the first time the average score was 10.7, and in the second moment was 5.6. It was concluded that the perception of quality of life and well-being in old people, was high in the two stages, verifying an increase of the absolute values of the first to the second moment. We reaffirm the importance of monitoring the quality of life and well-being of the elderly, as a way of promoting an intervention tailored to the needs of the population.

Keywords

Quality of life, Well-being, Active Ageing

Índice

1	INTRODUÇÃO	1
2	QUADRO TEÓRICO	5
2.1	CENÁRIOS DE UM PORTUGAL ENVELHECIDO	6
2.2	ENVELHECIMENTO	10
2.2.1	Envelhecimento e Saúde	13
2.3	BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA	15
2.3.1	Perspetivas da Qualidade de Vida	18
2.3.2	Autonomia / Dependência/ Independência nos idosos	20
2.4	INSTRUMENTOS DE ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA	23
2.4.1	Estudos sobre Qualidade de Vida	24
2.5	QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO	25
2.5.1	Determinantes do Envelhecimento Ativo	27
2.5.2	Determinantes Transversais	28
2.5.3	Determinantes Relacionados com os Sistemas de Saúde e Segurança Social 34	
2.5.4	Determinantes Comportamentais	36
2.5.5	Determinantes Relacionados a Aspetos Pessoais	44
2.5.6	Determinantes Relacionados com Meio Ambiente	45
2.5.7	Determinantes Relacionados ao Ambiente Social	47
2.5.8	Determinantes Económicos	51
2.6	ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO 51	
3	MATERIAL E MÉTODOS	54
3.1	JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO	55
3.1.1	Objetivo	56
3.1.2	Objetivos Específicos	56
3.1.3	Variáveis do Estudo	56
3.1.4	Questões de Investigação	56
3.1.5	Método	57
3.1.6	População	58
3.2	MATERIAL	58
3.2.1	Questionário Sócio – Demográfico	58
3.2.2	Escala de Qualidade de Vida e Bem – estar no Idoso (EASY-care)	59
3.3	PROCEDIMENTO / CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	62

4	INTERPRETAÇÃO ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	64
4.1	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	65
4.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
4.3	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	81
4.4	IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO	82
	CONCLUSÕES	83
	BIBLIOGRAFIA.....	88
	ANEXOS	97
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE MEDIDA	
	ANEXO B – DADOS	
	ANEXO C – CONSENTIMENTO INFORMADO	

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição da população segundo as variáveis sociodemográficas.....	65
Tabela 2 - Distribuição da população segundo as variáveis sociodemográficas (continuação).....	66
Tabela 3 - Distribuição da população estudada segundo as variáveis físicas	67
Tabela 4 - Distribuição das variáveis relacionadas com Cuidar de Si	68
Tabela 5 - Distribuição das variáveis relacionadas com a mobilidade	69
Tabela 6 - Distribuição da população estudada, segundo as variáveis relacionadas com a segurança.....	70
Tabela 7 - Distribuição das variáveis relacionadas com a localidade de residência e finanças	71
Tabela 8 - Distribuição das variáveis relacionadas com a capacidade em manter-se saudável.....	72
Tabela 9 - Distribuição das variáveis que avaliam a saúde mental e bem-estar	73
Tabela 10 - Distribuição das variáveis que avaliam a saúde mental e bem-estar (continuação).....	74
Tabela 11 - Distribuição da pontuação de (In) Dependência.....	74

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, apresenta-se a motivação para a realização do estudo sobre a qualidade de vida e bem-estar no idoso. Definem-se os objetivos a concretizar, os métodos de investigação utilizados e descreve-se a organização da tese.

O envelhecimento da população representa um dos triunfos do desenvolvimento científico, tecnológico e sociológico para a humanidade, demonstrando o processo de evolução das sociedades até aos dias de hoje. No entanto, este triunfo continua a ser um desafio, no sentido em que, se por um lado, no passado o estímulo era conseguir criar e realizar, condições e respostas para o aumento da esperança medida de vida. Por outro, no presente, urge a necessidade para se viver mais anos e com melhor qualidade de vida. O envelhecimento saudável está intimamente ligado ao equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam. A satisfação pessoal está relacionada com a capacidade de optar pelos objetivos apropriados à realidade circundante e à sua possibilidade de concretização. A pessoa idosa precisa fazer a adequação entre o que deseja e o que devido aos recursos individuais e coletivos acessíveis e disponíveis é possível alcançar e querer (Sousa, 2006).

Deste modo, torna-se relevante a realização de estudo à procura por respostas adequadas face às necessidades dos idosos de hoje. É neste sentido que surgem as Academias Seniores.

Entende-se por:

(...) Academia Sénior qualquer instituição que ministre ensino informal (não carece de avaliação), direcionado para quem se encontra na idade da reforma.... e têm como objetivos, entre outros, a promoção, a valorização e a integração do idoso,... o contacto com a realidade a dinâmica social e a ocupação dos tempos livres,... o evitar o isolamento e a marginalização (Veloso, 2006, p. 3).

Estas instituições constituem um modelo de formação de adultos com maior sucesso a nível mundial que lhes proporciona um grande leque de atividades culturais, recreativas, científicas e motivação e aprendizagem, dando primazia à divulgação cultural e convívio social (Jacob, 2007, p. 3). Para dar resposta a tais especificidades e aos objetivos a que se propuseram. Neto, afirma que estas universidades ou academias procuram desenvolver atividades de lazer e de recreação, por um lado atividades pedagógicas/didáticas, por outro, sendo o carácter desta última, o saber que lhe confere uma identidade própria e uma diferenciação dos demais programas para a terceira idade. O modelo perseguido por estas instituições diz respeito a uma proposta pedagógica que promove o conceito de educação permanente, a atualização de conhecimentos e o exercício de cidadania verificando-se ainda como outro fator de interesse para os alunos, quando estas instituições privilegiam o princípio do prazer como determinante

do seu funcionamento. Tal princípio está expresso não (e/ou) na exigência de pré-requisitos formais necessários para o aluno sénior se inscrever, na inexistência de provas, exames, trabalhos escritos, mas na busca de alargar o seu horizonte cultural, do seu crescimento como pessoa, de uma melhor compreensão do mundo em que vive e de um conhecimento mais profundo dos outros, assim perspetivando um convívio saudável e uma melhor qualidade de vida (Neto, 2008).

O estudo em questão, surge da necessidade de perceber: qual a perceção da qualidade de vida e bem-estar dos idosos frequentadores da Academia Sénior, antes e após a participação? Assim, através da aplicação do projeto, a academia sénior, a força de ir mais além, enquanto um estudo-piloto funcionou durante quatro meses, nomeadamente de Fevereiro a Junho do ano 2011. Neste período foi organizado um conjunto de atividades adaptadas às necessidades dos idosos inscritos na academia. O objetivo primordial do estudo consiste em conhecer os níveis de qualidade de vida e bem-estar percebidos pelos participantes na Academia Sénior, antes e após a participação nas respetivas atividades, através do estudo dos domínios que influenciam a qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

O método de investigação utilizado no presente estudo de investigação é o método descritivo simples longitudinal, uma vez que pretendeu descrever alguns conceitos face a um grupo de pessoas, e a caracterização dessa mesma população. Deste modo foi estudado um grupo de vinte e seis idosos, com idades compreendidas até ao momento da aquisição dos dados, entre 65 e 80 anos de idade. O estudo foi realizado em dois momentos de avaliação, no início da realização das atividades, e no fim, através da aplicação de um instrumento de medida EASY-care como se pode identificar no anexo A. Desta forma, pretende-se realizar um diagnóstico das necessidades da população, descrevendo as características que influenciam a qualidade de vida nos idosos. A fim de monitorizar a população, e criar um programa de educação para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e promover o envelhecimento ativo. No que se refere à estrutura deste trabalho, organizar-se-á em cinco capítulos, e serão abordados os conteúdos, analisados, os procedimentos, os resultados, interpretação, análise e conclusões dos mesmos.

No primeiro capítulo, será realizada a introdução ao estudo, e à temática escolhida. No segundo capítulo, será realizado o enquadramento teórico, que aborda os aspetos relacionados com envelhecimento, designadamente algumas definições deste conceito e alterações decorrentes do mesmo. Para além da problemática do envelhecimento, serão

abordados neste capítulo a qualidade de vida e o bem-estar no idoso, e ainda o envelhecimento ativo. No terceiro capítulo proceder-se-á descrição do delineamento do estudo, no qual constará o tipo de estudo, variáveis, método, material e respetivos procedimentos. E por fim no quarto e quintos capítulos, serão apresentados os resultados do estudo, a análise dos dados, a discussão e as conclusões do estudo, assim como suas possíveis implicações futuras.

2 QUADRO TEÓRICO

Neste capítulo, realiza-se um enquadramento teórico relacionado com o tema em estudo, onde são abordadas problemáticas gerais, algumas análises importantes de diversos autores, e ainda alguns estudos realizados na área em questão.

2.1 CENÁRIOS DE UM PORTUGAL ENVELHECIDO

O nosso país, à semelhança de outros países da União Europeia, de acordo com os dados da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), está a passar por uma rápida transição demográfica, verificando-se um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa. Estas alterações na sociedade, são tendências pesadas com fortes implicações estruturantes. Implicações, que podem alterar alguns padrões pré-estabelecidos na sociedade, isto a nível económico, financeiro, administrativo, ou até mesmo cultural, face às exigências e necessidades da população. As principais consequências desta transformação ocorrem sobretudo ao nível do sector da saúde e da assistência social para os idosos (OECD, 2010). Os conhecimentos científicos atuais corroboram para a importância da promoção da saúde ao longo da vida. Isto para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência, sobre os fatores de risco e as doenças mais frequentes nas pessoas idosas, percebendo o seu impacto nos cuidados de saúde. Exigem igualmente a definição de linhas orientadoras para a manutenção de um envelhecimento saudável, a promoção da autonomia e a melhoria da intervenção dos prestadores de cuidados (Ribeiro, 2011). É importante não entender, o envelhecimento como um determinante negativo para a sociedade, entendendo-se que, o envelhecimento da população revela-se como uma tendência positiva, intimamente ligada à eficácia das medidas preventivas em saúde, ao progresso da ciência no combate à doença, a uma melhor intervenção no meio ambiente e, sobretudo, à consciencialização progressiva de que o ser humano é o principal agente da sua própria saúde (Sousa, 2006).

Assim, nesta perspetiva, é de considerar que a família e as pessoas idosas são o primeiro recurso para a promoção da sua própria saúde e, por isso, é necessário criar meios para que ambas possam participar neste processo. Neste contexto, é pertinente desenvolverem-se respostas válidas para esta realidade sócio- sanitária. E sobretudo soluções detentoras de uma filosofia que assenta na promoção do bem-estar nas suas diferentes vertentes: de apoio ao utente e à família, combate à solidão e supervisão permanente. O envelhecimento demográfico da população portuguesa e as suas consequências, é um aspeto que já tem sido estudado desde há algumas décadas, esperando-se ainda uma progressão ao longo dos próximos anos (Ribeiro, 2011).

De acordo com os dados aferidos Instituto Nacional de Estatística, face à população residente em 2008, e tendo em conta os diferentes fluxos migratórios ocorridos ao longo

dos tempos, prevê-se um crescente aumento da população idosa, até 2034. Estima-se que este crescimento da população pode atingir cerca de:

(...) 10 898 Milhares de indivíduos com mais de 65 anos de idade. As projeções realizadas pelo Instituto Nacional de Estatística em conjunto com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, a população com mais de 65 anos vai se duplicarem, passando de 17,7% (cerca de 170 idosos para 116 jovens) para 32,3% (271 idosos para 100 jovens) em 2060. Percebendo que quem nascia em Portugal na época de 60 poderia prever viver até os 60,7anos no caso dos homens e 66,4 anos para as mulheres, nos dias de hoje a esperança média de vida aumentou significativamente, sendo que os homens são de 75, anos e 82 anos para as mulheres (INE, 2009).

Ainda tendo em conta os resultados do mesmo estudo, e de forma a apurar aquilo que os indivíduos portugueses pensam da sua própria saúde. Verificou-se que a maioria da população, cerca de 53,4% considerou o seu estado de saúde como “muito bom ou bom”. No entanto com aumento da idade, verificou-se a diminuição da percentagem para estas variáveis, sendo que ocorreu uma diminuição acentuada na franja para quem avalia a sua saúde como “(...) muito boa ou boa, para cerca de 25% para a faixa etária dos 55-64 anos e até 13% no grupo dos 85 anos ou mais”. Em relação aos dados face à qualidade de vida, os resultados para a auto-avaliação da qualidade vida como “boa ou má”, concluiu-se que 50% das pessoas classificam a sua qualidade de vida como “nem boa, nem má, e 40.9%” de pessoas entre os “55 e 64 anos” que consideram a sua qualidade de vida como “boa ou muito boa”, sendo possível identificar que de acordo com o aumento da faixa etária nomeadamente dos “65 aos 74” anos essa a percentagem decai para cerca de 35,3%, e agrava-se ainda mais para idosos com mais de 75 anos, apresentando uma taxa de 29,8% (INE, 2009).

Analisando os dados do INE, respeitantes aos resultados provisórios dos censos 2011, é possível verificar que, cerca de 12% da população residente e “60% da população idosa vive só (400,964), ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804,577)”, refletindo um evento que aumentou cerca de 28% nos últimos 10 anos, tendo passado “de (942,594) em 2001 para (120,5541) em 2011” refletindo-se assim, as tendências do aumento da população idosa. A população idosa, com 65 anos ou mais, residente em Portugal é de 2,023 milhões de pessoas, representando 19% da população total, verificando-se que em dez anos o número de idosos aumentou em cerca

de 19%. Tendo em conta os mesmos resultados, é possível identificar ainda, que a distribuição da população com 65 anos ou mais, apresenta um padrão semelhante ao da residente. Assim, na Região Norte encontra-se 31% do total da população idosa, seguindo-se as Regiões Centro e Lisboa ambas com valores aproximados com valor de 26%. As regiões do Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas da Madeira e Açores, encontram-se respetivamente 9,1%, 4,4%, 2,1%, e 1,6% dos idosos residentes no país. Com o aumento da população idosa, também se identificou o aumento do número de idosos com mais de 65 anos, que vivem sós, ou que vivem acompanhados por outros idosos, que pode constituir um perigo duplo. É importante realçar que o aumento destes valores pode estar relacionado com o aumento da esperança média de vida, da desertificação, assim como, da transformação do papel da família nas sociedades modernas. As regiões onde é possível identificar um maior número de idosos a viverem sozinhos são Lisboa com 22%, Alentejo com 22%, Algarve com 21%, e Região Autónoma da Madeira com 19%. As mais baixas percentagens vão para as regiões Norte e Açores. O aumento do número de idosos com mais de 65 anos a viverem sozinhos, aumentou em todo o país, no entanto o maior aumento registou-se na Região Autónoma da Madeira, com um aumento de 19% face aos últimos registos de 2001. Aliado a este aumento das percentagens, face à população idosa, verificou-se também o aumento da população com 65 anos vivendo exclusivamente com pessoas da mesma faixa etária, verificando-se uma aumento de 27,5% face à última década, sendo que os maiores registos verificaram-se na Região Norte 41%, Lisboa 35,8% e a Região Autónoma da Madeira com 35,1% (INE, 2012, pp. 1-7).

Neste contexto demográfico, identificou-se o aumento efetivo da população adulta e idosa, na Região Autónoma da Madeira. Ao analisarmos os dados provisórios dos censos 2011, em todos os municípios a taxa de envelhecimento está a aumentar significativamente, sendo que o valor total da população residente madeirense com 65 anos ou mais é de 40224 habitantes, dos quais 14438 do sexo masculino e 25683 do sexo feminino. No que se refere à população residente por município na Região Autónoma da Madeira, esta está organizada por diferentes faixas etárias, sendo os municípios com maior número de população idosa, com 65 anos ou mais são Funchal com cerca de 18050, Santa Cruz com 4376, Câmara de Lobos com 3633 e Machico com 3104. Os concelhos menos envelhecidos são Porto Santo e Porto Moniz com 734 e 686 habitantes respetivamente com idades iguais ou superiores a 65 anos. Numa análise mais profunda dos dados, é possível identificar, que do registo destes números de idosos

existe um maior número de indivíduos do sexo feminino, do que do sexo masculino nesta faixa etária na região (INE, 2011, pp. 1-2).

Tendo em conta estas expectativas de aumento da população idosa na Região Autónoma da Madeira, é importante realizar estudos, para compreender quais as estratégias mais eficientes a implementar, de forma a promover a qualidade de vida dos idosos madeirenses (DRE, 2009). No entanto, o envelhecimento não deve ser entendido apenas como um processo demográfico nas quais as gerações atingem a terceira idade, mas sim, um processo que assume vários aspetos desde biológicos, psicológicos e sociais. Para melhor entender a problemática do conceito do envelhecimento e as consequências que dele podem advir na qualidade de vida bem-estar do idoso. Serão abordados ao longo do texto um conjunto de conceitos e alterações ocorridas mediante o processo de envelhecimento.

2.2 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento caracteriza-se por diversas modificações que afetam o Homem com a passagem dos anos. Podemos encontrar várias perspectivas no âmbito da literatura que tentam definir o processo de envelhecimento. Se nos remetermos à origem etimológica da palavra, velhice deriva de velho, que procede do latim “*veclus, vetulusm*” definidos como pessoa de muita idade (Magalhães, 2004).

O envelhecimento surge muitas vezes aliado ao conceito de “idade”, nomeadamente como resultado do aumento do número de anos. Se entendermos o conceito de idade na sua globalidade, é possível identificar diferentes tipos de idade, e compreender de que forma se interligam com o conceito de envelhecimento. Assim, é possível identificar a “idade cronológica” que corresponde ao período do nascimento do indivíduo até à sua morte, a “idade jurídica”, que se liga à necessidade de a sociedade estabelecer uma idade a partir da qual o indivíduo assume determinados deveres e direitos, a “idade biológica e a idade física” que se associa ao ritmo de envelhecimento de cada um. A “idade psicoafectiva”, que reflete a personalidade e emoções do indivíduo e que não se encontra ligada à idade cronológica, e por fim a “idade social”, que corresponde aos papéis atribuídos pela sociedade ao indivíduo dependentes das suas condições socioeconómicas. Se refletirmos sobre estes conceitos podemos identificar neles diferentes processos que caracterizam o envelhecimento do indivíduo (Gautrar, 1985).

O envelhecimento faz parte da lei universal da vida, na qual se insere o ciclo biológico desde o nascimento, o crescimento, o desenvolvimento e a morte. O envelhecimento não deve ser observado como algo estático ou compartimentado, mas encarado como o resultado de um jogo de forças em que o Homem, unidade mente-corpo, segue uma evolução com importantes implicações biológicas, psicológicas e sociais (Santos, 2008).

O envelhecimento

(...) é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final do desenvolvimento diferencial do homem. Apesar de ser um fenómeno universal, este não afeta todos os indivíduos da mesma maneira, uma vez que o ser humano não sofre o envelhecimento de modo idêntico nem ao mesmo ritmo (Sousa, 2006, p. 21).

O envelhecimento é vivido em grande parte em função das condições corporais, sócios familiares e económicas de cada indivíduo, em que os idosos vivem vulneráveis,

consoante a deterioração de saúde: sensorial, as doenças, a dor e problemas de memória, a mobilidade e o relacionamento social. O importante está em aceitar esta nova fase da vida, adaptar-se da melhor forma e ativamente, perceber que se trata de um processo normal, e que deve fazer todo o tipo de atividades, de forma a retardá-lo e adequá-lo à sua condição de vida (Heikkinen, 2000).

O envelhecimento não deve ser encarado como sinónimo de patologia, ou surgimento de patologias, embora estas possam constituir um fator agravante deste processo (Berger, 1995).

Também é entendido como um

(...) processo individual e coletivo, uma vez que cada ano de existência de cada indivíduo marca o envelhecimento, assim como o aumento da porção da população considera idosa (Freedman, 2001, p. 25).

O envelhecimento pode ser percebido também, como um fenómeno complexo que atinge o ser humano ao longo da sua existência, caracterizado por diferentes componentes, o biológico, o psicológico e social, que modelam a condição humana e consequentemente a sua relação com o mundo (Teixeira, 2006).

Entende-se como um

(...) processo bio-psico-social de cariz individual (...), envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhes estão inerentes (Fonseca., 2004, p. 53).

Assume-se assim, de acordo com Requejo 2007, que o envelhecimento não se trata unicamente de um processo de alterações nas estruturas das idades da população, mas também um mecanismo que assume vários fatores, como biológicos, psicológicos e sociais. (p. 183).

No que se refere à “perspectiva biológica”, é difícil realizar a distinção entre “desenvolvimento e envelhecimento”, uma vez que ambos são processos contínuos que podem ocorrer em sequências diferentes ou em decurso coincidentes no tempo. Estes mecanismos dependem dos tecidos, das células, e órgãos entre outros. Assim, podemos distinguir dois fenómenos que não tem razões para coincidir nomeadamente o “declínio fisiológico e a frequência de doenças”. Embora que estes processos se influenciem, as alterações fisiológicas do envelhecimento não tem que ser acompanhadas por doenças. Em relação à “perspectiva psicológica”, a denominada “teoria psicológica do ciclo vital”, que defende que ao longo da vida existe uma harmonia entre o “crescimento”,

isto é os ganhos e o “declínio”, as perdas. É de convir que durante a velhice existem mais perdas que ganhos, sendo assim o declínio maior que o crescimento, no entanto, é possível compensar o declínio, através da prevenção, estimulação pela realização de actividades de estimulação cognitiva. Por fim a “perspectiva cultural e social”, o envelhecimento é encarado como alteração de atitudes e de mentalidades, resultantes das relações que se estabelecem entre os grupos etários e as suas condições de vida (Osório, 2007, pp. 12-15).

Apesar de todas estas alterações, a velhice encontra na sabedoria o aspeto mais positivo. Defende-se ainda que, existem dois fatores associados à sabedoria: compreensão excecional e a habilidade de comunicação e julgamento, uma vez que possui mais experiência e bom senso (Neri, 2006a).

Ao falarmos de envelhecimento, relacionamos também com o conceito de idoso. Ao tentar perceber realmente o seu significado, e indo à origem etimológica da palavra entende-se como alguém que possui idade avançada (Priberam, 2012). A OMS, seguindo as recomendações das Nações Unidas, considera os indivíduos como idosos, àqueles que possuem idade igual ou superior a 60 anos de idade (WHO, 2002c).

Assim, tendo em conta as perspetivas dos diferentes autores abordados, subentende-se que o envelhecimento, é um conceito complexo, e que como tal, pode ser sentido de diferentes perspetivas, sendo que todas as teorias defendem o envelhecimento como um processo normal e que acontece a todos os seres humanos. No entanto, a forma como o ser humano vai encarar e enfrentar esta realidade, é que vai premeditar como irá ser o seu envelhecimento. Potenciando através de atitudes positivas, estimulação, realização e actividades de diferentes tipos mediante as suas limitações, independentemente de possuir doenças ou não, irão originar um envelhecimento ativo ou saudável. Por outro lado, se o indivíduo se mostrar cético face ao envelhecimento e nada realizar para tentar retardar e se adaptar a esta nossa fase está limitando envelhecimento que irá possuir. O conceito de envelhecimento surge também, muitas vezes aliado ao conceito de saúde, embora que por vezes mediante uma configuração negativa, associando-se o envelhecimento à falta de saúde com o surgimento de muitas doenças. É um facto que o que com o envelhecimento podem surgir doenças, e que a qualidade de vida dos idosos pode ser alterada, no entanto, não acontece a todos os indivíduos de igual forma. Atendendo que alguns indivíduos idosos, podem possuir saúde e uma boa qualidade de vida, por outro lado, outros podem ser detentores de saúde e não possuir uma boa

qualidade de vida porque não sabem usufruir as oportunidades da sociedade e não são da melhor forma.

2.2.1 Envelhecimento e Saúde

O conceito de saúde tem vindo nos últimos anos a se alterar, partindo de uma definição mais negativa, como ausência de doença para, segundo a OMS, “(...) um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade”, ou seja, um indivíduo embora portador de uma doença, consegue desempenhar as suas funções, realizar atividades, possuir expectativas e desejos ser ativo e realizar a sua função social e profissional, o que origina uma boa qualidade de vida e sendo feliz (OMS, 2010c, p. 2).

Alguns autores defendem que este conceito, parece ser algo irreal, pois descreve a saúde como um estado de perfeição, difícil de atingir, considerando ainda saúde como conceito estático, desconsiderando as constantes mudanças e evoluções fisiológicas, bem como as transformações que ocorrem no plano psíquico e social do indivíduo e da sociedade (Carvalho, 2000)

A declaração de Alma Ata (1978) veio acrescentar ao conceito da OMS a importância da prevenção e da promoção da saúde para todas as pessoas em todo mundo. Esta ideia tem como base e equidade social, a garantia de saúde pública, a responsabilidade política e a destacada necessidade da assistência primária. A Conferência de Ottawa (1986) constituiu no primeiro documento internacional de promoção de saúde: a Carta de Ottawa. A promoção de saúde foi definida como o “processo que capacita a população a exercer e aumentar o controlo sobre a sua saúde”, sendo dessa forma relativa ao bem-estar individual e coletivo (WHO, et al, 1986, p. 1). A Carta de Ottawa, ressalta cinco áreas de ação que fornecem os fundamentos para a provisão de promoção de saúde, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambiente sustentável, o fortalecimento da participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde (Queiroz, 1993).

Outros autores, não conseguem definir saúde sem falar sobre doença, adotando assim, os termos saúde e doença conjuntamente, uma vez que, entendem e acreditam a existência de uma relação causal entre estes, capazes de definir suas próprias identidades. Defende-se ainda, que a saúde e a doença constituem processos dinâmicos,

evolutivos e históricos, sendo cada um representante de um processo de relação com o meio, só que em direções opostas. Aqui é possível identificar a complexidade do conceito de saúde-doença, salientando que seria um erro considerar a palavra normal como sinónimo de saúde. Saúde surgiria então como um estado relacionado não somente ao conceito médico, tendo em conta as ideias deste autor, mas também ao ambiente de vida da população e do indivíduo, com a sua cultura a educação, os comportamentos sociais e o nível de desenvolvimento social (Teixeira, 1999).

Helman nos seus estudos utiliza os conceitos de doença “illness”, e enfermidade “disease” com significados distintos. Assim, “disease” refere-se a tudo aquilo que é considerado alteração dos valores ditos normais, acompanhado de anormalidades na estrutura e funcionamento dos órgãos e sistemas. Por outro lado, “Illness” seria a experiência pessoal do problema de saúde e o significado que o indivíduo atribui ao mesmo (Helman, 1994, p. 24).

A saúde surge como recurso da vida quotidiana e não apenas um objetivo atingir, correspondendo assim a um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como, as capacidades físicas (WHO, 1999a).

A conceção de saúde não pode ser apenas entendida como um processo de adaptação para a vida. Terá de também de incluir a capacidade de desenvolvimento de uma perspetiva integradora da realidade e construir vínculos ativos e transformadores. Isto de forma a satisfazer as necessidades de um ser em permanente evolução psicocultural e social (Osório, 2007b).

No entanto, à medida que se envelhece vão surgindo determinadas alterações que influenciam a vida do idoso, podendo vir a surgir doenças crónicas, como a hipertensão, a diabetes, as deficiências auditivas e visuais, que por sua vez trazem consequências ao nível da capacidade funcional de cada sistema do organismo, resultantes de fatores como a constituição genética, hábitos e estilos de vida, meio - ambiente, contexto socioeconómico, cultural e a sociedade onde está inserido (DRS, 2004)

Mediante as diferentes opiniões dos autores referidos, uma boa saúde é essencial para que as pessoas possam manter a sua qualidade de vida, e continuar assegurar a sua participação na sociedade (WHO, 1999a).

O conceito de qualidade de vida e bem-estar surge também relacionado com o conceito de saúde, e pode ser concebido como uma representação social com parâmetros objetivos, tais como a satisfação das necessidades básicas criadas pelo grau de desenvolvimento económico e social, e também por parâmetros subjetivos como o

bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal. Além desses parâmetros, o conceito também inclui critérios de satisfação individual e de bem-estar coletivo que vão ser abordados ao longo do texto que se segue.

2.3 BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA

O conceito de bem-estar, para a maioria das pessoas, é um pouco abstrato e subjetivo, tornando-o ambíguo e impreciso. Uma vez que aliado a este conceito, surgem novamente outras noções como riqueza individual, nível de vida, estado de saúde, serviços médicos, satisfação de necessidades e desejos entre outros. A satisfação das necessidades dos indivíduos é o que condiciona aquilo que chamamos qualidade de vida, que por sua vez é o fundamento para o conceito de bem-estar (Martín, 1990).

Relaciona-se também o conceito de bem-estar como conceito de satisfação com valores, no entanto, o conteúdo da satisfação está intimamente ligado ao valor que cada pessoa atribui às coisas, um fenómeno, uma situação até mesmo à própria vida humana. Assim a satisfação é considerada como sendo a concordância entre aquilo que é realmente e o modelo ou imagem que o indivíduo possui. As necessidades das pessoas, e todas as suas questões biológicas, psicológicas sociais e económicas apresentam-se como situações dinâmicas, variáveis e transitórias tendo em conta as alterações da sociedade que rodeia os indivíduos. Assim entende-se que bem-estar individual e coletivo está diretamente ligado ao contexto social e complexo onde o indivíduo se insere. Por outro lado, o conceito de bem-estar social é um termo mais geral, que está mais relacionado com um desejo do que com uma condição específica, ainda que a sua expressão mais consistente seja qualidade de vida (Osório, 2007b).

A aceção da qualidade de vida, tem vindo a se construir e a reconstruir ao longo dos tempos, de acordo com a evolução das sociedades. Definir qualidade de vida não tem sido tarefa simples, uma vez que, se trata de um conceito complexo, ambíguo que se altera de acordo com as diferentes culturas, das épocas e até mesmo de indivíduo para indivíduo (Gonçalves et al., 2006, p. 138). De acordo com a literatura, pensa-se que o conceito de qualidade de vida tenha sido proferido em 1964, pela primeira vez, pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson quando afirmou que “(...) os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Dasil, 2004, p. sp). Nesta perspectiva aborda-se sobretudo a problemática das questões económicas inerentes à

qualidade de vida dos indivíduos. No entanto, veio-se logo a depreender que para além dos fatores económicos, existem outros fatores que vão influenciar igualmente a qualidade de vida dos idosos. Ao analisar a qualidade de vida devem-se considerar fatores políticos e de desenvolvimento humano. O grau de satisfação humana nas diferentes esferas de vida (familiar, amorosa, ambiental, social, profissional e existencial) relaciona-se ao padrão de conforto e bem-estar estabelecido pela sociedade. Ainda o mesmo autor, refere que o desenvolvimento destes aspetos levou à definição de qualidade de vida como “(...) a perceção do indivíduo na sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Leal, 2008, p. 1).

Mais tarde por volta da década de 70, Augus Campbell, defende que realmente a definição de qualidade de vida era pouco clara, pois abrangia várias vertentes e como algo difícil de quantificar, “(...) uma vaga etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém percebe claramente o que é(...)” (Marques, 2010, p. 3).

O conceito de qualidade de vida continuou a ser estudado ao longo dos tempos, verificando-se como sendo uma necessidade defini-lo. A partir dos anos 80, afirmou-se que o conceito de qualidade de vida era composto por um conjunto de diferentes determinantes, nomeadamente as “(...) biológicas, psicológica, cultural, e económica definindo assim este conceito como sendo multidimensional” (Leal, 2008, p. 3) Para além de ser um conceito multidimensional concluiu-se também, que era um conceito subjetivo, tendo em conta que cada indivíduo avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal, nas diferentes perspetivas da qualidade de vida (Neri, 2001a).

Qualidade de vida consiste na:

(...) perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que abarca de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes (WHO, 1999a, p. 27).

É um conceito multifacetado, que tem acompanhado as alterações sócio demográficas, e influenciado as experiências individuais sociais do ser humano, alterando os estilos de vida, saúde, valores e perceções (Bowling, 2007). Tendo em conta esta perspetiva, vários foram os autores que partiram deste princípio para definir o conceito de qualidade de vida como:

(...) sendo o nível de satisfação de vida, na qual depende o envolvimento de vários factores, hábitos e vida, actividade física, percepção do bem-estar, condições físicas e ambientais, relacionamento familiar e amigos (Neri, 2001a, p. 34).

É também definido como uma das dimensões da vida humana, que todos os indivíduos desejam desde a sua nascença até à morte. “Consiste nas reacções avaliativas de uma pessoa à sua vida, em termos de satisfação ou de efeito negativo” (Weinberg, 2001, p. 2). Vieira citando Ballesteros, descreve a qualidade vida como um sentimento de bem-estar ciado a determinados indicadores objetivos, nomeadamente biomédicos, psicológicos e sociais (Vieira, 2003). Assim enfatiza-se mais uma vez que a qualidade de vida deve ser encarada como uma constructo multidimensional, e que para intervir na promoção da mesma é necessário ter em conta num conjunto de fatores como a ausência de patologias, o nível de satisfação e bem-estar da funcionalidade, a auto percepção do bem-estar e qualidade de vida.

A qualidade de vida é uma das dimensões da vida humana, em que o indivíduo procura ativamente uma vida saudável, desenvolvida à luz do bem-estar ou satisfação, refletindo a função física, mental, intelectual de cada individuo, o que o habilita a participar nas atividades (Henriques, 2007, pp. 23-24).

A qualidade de vida está muito direccionada para a imagem que cada um tem de si e dos outros e daquilo que os rodeia. É de convir no processo de definição de qualidade de vida, interagem um conjunto de determinantes em diferentes parâmetros que são valorizados de forma diferente para cada indivíduo de acordo com “(...) as circunstâncias nomeadamente físicas, psicológicas, sociais, sociais, culturais, espirituais e económicas” (Leal, 2008, p. 2). A OMS encara a qualidade de vida como:

(...) a percepção que o individuo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nas quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2010c, p. sp).

Assim alguns dos critérios utilizados para avaliar a qualidade de vida ao nível psicológico, são relacionados com imagem corporal, atividade profissional, capacidade para realizar as atividades de vida diárias, a mobilidade, relações com os outros, saúde e outros aspetos que possam ser considerados como mais-valia para a felicidade do indivíduo. A necessidade de tentar perceber a importância da qualidade de vida, e os estilos de vida das pessoas tem vindo a decrescer ao longo dos tempos como já foi referido, isto em todas as faixas etárias. No entanto, no que concerne aos idosos, tem

aumentado significativamente desde o séc. XX, como consequência direta, do aumento da população idosa. Todos os estudos apontam para:

(...) a importância dos factores como estilo de vida, a satisfação no trabalho, as relações familiares, a disposição, a espiritualidade, a dignidade, o bem - estar físico e psicológico, social e cognitivo (Conte, 2005, p. 1).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surge também associado ao conceito de qualidade de vida nos idosos, e é influenciado por diferentes oportunidades educacionais e sociais, pela saúde física e mental, assim como pelos estilos de vida adotados pelos indivíduos, estes vão ter um importante papel na determinação e do ritmo do envelhecimento (Neri, 2001a). Segundo o modelo de envelhecimento bem - sucedido de Baltes, o envelhecimento pode ser compreendido através do modelo de “selecção, optimização e compensação” (SOC), mecanismos que levam adaptação dos indivíduos às diferentes situações com que se deparam, tentando sempre maximizar os ganhos e a minimização das perdas, de forma a possuir a melhor qualidade de vida possível (Gonçalves et al., 2006, p. 138).

Ao longo dos tempos, foi possível identificar a preocupação com a qualidade e os estilos de vida, dos indivíduos em todas as faixas etárias, no entanto, no final do século passado é que se veio dar mais relevância à qualidade de vida dos idosos. Entendo que esta estria intimamente ligada aos factores como estilo de vida, a espiritualidade, a dignidade, as relações familiares, o bem-estar físico e psicológico, social e cognitivo (Conte, 2005).

2.3.1 Perspetivas da Qualidade de Vida

Existem algumas perspetivas estudadas por alguns autores, sobre o conceito de qualidade de vida que vão ser abordadas ao longo do texto.

Na perspetiva cultural, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia têm vindo a alterar os hábitos e os padrões de vida em sociedade. Como resultado deste desenvolvimento surgem melhorias a nível da saúde, habitação, poder económico, assim como na forma de encarar os conceitos de caridade e humildade. Assim o conceito de qualidade de vida é considerado um conceito moderno e em evolução, uma vez que aquilo que é considerado qualidade de vida hoje, pode não ser considerado qualidade de vida amanhã.

(...) As necessidades dos consumidores evoluem de forma natural, como uma dimensão histórica e cultural, fazendo com que aquilo que há anos atrás era considerado um nível de vida aceitável já não o ser hoje (Cabral , 1992, pp. 14-20).

Do ponto de vista cultural, o conceito de qualidade de vida está intimamente relacionado ao tipo de educação que os indivíduos recebem. Pois é durante a fase de aprendizagem e de desenvolvimento cognitivo da criança/jovem, que ocorre a interiorização dos padrões culturais da sociedade em que está inserido. A comunicação social funciona também como principal mediador e potenciador, daquilo que se consideram os padrões para o conceito de qualidade de vida em sociedade. Como Leal cita Walter (2008),

(...) Existe uma ligação estreita entre qualidade de vida e comunicação ou, pelo menos com a publicidade, criando e impondo necessidades, em nome da qualidade de vida. É, no entanto, no domínio do lazer e do estatuto social que a publicidade mais tenta captar e impressionar os destinatários, por ser através do acesso ao supérfluo e do chamado direito ao prazer que uma parte significativa da população sente atingir a qualidade de vida (p. 8).

Em relação à perspectiva económica da qualidade de vida, esta refere-se essencialmente aos bens materiais que o indivíduo possui e a forma que sente em relação a estes e o valor que lhes atribuí. Depende muito da perspectiva de estar na vida de cada pessoa, pois alguns indivíduos defendem possuir qualidade de vida a nível económico mesmo sem possuir recursos financeiros, por outro lado, outros apesar de usufruírem de recursos financeiros afirmam não possuir qualidade de vida (Leal, 2008, p. 10). Neste ponto de vista, subentende-se que os indivíduos que possuem recursos financeiros anseiam ainda maior riqueza e uma maior quantidade de bens materiais, “(...) gostamos daquilo que pode ser considerado exclusivo ou que nos diferencia dos demais à nossa volta” (Navarro, 2007, p. sp).

No contexto da perspectiva psicológica, a qualidade de vida depende totalmente da personalidade de cada indivíduo. Como tal para outras perspectivas é difícil realizar uma definição no âmbito da determinante psicológica, no entanto aponta-se para a felicidade e satisfação com a vida e estado de ânimo. Nesta perspectiva, entende-se qualidade de vida como:

(...) auto-estima e respeito pelo seu semelhante, é saber ultrapassar as adversidades da vida mantendo o equilíbrio mental, saber aproveitar os

momentos de felicidade, é saber manter relações sociais, é ter boas expectativas em relação ao futuro, é ajudar o próximo, é ser fiel a si próprio, é gostar da vida, é ser ético (Leal, 2008, p. 10).

2.3.2 Autonomia / Dependência/ Independência nos idosos

Aliada ao conceito de qualidade de vida, surge também os conceitos de autonomia, independência e dependência na terceira idade. Estes conceitos, são fatores determinantes na qualidade de vida dos idosos. A idade avançada não é fator suficiente para que ocorra um comprometimento da capacidade funcional. No entanto, o que realmente ocorre deriva do aumento da idade, surgindo uma maior incidência de doenças crônico-degenerativas (Diogo, 2003). A autonomia deve ser entendida como um princípio ético, é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de determinar o seu curso de vida, enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros. Para um indivíduo ser autônomo, este deve ser capaz de pensar racionalmente e se auto gerenciar, de forma a não comprometer a tomada de decisões (Hogstel, 1991).

(...) Autonomia significa o exercício do autogoverno, auto-regulação, livre-escolha, privacidade, liberdade individual e independência moral. Refere-se à liberdade de *experienciar* os eventos de vida com harmonia com os próprios sentimentos e necessidades (OMS, 2005b, p. 37).

Autonomia ainda inclui liberdade de escolha das ações e do auto controle para com a vida. Podendo-se assim considerar que a autonomia está diretamente relacionada com a capacidade do indivíduo em ser dependente ou independente na realização das suas atividades diárias (Diogo, 2003). A autonomia pode ser ainda definida por autogoverno, que se expressa na liberdade da pessoa agir e para tomar decisões (Pavarini, 2000). De uma forma mais aprofundada podemos dizer que a autonomia é a capacidade e/ou o direito de uma pessoa escolher por si mesma as regras da sua conduta, a orientação dos seus atos e os riscos que se encontra disposta a assumir. A autonomia muitas vezes surge associada à independência como conceitos semelhantes incorretamente, na medida em que são situações distintas como será possível de compreender.

(...) Independência é a capacidade funcional, isto é a capacidade de realizar as atividades básicas do nosso dia-a-dia (alimentar-se, fazer a higiene pessoal, ir ao wc, tomar banho, vestir-se, locomover-se, etc...) e atividades instrumentais da

vida diária (fazer compras, pagar as contas, usar os meio de transporte, preparar uma refeição, cozinhar, cuidar da própria saúde, manter sua própria segurança) a ponto de sobreviver sem ajuda para o autocuidado e o manejo instrumental da vida (Sé, sd).

A capacidade funcional é fundamental para que o idoso possa viver independente, sendo essa relacionada com a manutenção das atividades básicas instrumentais de vida diária, ou seja, atividade tais como: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância, entre outras. A capacidade funcional está interligada com a propensão do indivíduo realizar as atividades de vida diária de maneira independente (Matsudo, 2009, pp. 76-79). A realização das atividades de vida diárias é um dos factores que influenciam a expectativa de vida activa dos idosos, sendo que representa um importante papel, na medida em que vai determinar o nível de independência e autonomia (Caporicci, 2011). Embora exista uma relação inquestionável entre poder fazer e poder escolher, é necessário acentuar que, mesmo funcionais e fisicamente impedidas, algumas pessoas conseguem exercer as suas capacidades de escolha e de controlo sobre parte do seu ambiente. Por exemplo, conseguem decidir se querem ir para um lar ou não, participar na programação de serviços que lhe são prestados, escolher sobre a roupa que haverão de vestir, onde passar férias, etc.

A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se. Em sentido estrito, a dependência traduz-se pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas, que o indivíduo já não realiza porque não pode ou porque não quer exemplo: quando o idoso adota um comportamento dependente por conveniência para chamar a atenção à sua volta. Trata-se, portanto, de apoio aos papéis de sobrevivência (lavar-se, vestir-se, alimentar-se, etc) (Pavarini, 2000). Tendo em conta a definição de dependência apresentada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade:

(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária (Solidariedade, 2009).

A partir desta definição podemos verificar que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais. A problemática da dependência/autonomia está intimamente relacionada com a capacidade do idoso para realizar as atividades de vida diária, sendo estas compreendidas como as principais para do idoso. Assim é importante perceber se os idosos independentes conseguem realizar as atividades de higiene, locomoção, eliminações e atividades realizadas em casa sem apoio de terceiros (Diogo, 2003)

O surgimento de situações que podem potencializar à não possibilidade de realização de determinadas atividades, podem ter como causas fatores intrínsecos e extrínsecos. Assim, estas situações podem ser causadas por fatores inerentes ao estado físico do idoso, e por outro lado determinadas por fatores ambientais, sociais, económicas, culturais. Os preconceitos gerados à volta da reabilitação das pessoas idosas interferem na sua capacitação e do autocuidado (Diogo, 2003). Os preconceitos gerados à volta da velhice nas nossas sociedades, face à incapacidade da aprendizagem dos idosos, originam o impedimento do seu reajustamento e a uma eficaz reabilitação. Esta visão de que os idosos são um peso para a sociedade e suas famílias, levam a ideais errados de que não valem os esforços económicos realizados pela sociedade (Dacher, 1989).

Tendo em conta as perspetivas dos diferentes autores supracitados, identifica-se que a independência surge intimamente ligada à capacidade funcional do indivíduo, nomeadamente se este está capaz fisicamente de realizar as mais básicas atividades de vida diárias, como as práticas de higiene pessoal e do domicílio, capacidade para cozinhar, alimentar-se, movimentar-se sozinho dentro e fora de casa sem ajuda de terceiros. Por outro lado, autonomia refere-se à capacidade de escolha, do controle face às opções de escolha sobre o que quer realizar na sua vida, podendo o idoso estar independente ou dependente. A autonomia está centrada na capacidade de discernimento das escolhas para a vida. Dependência, tal como o próprio nome sugere, está relacionado com a dificuldade para realizar as atividades básicas diárias, precisando de ajuda de terceiros para conseguir sobreviver. Assim, tendo em conta estas teorias, subentende-se o efeito que estas diferentes situações de dependência, independência e autonomia podem causar na qualidade de vida no idoso, na medida em que quanto mais autónomo e independente, melhora será a sua qualidade de vida.

2.4 INSTRUMENTOS DE ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA

Face a esta versatilidade e subjetividade do conceito de qualidade de vida, que desde cedo foram estudadas por diversos autores. É um facto, que numa fase inicial entendia-se a qualidade de vida intimamente ligada ao poder económico dos indivíduos. Embora este fator, tivesse e continue a ter nos dias de hoje, um papel fundamental na vida das pessoas, outros fatores tiveram também importante papel, como o estado físico, a saúde do idoso, o seu estado psicológico e emocional, no fundo o conjunto de fatores que vão traduzir o balanço entre as expectativas e os objetivos alcançados pelos idosos. Atualmente, a qualidade de vida é definida segundo a perspetiva de determinados grupos de pessoas, por exemplo em função da idade ou de determinada doença, e têm-se criado instrumentos de avaliação para casos específicos tal como a easycare, whoqol, short-form 36, entre outros.

A EASY-care é um sistema utilizado para proceder a uma avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social de uma pessoa idosa. Tem sido projetado para proporcionar uma descrição global das necessidades do idoso (Sousa, 2006).

A short form 36, constituída por trinta e seis questões realizada nos anos 80 por Anita Stewart, Ron Hayls e Jonh Ware, avalia quatro domínios importantes, o físico, o psicológico, independência e relações sociais. É um instrumento que pode ser utilizado em diferentes culturas, e foi realizado para ser implementado em diferentes situações nomeadamente avaliação da população em geral, avaliação de políticas de saúde e avaliação de práticas e pesquisas no contexto clínico (Ware, sd).

Outro instrumento que têm como objetivo estudar a qualidade de vida é a whoqol que se subdivide em whoqol 100 e whoqol bref, ambas criadas na segunda metade da década de 90. A whoqol 100, foi desenvolvida pelo grupo whoqol- World Health Organization Quality of Life, da OMS, um grupo constituído por representantes de diferentes regiões, que tinham como principal objetivo criar um conceito de qualidade de vida a desenvolver um instrumento capaz de avaliá-la numa perspetiva internacional. Esta escala avalia seis domínios, o físico, o psicológico, a independência, relações sociais, ambientes e espiritualidade. É uma escala constituída por 100 perguntas, são colocadas quatro questões que perfaz um total de noventa e seis questões, mais quatro questões de carácter global sobre a qualidade de vida. por cada tema. A *whoqol Bref com vinte e seis questões, avalia também seis domínios* o físico, o psicológico, a independência, relações sociais, ambientes e espiritualidade. É a versão abreviada da *whoqol 100, com vinte e seis questões*, duas das quais são gerais e as restantes

representam, cada um dos vinte e quatro temas, que compõem o instrumento original (OMS, 1998a).

Tendo em conta os estudos realizados e abordados, e entendendo todos apontam para a existência de um conjunto de fatores que influenciam diretamente a qualidade de vida dos indivíduos, irão ser abordadas ao longo do estudo os determinantes ou as diferentes perspetivas que influenciam a qualidade de vida no idoso.

2.4.1 Estudos sobre Qualidade de Vida

Vários foram os estudos realizados em Portugal, para avaliar a qualidade de vida e bem-estar nos idosos, num estudo realizado por Sousa, Galante e Figueiredo em 2003, concluiu-se que a maior parte dos idosos revelam perceções positivas em relação à qualidade de vida e bem-estar. Verificou-se também que a dependência aumenta com idade e que as mulheres apresentam valores de incapacidade superior ao dos homens, concluindo-se com este estudo muitos idosos alcançam um envelhecimento bem-sucedido (Sousa, 2003a, pp. 364-371).

Em 2005 Paúl e Fonseca, com o objetivo de “avaliar a condição psicossocial dos idosos rurais”, identificaram que a qualidade de vida física altera com o tipo de atividades de vida diárias, favorecendo ou não o seu desempenho. A qualidade de vida psicológica varia também com as diferentes variáveis sociodemográficas, como o género. Estado civil, rendimento social, etc. Concluindo que os homens quanto ao estado civil são mais beneficiados, uma vez que face ao nível de educação e rendimentos são mais favorecidos os mais instruídos e com o nível sócio – económico mais elevado (Paúl, 2005, pp. 75-95).

Os mesmos autores se propuseram a realizar outros estudo para avaliar a qualidade de vida em idosos portugueses abrangendo todo o território nacional, e concluíram que os idosos rurais possuem um nível de autonomia mais elevado do que os idosos urbanos. Sendo que os idosos urbanos apresentavam atitudes mais negativas face ao envelhecimento, não conseguindo encara-lo da melhor forma possível (Paúl, 2005, pp. 75-95).

Um outro estudo realizado por Botelho para avaliar a funcionalidade e qualidade de vida dos idosos, revela que a maior parte dos idosos é autónomo na locomoção, não possuem estados de demência. No entanto no que concerne ao estado nutritivo, metade dos idosos inquiridos no estudo possui um estado de nutrição considerado como dentro

da normalidade, e os restantes com estado anormal, sendo a maioria com excesso de peso. Concluíram também com este estudo, que metade dos idosos inquiridos usufrui de acompanhamento social e são autónomos na realização das atividades instrumentais (Botelho, 2005, pp. 111-135).

Do inquérito nacional de saúde realizado durante o ano 2006/2006, também averiguou as questões da saúde e qualidade de vida nos idosos, sendo que 53% da população considerou possuir um estado de saúde “muito bom ou bom”, em relação à avaliação da qualidade de vida, 50% dos inquiridos afirmaram nem boa nem má, 40,9% das pessoas entre os 55 e 64 anos consideram “boa ou muito boa”, percentagem esse que diminuiu para 35,3% no grupo etário seguinte os 65-74 anos, e para 29, 8% nas pessoas em mais de 75 anos de idade (INE, 2006).

2.5 QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO

A qualidade de vida alia-se também ao conceito de envelhecimento ativo, tendo este um papel fundamental na promoção do bem-estar dos idosos. O rápido envelhecimento da população dos países em desenvolvimento, origina a necessidade da realização de políticas e programas, para a promoção do envelhecimento ativo, garantindo condições para que as pessoas continuem a participar em sociedade de acordo com as suas limitações (WHO, 2002).

Sendo o envelhecimento ativo, um termo adotado pela Organização Mundial de Saúde, no final dos anos 90, tenta transmitir uma mensagem muito mais abrangente do que a designação de envelhecimento saudável, tendo em conta que para além dos cuidados de saúde, existem outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. Corresponde a “(...) um processo que permite a optimização das oportunidades de saúde, participação, segurança, promovendo uma maior qualidade à medida que as pessoas vão envelhecendo” (OMS, 2005b). O conceito de envelhecimento ativo aplica-se a indivíduos assim como, a grupos populacionais e fazem com que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social, mental ao longo de toda uma vida abrangendo a participação ativa dos indivíduos nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas, e na definição de políticas sociais. O envelhecimento ativo visa ampliar a expectativa de uma vida saudável, assim como o de qualidade de vida. Em 2002 avançou com um novo conceito de “Envelhecimento Activo”, que surge na mesma linha do defendido até então, no entanto procurando uma

definição mais abrangente, que para além de estudar os fatores de saúde, abrange também os fatores socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explicam o envelhecimento (WHO, 2002c). Este novo padrão de envelhecimento ativo, infunda-se como sendo mais consensual, uma vez que recomenda “(...) a qualidade de vida e saúde dos idosos, como forma de manutenção da autonomia física, psicológica e social, onde estes estejam integrados na sua sociedade” (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 2). O conceito “ativo”, encontra-se assim, orientado para a participação e envolvimento em várias vertentes nomeadamente sociais, culturais, económicas, espirituais, não estando intimamente incentivado para o estar fisicamente ativo o fazer parte da força do trabalho. Estas novas premissas, são uma forma de incentivar a própria população, a perceber o seu potencial para a promoção do bem-estar e da sua qualidade de vida (WHO, 2002). Nesta linha de pensamento face ao envelhecimento ativo, além das variáveis biologicamente determinadas, “(...) os processos de auto - regulação emocional e motivacional” têm um papel importante na forma como influenciam o envelhecimento ativo, “nomeadamente a autonomia”, quando o idoso consegue realizar as suas próprias decisões e têm o controlo da sua vida individual, “a independência”, seja nas atividades de vida diária ou nas suas atividades instrumentais de vida diárias. “Na expectativa de vida saudável”, referente ao tempo de vida que se estima viver, sem necessitar de cuidados especiais e por fim na “qualidade de vida” (OMS, 2010c, p. sp).

A Organização das Nações Unidas, defende a importância “(...) dos direitos humanos, dos princípios de independência, da participação, da dignidade, da assistência social e auto-realização”, na forma como idoso se reflete no envelhecimento ativo. Mediante este conceito de envelhecimento ativo, o idoso é o agente no que vai considerar e realizar para que realmente possua o envelhecimento ativo, pois são atribuídas responsabilidade aos mesmos, na participação ativa no seu quotidiano. Este conceito defendido pela Organização das Nações Unidas, defende que as ações devem ser realizadas em três grandes pilares: “saúde, segurança e a participação social (WHO, 2001, p. 45).

No que diz respeito à “saúde”, refere-se sobretudo aos diagnósticos realizados pelo médico, ou pelo próprio, se forem realizados de forma correta e atempadamente podem, promover a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. A “segurança”, é uma vertente que abrange vários sectores, sendo que todos devem primar por reunir um conjunto de condições que ofereçam melhores condições de vida à população idosa, (planeamento urbano, lugares habitados, clima social, violência). A “participação

social”, sendo que a cultura e a comunidade, onde está inserido o idoso, tem o papel fundamental no tipo de relações estabelecidas com os diferentes subsistemas institucionais (OMS, 2005b).

No entanto, para além destes serviços promotores de iniciativas para o envelhecimento ativo, é importante incluir nestas ações, atividades de outras áreas, como por exemplo: o emprego, a habitação, a solidariedade entre gerações, a educação entre outras. “(...) In all countries and in developing countries in particular, measures to help older people remain healthy and active are a necessity, not a luxury” (WHO, 2002, p. 4). É importante que sejam criadas políticas e respostas por parte da sociedade, tendo em conta os direitos e necessidades dos idosos, para que estes possam usufruir da melhor forma possível. Ocorrendo uma participação e interação dos idosos na sociedade (Bowling, 2009). Neste sentido é relevante que exista uma sensibilização e educação quer por parte das sociedades assim como pelos idosos, nos dias que correm. Isto para que ocorra uma eficiente adaptação por parte de ambos face às alterações da sociedade. Surgindo assim a educação como importante papel neste processo, uma vez que se a população idosa estiver devidamente informada, sensibilizada, educada para as diversas temáticas inerentes ao envelhecimento, poderá realizar as melhores opções possíveis, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida (OMS, 2005b) .

Ao estudar o envelhecimento ativo é importante ter em conta, um conjunto de conceitos importantes, como a autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável, que ajudam a compreender melhor este conceito. Estes conceitos de qualidade de vida, expectativa de vida saudável, e independência são difíceis de ser explicados e compreendidos, devido à sua mensurabilidade, com exceção da autonomia, no entanto, todos pretendem verificar a habilidades que os idosos possuem ao realizar diferentes tipos de atividades. O envelhecimento ativo também de ser encarado através do reconhecimento dos direitos de igualdade dos idosos, e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela ONU (OMS, 2005b).

2.5.1 Determinantes do Envelhecimento Ativo

O modelo de envelhecimento ativo preconizado pela OMS, depende de um conjunto de fatores os chamados “determinantes”, estes fatores envolvem famílias, indivíduos e países. Assim, entende-se a existência de diferentes determinantes que influenciam o

envelhecimento a qualidade de vida e bem-estar do idoso. Podemos identificar os determinantes de ordem pessoal que correspondem aos fatores biológicos, psicológicos e genéticos. Os determinantes comportamentais apresentados como os estilos de vida, e a participação ativa, os determinantes económicos entendidos como os rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho. Os determinantes sociais que correspondem ao apoio social, a educação, a alfabetização e a prevenção de violência e abuso. E por fim, é possível de identificar os serviços sociais e de saúde sempre orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, e ainda o meio físico, tendo em conta as acessibilidades, os serviços de transporte, moradias, vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros (Ribeiro, 2011).

Estes determinantes do envelhecimento ativo têm sido alvo de estudo pelas sociedades, surgindo a criação de diferentes programas, e novas políticas implementadas na sociedade. Isto, de forma a incentivar e promover o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. É importante compreender, que aquilo que o ser humano realiza ao longo da vida, irá ser o fundamento daquilo que será na sua velhice, assim, é muito importante aproveitar todas as “janelas de oportunidade” e estimular a saúde, a participação, e segurança em diferentes estádios (OMS, 2005b). o texto que se segue vão ser abordados de formais mais especifica cada determinante.

2.5.2 Determinantes Transversais

Como fatores transversais é possível identificar a cultura e o género, ambos têm um importante papel na promoção do envelhecimento ativo.

2.5.2.1 Cultura

A cultura envolve todas a pessoas do mundo, uma vez que modela a forma de vida, e de estar em sociedade, influenciando todas as ações ao longo da vida, e como tal a foram como se irá envelhecer.

Do latim “colere”, que têm como significado cultivar, cultura, é um conceito que pode diferentes aceções, sendo a mais usual a definição formulada por Edward B. Tylor (1903), segundo a qual cultura “é aquele todo complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes e todos os outros hábitos e aptidões adquiridos pelo homem como membro da sociedade” (p. 19). Com esta definição de

cultura Tylor abrangia em apenas uma palavra, todas as possibilidades da realização humana, além de remover a ideia do aprendizado da cultura por oposição de alguns ideais que a cultura seria algo diretamente geneticamente. Subentendendo-se assim a cultura como um fenómeno natural que possui causas e regularidades, permitindo um estudo objetivo (Barros, 2001).

Outras definições de cultura foram realizadas por Ralph Linton (1965), afirmando que a cultura de qualquer sociedade:

(...) consiste na soma total de ideias, reacções emocionais condicionadas a padrões de comportamento habitual que seus membros adquiriram por meio da instrução ou imitação e de que todos, em maior ou menor grau, participam. Este autor atribui dois sentidos ao termo cultura: um, geral, significando a herança social total da humanidade e outro mais específico, referindo-se a uma determinada variante da herança social (p. 316).

Mais tarde outro autor entende que cultura corresponde à totalidade “das reacções e actividades mentais e físicas que caracterizam o comportamento dos indivíduos que compõem um grupo social” (Boas, 1964, p. 166).

Malinowski (1944), na sua obra *Uma teoria científica da cultura*, conceitua cultura como “o todo global consistente de implementos e bens de consumo, de cartas constitucionais para os vários agrupamentos sociais, de idéias e ofícios humanos, de crenças e costumes” (p. 43).

Mais tarde, Leslie A. White (1959), na sua obra, faz diferença entre comportamento e cultura. Para ele:

(...) comportamento quando coisas e acontecimentos dependentes de simbolização são considerados e interpretados face à sua relação com organismos humanos, isto é, em um contexto somático - relativo ao organismo humano.

Cultura - quando coisas e acontecimentos dependentes de simbolização são considerados e interpretados num contexto extra-somático, isto é, face à relação que têm entre si, ao invés de com os organismos humanos - independente do organismo humano (Kahn, 1975, p. 129).

Foster (1964) descreve a cultura como:

a forma comum e aprendida da vida, compartilhada pelos membros de uma sociedade, constante da totalidade dos instrumentos, técnicas, instituições,

atitudes, crenças, motivações e sistemas de valores conhecidos pelo grupo (p. 21).

Tendo em conta estas aceções realizadas ao longo do tempo, é possível identificar, que conceito de cultura variou no tempo, no espaço e na sua essência e que estas transformações afetaram o desenvolvimento do ser humano. Ao analisar as ideias de Tylor, Linton, Boas e Malinowski entende-se que estes autores referem a cultura como ideias. Foster por outro lado define cultura como comportamento aprendido. Leslie A. White apresenta outra abordagem: a cultura deve ser vista não como comportamento, mas em si mesma, ou seja, fora do organismo humano. A herança cultural e as suas tradições são fundamentais para as sociedades, uma vez que vão definir os modos de vida em sociedade, e a forma como estas encaram os diferentes processos da vida, sendo que o envelhecimento não foge à regra.

À medida que são atribuídos significados negativos, e que são conferidos sintomas de doença, dor, tristeza ou até mesmo a morte, associados ao processo de envelhecimento, ocorre uma menor capacidade para realizar serviços de prevenção deteção precoce do tratamento apropriado. É também importante compreender que em determinadas culturas a figura do idoso é venerada, sendo este tratado com muito carinho e respeito. Por outro lado, existem culturas que não valorizam os idosos, criando falsos mitos e estereótipos sobre esta população. Dependendo do tipo de cultura em que indivíduo se insere, os hábitos de vida são ser característicos face às tradições e às normas dessa mesma cultura, influenciando assim, a qualidade de vida, a forma de estar em sociedade, hábitos de vida saudável, educação, e todas as ações do ser humano. E esta situação ocorre ao longo de toda a vida, uma vez que desde o nascimento o ser humano vai se modelando e construindo de acordo com os hábitos, tradições, valores e costumes onde se insere. Assim, se o indivíduo está inserido numa cultura, onde o incentivo é mínimo ou nenhum, aos hábitos de vida saudáveis, à prática de atividade física, alimentação saudável, estimulação cognitiva, diminuição de consumo de drogas entre outros, é muito mais provável, que durante o seu desenvolvimento venha adquirir alguns destes hábitos, e mais tarde poderá ser afetado por múltiplas doenças e tornar o processo de envelhecimento mais doloroso. Por outro lado se o indivíduo se integrar num meio cultural, onde se incentiva à prevenção da saúde e promoção da qualidade de vida o seu desenvolvimento será mais satisfatório, saudável e conseqüentemente terá um envelhecimento mais ativo. No entanto é de realçar que as diferenças culturais não existem apenas de país para país, e que também dentro de um só país, existe o

multiculturalismo, uma vez que diferentes etnias possuem diferentes valores, atitudes e tradições que muitas vezes diferem das normais da cultura dominante (OMS, 2005b).

2.5.2.2 Género

No que se refere ao género, este tem também um papel relevante no processo de promoção do envelhecimento ativo, uma vez que todas as alterações que ocorreram à volta deste conceito mudaram a forma de vida das pessoas. Associado a este conceito de género, surge também o conceito de igualdade e oportunidade de direitos. Assim, o género desde sempre teve um papel fundamental na sociedade, na medida em que, através destes são evidenciadas as várias opções políticas e o seu efeito no bem-estar de homens e mulheres em sociedade (WHO, 2002c).

Se recuarmos um pouco na bibliografia, é possível identificar a complexidade de igualdade de direitos face ao género, existindo muitas controvérsias em torno desta questão, no entanto, com o desenvolvimento das sociedades foram se alterando a forma de pensar e conseqüentemente as políticas, caminhado cada vez mais para uma sociedade onde todos os indivíduos tem os mesmo direitos. Mas para melhor se perceber esta problemática é importante definir alguns conceitos. Embora seja passada muitas vezes a ideia que o sexo e o género são a mesma coisa, esta teoria é errada, embora estejam relacionados.

Outro autor, afirma que género é resultado de um produto social que constrói o sexo. Tratando-se assim de uma abordagem na qual se considera que, se as relações de género não existissem, o que conhecemos como sexo seria destituído de significado (Delphy, 1991).

O género surge como um “conjunto de ideias e representações sobre o masculino e o feminino, ou seja o género é uma construção biológica que vem a partir dos factores genéticos e não com eles” (Auad, 2003).

De acordo com Joan Scott (1990):

o género é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo que o género é um primeiro modo de dar significado às relações de poder (Scott, 1990).

A partir do género pode-se perceber a organização concreta e simbólica da vida social e as conexões de poder nas relações entre os sexos (Filho, 2005).

Assim, mediante estes pensamentos é possível identificar que sexo corresponde ao fator biológico genético que determina se o bebé nasce rapariga ou rapaz, e por outro lado, o género corresponde às representações realizadas pelas sociedades face ao sexo.

Desde muito cedo que é conhecida as desigualdades face aos géneros, sendo que o homem, possuía um papel mais ativo e de maior prestígio na sociedade, sendo praticamente impedida a participação da mulher na sociedade. Desde sempre a mulher teve um papel menos ativo, e importante na sociedade, sendo que o seu principal papel era ser mulher, mãe, cuidar da família e da casa. No entanto, à medida que foi surgindo o desenvolvimento das sociedades é que estes papéis foram se alterando, fazendo com que a mulher conseguisse alcançar novo status sociais (OMS, 2005b).

No século XX com a conquista dos direitos humanos no que se concerne a nível macroeconómico e social foram marcantes. As mulheres venceram aqui muitas etapas. Tiveram a capacidade de escrever na constituição e nas leis o texto das suas vitórias. Na política conquistaram o direito ao voto, a serem eleitas para cargos eletivos, à liberdade, a vida, a maternidade e uma assistência de qualidade onde podem acompanhar os filhos nos primeiros quatro meses de vida em tempo integral sem prejuízo de salário e do emprego. Mais tarde no século XXI, a sociedade preocupa-se com as mulheres e a sua inclusão social. As missões internacionais preparam o género feminino para serem líderes no seu país, no intuito de mudar a vida das mulheres, das famílias e da sociedade. A Política Inclusiva visa uma nova ética. Apontam há educação como uma nova forma de educar o ser humano para a diversidade, para a convivência. Os conflitos prosseguem e a existência nos leva a buscar a emancipação (Almeida, 1991). No entanto, face a esta evolução satisfatória para o género feminino, surgem outros problemas associados. Apesar de a mulher ter alcançado papéis importantes na sociedade, e ter conseguido alcançar a participação social ela continua a ter o papel tradicional da mulher como responsáveis pelos cuidados com a família. Esta situação leva a que por vezes as mulheres sejam forçadas a abandonar os trabalhos, para assumir os cuidados com as famílias, originando alterações no processo de envelhecimento destas mulheres, potenciando surgimento de situações depressivas, doenças e conseqüentemente um deficiente envelhecimento ativo. Por vezes outras nem conseguem obter trabalho, porque já tem filhos, pais idosos, cônjuges ou netos para cuidar. Apesar de já se ter verificado grandes avanços na conquista da igualdade perante os direitos entre as mulheres, estas ainda não estão difundidas em todas as sociedades. Nos dias de hoje, ainda existem muitas sociedades, onde as desigualdades sociais

persistem, sendo as mulheres jovens e adultas aquelas que possuem status inferior. Esta situação origina a que não consigam obter alimentos, educação, trabalho e serviços de saúde, esta situação pode originar o aumento da pobreza no envelhecimento. No género masculino, os problemas inerentes ao envelhecimento ativo está sobretudo direcionada com as alterações fisiológicas e consequentes limitações físicas. Os homens estão mais predispostos a sofrer lesões incapacitantes ou morte devido à violência, aos riscos ocupacionais, assim como estão mais sujeitos ao suicídio. O âmbito do suicídio pensa-se que refere-se aos sentimentos de perda, como viuvez, ou surgimento de doença incuráveis. Ainda os homens, são eles que possuem maior número de comportamentos de risco, e na sua maioria vivem menos tempo que as mulheres (OMS, 2005b).

2.5.3 Determinantes Relacionados com os Sistemas de Saúde e Segurança Social

Para que as sociedades sejam capazes de promover o envelhecimento ativo de forma satisfatória, é essencial que os sistemas de saúde e de segurança social, possuam uma filosofia que assente na promoção. Promoção esta, que tem de ser realizada em vários níveis nomeadamente na área da promoção da saúde, da prevenção de doenças, bons acesso aos sistemas de saúde, qualidade nos cuidados primários e de longo prazo. Efetivamente, se estes serviços trabalharem em coordenação, tendo como meta os mesmos objetivos, os serviços possuíram mais qualidade, possivelmente menos custos, surgindo uma maior qualidade de serviços, onde os idosos serão tratados de igual forma, com o respeito e dignidade que lhes são merecidos (OMS, 2005b).

2.5.3.1 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

A saúde é um conceito positivo, um recurso quotidiano que implica um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade (OMS, 2005b). Tendo em conta estes ideais, a promoção e educação para a saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e coletiva, principalmente quando se fala numa faixa etária como a terceira idade. É muito importante informar, sensibilizar, e motivar a população para adquirir hábitos de vida saudáveis, para que possam estar ativos durante muito mais tempo (Osório, 2007). Em contexto formativo no âmbito da terceira idade, promover a Saúde consiste em dotar os seniores de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a realizar opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo. A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão. Daí, a importância da abordagem da Educação para a Saúde nesta população. A OMS, através da carta de Ottawa, definiu promoção da saúde como processo que possibilita às pessoas aumentar o seu domínio sobre a saúde e melhorá-la. Isto é, coresponsabilizou o indivíduo pela sua saúde e pela saúde da comunidade, assim, cada vez mais se assume que o sujeito deriva das ações que tem para consigo e com os outros. Logo se entende que quanto mais cedo se mentalizar para realizar hábitos de vida saudáveis, mais benéfico será para a sua saúde e condição de vida (OMS, 2010c).

É importante ocorrer a prevenção em diferentes níveis para que se possam prevenir muitas doenças. A prevenção pode ser realizada por diferentes etapas nomeadamente:

“Primária” – que está sobretudo ligada aos hábitos da vida saudável, nomeadamente através da adoção novos hábitos, como alimentação saudável, prática de exercício físico, fim do consumo de tabaco, álcool e outras substâncias que prejudicam o corpo humano. No que concerne à prevenção “secundária”– que consiste no despiste e diagnóstico de doenças crónicas. Na medida em que, se os indivíduos estiverem devidamente informados, aquando do surgimento de sintomas atípicos, poderão deslocar-se aos profissionais de saúde para os examinar, de forma a controlar sintomas, e não deixando agravar para doenças mais graves. Por fim a prevenção “terciária”, é um tipo de prevenção após surgimento da doença, e está intimamente ligado ao tratamento clínico apropriado. Nestas estratégias de prevenção dos serviços de saúde, estão também incluídas as doenças infecciosas, que nos dias de hoje resolvidas muitas vezes através da vacinação permitindo poupar gastos em qualquer idade. Assim, a promoção da saúde, é muito importante para a terceira idade, assim como qualquer faixa etária, uma vez que, estando devidamente informados e conscientes dos diferentes processos de doença, possibilitará às pessoas controlar a sua própria saúde (WHO, 2002c).

2.5.3.2 Serviços Curativos

Apesar dos grandes avanços na área da prevenção, o ser humano está ainda exposto ao desenvolvimento de doenças e doenças graves nos dias de hoje. Estas premissas levam à urgência das sociedades na adoção e introdução de um eficaz serviço curativo. Embora já exista um sistema de serviços deste género, é importante readaptar face às necessidades dos utentes, pois com o desenvolvimento das sociedades e ciência, vão surgindo também outros desafios neste âmbito. Com o envelhecimento da população ocorrerá também o aumento do consumo de medicamentos, que retardam, tratam ou aliviam as doenças originando uma melhor qualidade de vida dos seniores. Assim, surge a necessidade da evolução das tecnologias farmacêuticas em parceria com os governos e as entidades de saúde pública, de forma a encontrarem as melhores soluções, para responder a estas necessidades, tendo em conta o custo- benefício dos medicamentos (OMS, 2005b).

2.5.3.3 Assistência a Longo Prazo

Assumindo que nos dias de hoje, o ser humano vive durante muitos mais anos, é importante que exista um eficaz plano de apoio para assistência a longo prazo, para que todos os idosos possuam todos os cuidados que merecem e desejem durante a sua velhice (WHO, 2001).

A OMS define assistência a longo prazo como “o sistema de actividades empreendidas por cuidadores informais (família, amigos e ou vizinhos) e ou profissionais de serviços sociais e saúde)”. Assim a assistência a longo prazo, deve estar organizada por diferentes sistemas formais e informais, que podem realizar uma variedade de serviços comunitários e institucionais (OMS, 2005b, p. 22).

Também incluídos nos serviços a longo prazo, devem estar os serviços de saúde mental, uma vez que tem um importante papel na promoção do envelhecimento ativo. A cognição é o:

(...) processo de conhecer e tornar-se ciente de percepções e, então ordená-las em conceitos e abstracções mais amplos. A cognição se desenvolve em interacção com as circunstâncias da vida do indivíduo, das mais concretas às mais abstractas (Sadock, 1946, p. 46).

As capacidades cognitivas no idoso parecem estar relacionadas com o uso. A capacidade para aprender, pensar e relembrar podem ser estimuladas por exercícios e actividades que requerem o uso da mente e da memória. O processo intelectual tal como o raciocínio e pensamento abstrato permanece o mesmo através da vida a não ser que sejam afetados por deterioração física ou mental. No entanto, cada vez mais surgem perturbações do fórum psicológico e mental, como tal as sociedades devem estar preparadas para dar respostas face a este tipo de problemas. A promoção da Saúde Mental exige uma abordagem mais preventiva do que curativa, tendo em consideração o aspeto emotivo e cognitivo do indivíduo e relaciona-se estreitamente com a personalidade e estilo de vida. Como se pode identificar nos texto que se segue.

2.5.4 Determinantes Comportamentais

Está mais que testemunhado em diferentes estudos, a importância da adoção de práticas e comportamentos saudáveis pela vida fora.

Os estilos de vida possuem um papel fundamental, na medida em que, podem influenciar positiva ou negativamente a qualidade de vida de todas as faixas etárias. Os

idosos, são pessoas que normalmente possuíam alguns hábitos de vida menos saudáveis ao longo da vida, e estas situações podem acarretar por vezes situações gravosas nesta fase (Fonseca, 2004).

Isto origina a novos desafios no âmbito da saúde pública no sentido de organizar mecanismos que atuem não só ao nível de capacidade física como também a nível de bem-estar mental e social, onde os fatores psicológicos se associam aos psicossociais e aos de ordem, social assumindo um importante papel (Marques, 2008).

Nos dias que correm é urgente optar por estilos de vida saudável, a preocupação com a saúde e as suas condicionantes é uma prioridade no sentido em que as pessoas procuram viver melhor durante toda a sua vida, assim, esta mudança pode ser realizada através de diferentes determinantes, nomeadamente ao nível da alimentação, da prática de atividade física, da diminuição da utilização de substâncias como o álcool, o tabagismo e medicamentos e na saúde oral e outros (Ribeiro, 2011).

2.5.4.1 Tabagismo

O hábito de fumar, é um fator determinante numa forma negativa na vida das pessoas, pois o seu uso abusivo e sucessivo durante vários anos poderá originar doenças graves do organismo. Muitas da vezes o uso excessivo do tabaco é causa de morte prematura que pode ser evitável (WHO, 2002c).

A utilização progressiva do tabaco pode originar o desenvolvimento de doenças como tais como: o cancro nomeadamente do pulmão, da laringe, do esófago, da boca, da bexiga, do pâncreas, do rim, do estômago e do colo útero, também pode responsável pelo surgimento de doenças ateroscleróticas (doença coronária, doença vascular periférica, AVC), doença pulmonar obstrutiva crónica e úlcera péptica (WHO, 2003e).

Os altos prejuízos impostos pelo consumo do tabaco são uma pesada carga não só para a saúde individual, mas também para a saúde financeira da sociedade (Carvalho, 2000).

A mortalidade mundial por doenças tabaco-relacionadas está em torno de 4,9 milhões de mortes por ano. Estima-se que de 2025 a 2030, nos países em desenvolvimento, sete milhões de pessoas morrerão devido ao uso de tabaco, destacando-se que o fumo mata mais que HI, drogas legais e ilegais, acidentes automobilísticos, assassinatos e suicídios, todos juntos (Zanini, 2006).

Tendo em conta diferentes estudos realizados por Oliveira em 2008, estima-se que 1/3 da população mundial adulta (1 bilhão e 200 milhões de pessoas) seja fumadora e o tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública em todo o mundo, devido às consequências que traz à saúde e à qualidade de vida da população (Oliveira, 2008).

Os benefícios para quem desiste de fumar são múltiplos, e é importante que as pessoas tomem consciência deles, pois só trarão melhorias às suas condições de vida, e isto em todas as faixas etárias. Verifica-se a diminuição da ocorrência de AVC, assim como diminuição do surgimento do cancro, da doença pulmonar obstrutiva crónica, ocorrendo assim, uma melhoria da qualidade de vida do idoso (OMS, 2005b).

O hábito da utilização do tabaco surge atualmente durante a adolescência, e normalmente acompanha os indivíduos ao longo da vida, através do vício da nicotina presente no tabaco. Muitos indivíduos, conseguem deixar de fumar, no entanto, para outros perder este hábito é muito mais difícil. Tendo em conta estes factos, é importante apostar na prevenção. Prevenção essa, que deve ser feita desde muito cedo com os jovens, tentando evitar que as crianças e jovens comecem a fumar. Em simultâneo é importante realizar campanhas de prevenção e esclarecimento com os adultos e mais velhos, para que estes percebam de que forma em que se prejudicam, e como tal possam alterar os seus comportamentos e atitudes. Entendendo que já existem vários fatores, que causam doenças e alteram a vida dos indivíduos, é importante que estes percebam que desnecessariamente estão a aumentar o risco de doenças e alterando a sua qualidade de vida (WHO, 2001).

2.5.4.2 Atividade Física

A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente interligadas. Está mais que comprovado que o sedentarismo é um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, que são uma das principais causas de morte no mundo ocidental. Além dos benefícios ao nível da melhoria da qualidade de vida e saúde, uma vida ativa proporciona muitos outros benefícios sociais e psicológicos (IDP, 2009).

O American College of Sports and Medicine, propõe como metas para a prática de atividade física pelo idoso, uma maior independência, diminuição de doenças no âmbito coronário, a diminuição e o retardamento do aumento de doenças crónicas e

principalmente potenciando o aumento das oportunidades para uma interação social (Medicine, 2007)

São vários os benefícios que a prática da atividade física proporciona ao organismo. A prática regular de atividade física, influencia tanto nas variáveis fisiológicas quanto nas psicológicas e sociais. A nível fisiológico, verifica-se o aumento da força muscular, o aumento do fluxo sanguíneo para os músculos, o aperfeiçoamento da flexibilidade e amplitude de movimentos, a diminuição do percentual de gordura, a melhoria dos aspetos neurais, a redução dos fatores que causam quedas, a redução da resistência à insulina ajudando no controle e na prevenção de diabetes, a diminuição da pressão arterial, a manutenção ou melhora da densidade corporal óssea diminuindo, assim, o risco de osteoporose, a melhora da postura, a redução de ocorrência de certos tipos de cancro (Nieman, 1999).

O objetivo principal da atividade física na terceira idade é o retardamento do processo inevitável do envelhecimento, através da manutenção de um estado suficientemente saudável, se não perfeitamente equilibrado, que possibilite a normalização da vida do idoso e afaste os fatores de riscos comuns na terceira idade (Meirelles, 2000).

O corpo humano, em consequência da atividade física regular, passa por alterações morfológicas e funcionais, que podem evitar ou adiar o surgimento de determinadas doenças e melhorar a nossa capacidade para o esforço físico. Nos dias que correm, existem evidências suficientes para demonstrar que as pessoas que têm uma vida fisicamente ativa podem obter um conjunto de benefícios para a saúde, incluindo os seguintes:

(...) redução do risco de doença cardiovascular, prevenção e/ou atraso no desenvolvimento de hipertensão arterial, e maior controlo da tensão arterial em indivíduos que sofrem de tensão arterial elevada o bom funcionamento cardiopulmonar, um controlo das funções metabólicas e baixa incidência da diabetes tipo 2. Um maior consumo de gorduras, o que pode ajudar a controlar o peso e diminuir o risco de obesidade, a diminuição do risco de incidência de alguns tipos de cancro, nomeadamente dos cancros da mama, da próstata e do cólon. Maior mineralização dos ossos em idades jovens, contribuindo para a prevenção da osteoporose e de fracturas em idades mais avançadas. Melhor digestão e regulação do trânsito intestinal Manutenção e melhoria da força e da resistência musculares, o que resulta numa melhoria da capacidade funcional

para levar a cabo as actividades do dia-a-dia, Manutenção das funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio; Manutenção das funções cognitivas, e diminuição do risco de depressão e demência; Diminuição dos níveis de stress e melhoria da qualidade do sono Melhoria da auto-imagem e da auto-estima, e aumento do entusiasmo e optimismo. Diminuição do absentismo laboral (baixas por doença). Em adultos de idade mais avançada, menos risco de queda e prevenção, ou retardamento de doenças crónicas associadas ao envelhecimento (IDP, 2009).

Uma vida ativa pode ainda ajudar os idosos na ocupação dos seus tempos livres, promovendo o contacto social, melhorando a qualidade de vida e incentivando o envelhecimento ativo dos idosos (WHO, 2001).

Assim é possível entender se a prática de atividade física está intimamente ligada a um envelhecimento saudável, e é através da inatividade que está a origem do surgimento de muitas patologias, sobretudo aquelas associadas ao envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2011).

Daí a importância dos idosos perceberem os benefícios que a prática da atividade física, embora que esta seja realizada de acordo com as limitações de cada um, esta, pode trazer melhorias na qualidade de vida de uma pessoa.

2.5.4.3 Alimentação Saudável

A nutrição que o ser humano necessita, provém dos alimentos que são ingeridos, fornecendo energia e mantendo o organismo em boa saúde. As necessidades nutricionais são diferentes para todas as idades. Enquanto para a criança são necessários um suporte nutricional elevado para permitir o seu bom crescimento, já nos idosos o suporte nutricional elevado não é necessário, pois os idosos já não se encontram numa fase de crescimento, estes só necessitam de manter um bom funcionamento do organismo. No idoso a ingestão de alimentos encontra-se alterada devido à fisiologia do envelhecimento, na medida em que, não só ocorrem alterações a nível psicológico mas também a nível do funcionamento dos órgãos e das estruturas orais, ou seja fisiológicas. Os idosos já apresentam uma diminuição do paladar. Com a diminuição do paladar, o idoso já não ingere os alimentos essenciais e não realizando refeições repartidas pelo dia. Em relação aos dentes, os idosos apresentam poucos dentes na cavidade oral, dificultando uma boa mastigação. Quando apresentam próteses dentárias, surge o medo

de danificá-las, levando à desnutrição devido à conseqüente diminuição da ingestão de alimentos. No idoso os intestinos encontram-se numa fase, em que a sua função de absorção de nutrientes está diminuída, desta forma o idoso necessita ingerir alimentos leves e ricos em nutrientes de fácil absorção. O metabolismo basal encontra-se diminuído e isto deve-se: à baixa das necessidades do organismo para o crescimento, à diminuição da atividade física e aos fatores hormonais que ocorrem tipicamente nesta idade. Com a conseqüente diminuição da atividade física no idoso, este tende para o sedentarismo. O sedentarismo irá provocar um aumento de peso e o surgimento de patologias associadas obesidade, colesterol, diabetes, AVC, entre outros (Ferry, 2004).

Face a estas alterações características ao envelhecimento, surgem muitas complicações no fórum da alimentação com os idosos, surgindo muitas vezes algumas doenças que podem se tornar em situações graves para os idosos, como a desnutrição por falta de comida, ou por outro lado, obesidade pelo excesso de consumo de alimentos (OMS, 2005b). Tendo em conta as diferentes alterações realizadas no organismo, no processo de envelhecimento, como já foi referido, é importante continuar a manter uma alimentação equilibrada, variada, completa, agradável ao paladar. Vários estudos têm revelado que uma alimentação saudável origina uma melhor qualidade de vida de forma a reduzir os surgimentos de algumas doenças associadas à idade (WHO, 2002).

Urge assim, a necessidade de adotar um plano alimentar que assegure todas as necessidades energéticas e nutricionais, entendendo que deste plano não implica retirar as refeições que o individuo mais gosta, ou que passe sempre a ingerir sempre os mesmo alimentos. Pelo contrário a ideia em realizar um plano alimentar adequado, surge no sentido de introduzir variedade. Uma alimentação para ser saudável e equilibrada, têm de ser necessariamente variada e completa pois a utilização de diferentes alimentos significa que ingerimos diferentes nutrientes, o que é benéfico para a saúde. É preferível ingerir-se diferentes alimentos ao longo das refeições, que repetir os mesmos alimentos e refeições ao longo dos dias, dando-se então uma maior importância à qualidade em vez de quantidade (Ribeiro & Paúl, 2011). Na escolha dos alimentos a utilizar, deve ser dada a preferência a alimentos naturais, naturalmente ricos em nutrientes reguladores como as vitaminas, os sais minerais e as fibras, água e leite em abundância. Os nutrientes adicionados aos alimentos processados, com o objetivo de os enriquecer, são menos aproveitados do que os que se encontram nos alimentos naturais e essenciais. O modo de confeccionar os alimentos deve ser variado de modo que os torne saborosos, mas sem grande adição de sal ou gordura, de modo a conservar

o sabor próprio de cada alimento e a proporcionar uma digestão fácil. Os alimentos devem ser distribuídos por cinco a seis refeições, de pequeno volume mas variadas e não repetidas, pois uma alimentação pouco variada leva à propagação de doenças. O valor energético ingerido deve ser adequado às características biológicas, às necessidades das fases sucessivas do ciclo de vida e à atividade física realizada pelos idosos (Ferry, 2004).

2.5.4.4 Saúde Oral

A saúde oral tem importante papel na qualidade de vida dos idosos, com o envelhecimento, no entanto, o envelhecimento verifica-se a todos os níveis, e a boca não fica atrás, ocorrendo um conjunto de alterações ao nível desta cavidade. Com o passar do tempo o estado dentição dos indivíduos vai se alterando, o que pode contribuir também para o surgimento de perturbações digestivas. Em relação aos dentes, os idosos apresentam poucos dentes na cavidade oral, dificultando uma boa mastigação. Ainda os dentes podem apresentar indícios de desgaste devido ao uso, mas isso não constitui problema, o que conta é o progressivo contágio da cárie, da piorreia, do alvéolo - dentária e sobretudo, da total ausência de dentes. O que leva o idoso a mastigar com as gengivas se não usar uma prótese adequada. Quando apresentam próteses dentárias, surge o medo de danificá-las, levando à desnutrição devido à consequente diminuição da ingestão de alimentos. Na língua, ocorre uma perda das papilas gustativas que comprometem a sensação gustativa e o epitélio torna-se mais delgado. Detetam-se ainda, sinais indicadores de atrofia muscular e aumento do tecido conjuntivo. A mucosa oral torna-se mais adelgaçante, perde a elasticidade e a aderência ao tecido conjuntivo, ossos e músculos. Estas duas condições aliadas à menor lubrificação por diminuição das glândulas salivares tornam-se mais suscetíveis a traumas e dificuldades para a cicatrização (Berger, 1995).

A saúde oral precária nos idosos, principalmente com as caries e doenças periodontais, chegando por vezes a ocorrer cancro ao nível da boca. Estes problemas tornam-se em grandes encargos financeiros para os indivíduos e sociedades, que podem alterar significativamente a qualidade de vida dos idosos. Tendo em conta os baixos recursos da maioria dos idosos, estes acabam por não ir ao dentista deixando a saúde bucal degradar-se até evoluir para doenças graves (WHO, 2002).

É importante realizar ações de prevenção, nesta área para informar os idosos de forma à pessoas cuidarem dos seus próprios dentes, e tentar conservá-los durante mais tempo possível. E para as pessoas conseguirem conservar e manter os seus dentes naturais têm de começar desde muito cedo, desde a infância de continuar ao longo da vida inclusive na velhice, através de uma higiene adequada (OMS, 2005b).

2.5.4.5 Utilização de Medicamentos

Com o aumento da idade surgem novas doenças, e como tal a necessidade da utilização de medicamentos por parte dos mais velhos. O surgimento de doenças, sobretudo doenças crónicas, origina a necessidade de utilização contínua e indispensável de medicamentos, que por muitas vezes se prolonga até ao fim da vida (WHO, 2002c).

No entanto a maioria dos idosos, tem reformas muito precárias que na sua maioria, não são suficientes para comprar a quantidade de medicamentos que realmente precisam, uma vez, que comprando todos os medicamentos necessários, ficam sem recursos para depois pagar as restantes contas. Os subsídios existentes na sociedade não são suficientes para toda a população, e nem todos conseguem receber estes apoios, fazendo com que muitas vezes os idosos não possuem acesso aos medicamentos que realmente necessitam (OMS, 2005b).

No entanto, por outro lado pode ocorrer situação contrária prejudicial para os idosos, que consiste na toma de medicação em excesso, a polimedicação. Define-se polimedicação (PM) como uso simultâneo, e de forma crónica, de fármacos diferentes pelo mesmo indivíduo. Estas situações, ocorrem normalmente quando os idosos não veem melhorias face aos medicamentos que estão a tomar. Por vezes os idosos, vão novamente ao médico pedir medicamentos, na maioria das situações escondem dos médicos a medicação que estão a tomar. O que origina a que os médicos receitem novos fármacos, por vezes semelhantes aos que já estavam a realizar e os idosos acabam por ingerir todos os medicamentos. Sem querer e saber acabam por fazer mal a si próprios. Noutros casos a polimedicação está ligada às confusões e desorientações originadas pelas patologias dos idosos, fazendo que estes ingiram os medicamentos nos horários incorretos, e da forma incorreta (Patel, 2003).

Face ao envelhecimento progressivo da população e à necessidade de medicar o idoso, os médicos, principalmente o de família deverá estar atento ao problema que é a

polimedicação e aos riscos que esta acarreta. A utilização de estratégias simples permite a sua prevenção ou a correção precoce de erros, facilitando a decisão quanto à terapêutica mais adequada caso a caso (Galvão, 2006).

2.5.5 Determinantes Relacionados a Aspetos Pessoais

Tal como próprio nome sugere estes determinantes estão intimamente ligados com a pessoa em si, com a sua componente biológica, com o seu património genético e com os fatores psicológicos do indivíduo, como se poderá identificar no texto que se segue.

2.5.5.1 Biologia e Genética

A biologia e a carga genética têm uma grande influência no processo de envelhecimento. O envelhecimento corresponde a um conjunto de medicamentos geneticamente determinados, e pode ser entendido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, que advém da perda da resposta adaptativa face às situações de stress, com o aumento do risco de doenças intimamente ligadas com a velhice (Kirkwood, 1996).

Tendo em conta a definição de outro autor, a razão pela qual os idosos ficam doentes muitas mais vezes, corresponde ao facto de estarem vivos há mais tempo, terem uma vida muito mais longa que os jovens por exemplo. De acordo com esta perspetiva, como foram expostos durante muito mais tempo a diferentes fatores externos, comportamentais e ambientais têm uma maior probabilidade de contrair doenças (Gray, 1996)

A herança genética tem um papel importante, pois nela é possível de identificar causas para algumas doenças, longevidade, desenvolvimento de problemas crónicos como diabetes, problemas cardíacos, Alzheimer, alguns tipos de cancro, no entanto esta herança varia de pessoa para pessoa. A forma como os indivíduos vivem vão determinar as suas patologias, embora que possuidores deste forte impacto genético. Isto é, para além da combinação genética, os hábitos de vida, a alimentação o ambiente em vive, em conjunto vão determinar aquilo que o ser humano será (WHO, 2002).

2.5.5.2 Fatores Psicológicos

Nos fatores psicológicos, estão incluídos a inteligência e a capacidade cognitiva isto é a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas, estes são fortes indicadores do envelhecimento ativo e da longevidade (Smits et al., 1999).

Durante o processo de envelhecimento dito como envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas (incluindo a rapidez de aprendizagem e memória) diminuem, naturalmente. No entanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos na sabedoria, conhecimento e experiência. A perda de memória que ocorre com a velhice está habitualmente relacionada com a dificuldade em organizar assuntos e com uma maior lentidão nos processos mentais. Isto leva a que os idosos necessitem de um período de tempo mais longo para processar a informação e para a trazer ao consciente. Frequentemente, os declínios no funcionamento cognitivo são provocados pelo desuso (falta de prática), por doenças (como a depressão), devido a fatores comportamentais (como o uso de álcool e de medicamentos), fatores psicológicos (como falta de motivação, confiança e baixas expectativas), e fatores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si (WHO, 2002).

Os idosos que têm problemas com as funções cognitivas diárias, tais como lembrar nomes, palavras, datas, números de telefone e rotinas, podem usar ajudas tais como listas, anotações e calendários ou praticar ajuda cognitiva como as imagens, associação de palavras, chaves e mnemónicas (Osório & Pinto, 2007).

A autoeficácia, isto é a crença na capacidade de exercer controlo sobre sua própria vida, está intimamente ligada às escolhas pessoais do comportamento durante o processo de envelhecimento. É muito importante, saber superar adversidades, pois é o que irá determinar o nível de adaptação às mudanças e aos obstáculos do processo de envelhecimento. Os homens e mulheres que se preparam para a velhice e a aceitam adaptando-se às mudanças, normalmente realizam uma vida melhor depois dos 60 anos (OMS, 2005b).

2.5.6 Determinantes Relacionados com Meio Ambiente

A segurança tem um papel fundamental na vida do homem e assume-se como um direito proclamado pela Declaração Universal dos direitos Humanos (ONU, 1948). É importante que os cidadãos tenham em mente que desde sempre, ambientes seguros e adaptados podem representar um aspeto fundamental para a melhoria na qualidade de

vida, sendo que na terceira idade consiste mesmo num fator que pode ditar a dependência ou por outro lado a independência de um idoso (WHO, 2001).

A segurança origina implicações diretas no quotidiano da vida das pessoas, representando um importante papel, em diferentes níveis, nomeadamente nas situações de vivência cívica e de cidadania ativa, assim como boas situações de relacionamento interpessoal e procura de estilos de vida saudável (Ribeiro, 2011).

As pessoas idosas que habitam em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas saem muito menos vezes de casa potenciam o medo, o isolamento, solidão, depressão, menos atividade físicas e como tal problemas de mobilidade e dependência. Para além destes fatores, se pensarmos o acumular da ineficácia de meios de transporte acessíveis para os idosos, ainda se pode verifica rum maior aumento do isolamentos e da solidão. Assim os serviços de transporte público acessíveis adaptados para terceira idade, perto das zonas onde os idosos vivem, e baratos de acordo com as posses dos idosos são necessários (OMS, 2005b).

A segurança do idoso então envolve vários parâmetros que vão desde à habitação, segurança nos transportes, segurança nas ruas, prevenção contra as quedas, segurança nos alimentos e água consumidos.

No que concerne às habitações, é importante referir que a casa onde o indivíduo habita seja segura, em qualquer idade é importante que as habitações sejam seguras, mas no idoso principalmente e sobretudo quando este habita sozinho. A localização da habitação tem também um papel importante pois pode potenciar ao isolamento do idoso. Se estiver bem centrada, localizada pertos dos diferentes serviços de transporte pode significar a diferença na interação social do idoso.

É de convir ainda que a construção da habitação deve estar realizada também de acordo com as necessidades dos idosos, pois os obstáculos podem motivar as quedas e situações que podem levar à dependência do idoso (WHO, 2002).

Entendendo-se que as quedas são a principal causa de acidentes com os idosos. Apesar do risco de cair em casa ser grande, muitos acidentes que surgem devido às quedas podem ser prevenidos, assim é importante compreender as suas causas. Com o envelhecimento, surge a diminuição da massa muscular, a osteoporose, a diminuição da visão e da audição, assim como a falta de condições de segurança da casa e do jardim aumentam a probabilidade de cair. O calçado também tem um papel fundamental na prevalência das quedas. Muitos dos idosos não utilizam calçado adaptado aos seus pés, motivando maior frequência de quedas. As quedas podem ser prevenidas fazendo

pequenos ajustamentos na casa e no estilo de vida, mas é muito importante promover a segurança, isto é garantir que as pessoas idosas se alimentam convenientemente e se mantêm fisicamente ativas. Quando se fala em segurança, é importante conhecer e utilizar os dispositivos de segurança que facilitem a vida diária quando a autonomia e o bem-estar estão em causa. (DGS, sd).

É importante que as habitações estejam devidamente adaptadas, de forma a melhorar a qualidade de vida dos idosos, de uma forma geral, é importante manter a habitação bem iluminada optando por lâmpadas de fácil substituição, evitando os fios elétricos e de telefone espalhados pelo pavimento tentando prendê-los à parede. Para o caso de ter alcatifas no chão, é importante verificar que não tem pontas soltas, os tapetes têm de ser fixos. Nas escadas é importante retirar os tapetes, e é importante realçar com marcas visíveis o primeiro e último degrau das escadas. O telefone tem de ficar num local de fácil acesso, ou então utilizar um telemóvel, para pode usa-los nas diferentes divisões da casa, junto ao telefone é importante também manter os contactos de emergência (Ribeiro, 2011).

Outros potenciais perigos na habitação para a terceira idade são as intoxicações, as intoxicações acidentais são também um importante papel nos acidentes que ocorrem dentro de casa com os idosos. As alterações fisiológicas que ocorrem com os idosos, muitas vezes podem originar esquecimentos, confusões, diminuição do olfato e da audição que podem levar ao surgimento de intoxicações. As intoxicações podem surgir por diferentes formas: através do consumo excessivo de medicamentos, inalação de gás, fumo através de incêndios entre outros, um conjunto de acidentes que podem acontecer com os idosos dentro de casa (Ribeiro, 2011).. A água limpa, ar limpo e acesso à alimentação segura constituem também um importante fator para a segurança dos idosos (WHO, 2002).

2.5.7 Determinantes Relacionados ao Ambiente Social

Existem um conjunto determinantes relacionados com o ambiente social que vão ser descritos no texto que se segue.

2.5.7.1 Apoio Social

É mais do que sabido, que a tendência mundial é o aumento da população idosa, e que esta situação constitui um importante problema nas sociedades. No entanto o que está em questão não se trata apenas do aumento do número da população envelhecida, mas sim um problema social. Embora os fatores demográficos tenham um importante papel, é urgente avançar com novas projetos e respostas sociais com vista resolver o problema de integração do idoso na sociedade, reconhecendo o seu papel social. Como tal para além de uma conceção assistencial aos idosos, é importante realizar ações que permitam a que todas as pessoas, desempenhem um papel próprio na sociedade, assumindo livremente os seus deveres e direitos como cidadãos (Osório, 2007).

A solidão, o isolamento social, o analfabetismo, a falta da educação, maus tratos e exposição a situações de conflito potenciam o nível de dependência, e uma deficiente qualidade de vida. Na tentativa de tentar integrar os idosos, e torná-los o mais ativos possíveis, é importante que a sociedade implemente políticas sociais, com oportunidades de educação, aprendizagem permanente, paz, proteção contra a violência e maus-tratos, constituindo estes fatores que estimulam a saúde, participação, bem-estar, qualidade de vida (WHO, 2002).

As políticas sociais, realizadas dirigidas à terceira idade são importantes nas sociedades envelhecidas, embora já exista um grande desenvolvimento é importante melhorar ainda mais estes sistemas. No entanto ainda se encontram algumas interrogações no âmbito da aplicação das políticas sociais nomeadamente perceber qual a dimensão dos serviços sociais, em termos de amplitude e importância social? Qual o papel do estado na prestação de serviços sociais? E por último estarão estes modelos sociais adaptados e realmente satisfazem as necessidades dos idosos na sociedade de hoje? A política social, é uma política aplicada pelos estados e poderes públicos que pretendem responder às necessidades sociais, apoiar os direitos pessoais das populações capazes de proporcionar o bem-estar e qualidade de vida aos cidadãos através de sistemas públicos de ação social. Estas políticas normalmente são desenvolvidas em diferentes sectores, nomeadamente sistema educativo, sistema de saúde, serviços sociais, sistemas de pensões, políticas ativas de fomento do emprego, proteção no desemprego, habitação social entre outros (Osório, 2007).

A ação protetora dos sistemas de Segurança Social serviu como pilar da expansão do Estado de Bem-Estar através da atribuição de pensões de reforma, definindo como critério básico a idade e, mais tarde, através da criação de serviços destinados a

responder às necessidades das pessoas idosas cujas privações não dependiam necessariamente do seu fraco poder de compra (Vaz, 1998). Existem um conjunto de estratégias políticas sociais para a população idosa que se podem dividir em três grandes áreas, nomeadamente: a promoção do cuidado, promoção do envelhecimento ativo e por fim, promoção do envelhecimento produtivo, através de programas e serviços específicos para ajudar os idosos dependentes e independentes já existindo um conjunto de medidas realizadas neste sentido (Osório, 2007).. A intervenção social deve sobretudo implementar o bem-estar na sociedade, estimulando a participação em sociedade, através da realização daquilo que lhe interessa, ócio, formação, compromisso social. Constituindo uma oportunidade de desenvolvimento pessoal (Osório, 2007).

Outro problema social relacionado com o envelhecimento, refere-se aos maus-tratos nos idosos. Os idosos frágeis que vivem na maioria das vezes sozinhos, são um apetecível alvo para crimes, de assalto, agressão e maus tratos. A OMS define maus-tratos às pessoas idosas como sendo:

um acto único e repetido, ou ainda falta de resposta adequada, que causa danos ou sofrimento a uma pessoa idosa e que ocorre em qualquer relação em que se tem uma expectativa de confiança (WHO, 2002d, p. 9).

Existem vários tipos de maus-tratos, embora os mais vulgares são os físicos, no entanto eles podem surgir de diferentes formas nomeadamente no âmbito psicológico, sexual, financeiros, negligência e abandono. A situações de maus tratos são geradoras de dor e desconforto para os idosos, sendo que muitas vezes podem chegar ao ponto de serem mortais, No entanto é importante que os idosos adotem estilos de vida independente, que muitas vezes ajudam a diminuir estas situações, e principalmente não tenham medo ou vergonha de represálias ao realizar queixas sobre os abusadores (Ribeiro, 2011).

Para lutar e tentar reduzir os maus tratos contra idosos, é importante que exista uma junção de forças entre os múltiplos sectores que vão desde aos oficiais de justiça, funcionários do poder executivo, profissionais da área do serviço social e da saúde, os líderes políticos, organismos da defesa entre outros (OMS, 2005b).

2.5.7.2 Educação e Alfabetização

Apesar do desenvolvimento das sociedades, nos dias de hoje, ainda até possível identificar uma faixa da população analfabeta, sendo estes na sua maioria já idosos. O

analfabetismo é uma situação que limita a qualidade de vida das pessoas. Isto acontece sobretudo ao acesso ao emprego e sobretudo ao desconhecimento dos seus direitos. Esta situação origina que muitos dos idosos dos nossos dias possuem reformas deficitárias, uma vez que nunca possuíram emprego, pois não tiveram essas oportunidades (WHO, 2002).

Aquilo que realmente importa nos dias de hoje, já não passa apenas pela capacidade das ciências poderem possibilitar o prolongamento da esperança de vida, mas sim no desenvolvimento do bem-estar psicossocial e na qualidade da forma como são vividos os últimos anos de vida, tentando com que as pessoas se preparem de forma efetiva para viver esses anos da melhor forma possível. Cada vez mais, vai sendo posta de parte a perceção negativa da velhice, surgindo condições favoráveis para a realização de um modelo de educação mais pertinente para a qualidade de vida e participação social dos idosos (Osório, 2007b).

Desde a década de noventa que se iniciaram as investigações para identificar os benefícios das intervenções educativas, nas diferentes dimensões no desenvolvimento pessoal. Entendendo-se assim, a preocupação das transformações ocorridas nos indivíduos através das atividades educativas, desenvolvidas para terceira idade (Yuni, 2008).

A Gerontagogia impõe-se cada vez com mais força, como sendo uma disciplina educativa interdisciplinar, cujo principal objetivo é o estudo dos idosos numa situação educativa (Lemieux, 1997). A aplicação da educação ao longo da vida, anseia apenas a aquisição de determinados conhecimentos e capacidades científicas, mas sim que ocorra um desenvolvimento pessoal, cultural e individual, isto é o desenvolvimento de um ser humano mais pleno a cada dia que passa, melhorando a qualidade de vida e seu respetivo ambiente. O conceito de educação de adultos, surge no início do séc. XX, mencionado algumas vezes como um conceito educação popular, formação profissional, formação contínua, educação cívica, entre outras vertentes. Na primeira Conferência Internacional, em 1949 realizada pela UNESCO, é que se despoletou o interesse. No entanto só em 1976, com a conferência Geral das Nações Unidas, é que se conseguiu chegar a um consenso daquilo que se realmente entende por educação de adultos (Osório, 2007b)

Mais tarde, entenderam que a educação de adultos, corresponde ao:

(...) conjunto de processos de aprendizagem formal ou não, graças ao qual as pessoas cujo meio social, consideram adultas desenvolvem as suas capacidades

enriquecem os seus conhecimentos e melhoram as suas competências técnicas ou profissionais, ou as reorientam a fim de entender às suas próprias necessidades à sociedade. Neste encontro ocorrido em Hamburgo, definiu-se que o processo de educação de adultos deve ser algo organizado, com o principal objectivo de produzir aprendizagem independente do conteúdo, nível e método, que podem ser dos mais básicos processos de alfabetização até aos universitários, depende muito das expectativas e daquilo que o idoso pretende (Unesco, 1997a, p. 19).

A finalidade da *educação de adultos* é aprendizagem, onde se pretende desenvolver as suas capacidades, ampliando os seus conhecimentos de forma a melhorar as qualificações, comportamentos e competências profissionais ou técnicas. Pode servir também para alcançar o desenvolvimento pessoal pleno e a participação no desenvolvimento social, económico e cultural atendendo às necessidades do indivíduo e da própria sociedade. A educação e formação de adultos, pretende assim prevenir declínios prematuros na saúde, facilitar papéis significativos a idosos, desenvolvendo e potenciando o crescimento pessoal de forma a aumentar a qualidade de vida dos idosos. (Osório & Pinto, 2007).

2.5.8 Determinantes Económicos

Os fatores económicos têm um papel crucial na qualidade de vida dos idosos, isto, porque muitas das dificuldades dos idosos está intimamente ligada à falta de dinheiro. As reformas muitas vezes são insuficientes para pagar a medicação, as rendas, alimentação, fazendo com que os idosos muitas vezes tenham que realizar uma ginástica financeira, privando-se muitas vezes de alimentos, ou remédios uma vez que os recursos monetários não são suficientes (WHO, 2002).

2.6 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

Face aos problemas abordados anteriormente, e que são muitas vezes determinantes na qualidade de vida e bem-estar do idoso, é importante realizar a análise dos diferentes programas públicos existentes. Isto para que, possa ocorrer uma reestruturação nos mesmos, por parte das entidades públicas responsáveis de forma a oferecer resposta às necessidades da população alvo. Atualmente as estratégias dos serviços para a terceira

idade estão orientadas em três grandes áreas, nomeadamente a promoção de cuidados aos idosos dependentes, medidas de promoção do envelhecimento ativo e por fim medidas de promoção do envelhecimento produtivo, como se pode verificar no quadro que se segue (Osório, 2007). É importante que todas estas medidas realizadas para promoção do envelhecimento ativo, assentem e regam-se pelos princípios das Nações Unidas para os idosos, independência, participação, assistência, autorrealização, dignidade, saúde.

Através do respeito pelos pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo, é possível fomentar nos idosos a adoção de um papel ativo e intencional no seu envelhecimento, procurando possuir hábitos de vida saudáveis e realizando-se em diferentes áreas (WHO, 2002c). É relevante também, ter em conta os papéis dos idosos na sociedade atual. Tendo em conta alguns autores podem ser vários os papéis que os idosos podem realizar, desde à simples participação em programas de voluntariado, como em programas de educação, trabalho sénior, programas intergeracionais e outros (Cutler, 2001). Para além destes papéis podemos distinguir quatro áreas diferentes onde se pode identificar diferentes tipos de papéis, elas são no meio familiar, na promoção social, no trabalho sénior e no meio político (Osório, 2007). No que concerne ao âmbito familiar, os idosos tem muitas vezes a função económica, através da transferência de tempo e principalmente de dinheiro, e vários foram os autores que estudaram este tópico chegando todos à mesma conclusão (Cardia, 2003).

Outro importante papel liga-se à prestação de cuidados dos netos, principalmente na idade pré-escolar, em que as crianças precisam de apoio na deslocação para as aulas, quando os pais não têm essa disponibilidade (Bromer, 2004).

No entanto este fator de poder cuidar dos netos, é na maioria das vezes benéficos para os idosos, porque se sentem uteis, no entanto para outros este papel pode levar ao surgimento de stress, de deterioração da saúde e sintomatologia depressiva (Rozario et al., 2004). As situações sociais resultantes do envelhecimento populacional e da antecipação da idade da reforma, têm originado um aumento do número de pessoas saudáveis com atitudes positivas face à vida que tem pela frente (Osório, 2007b). Os idosos reformados constituem uma nova força de voluntariado, uma vez que são mais novos, mais saudáveis e possuem grande nível de formação, estão mais aptos para integrar programas de voluntariado sénior e programas intergeracionais (Herzog, 1993). Os programas intergeracionais são normalmente pensados como projetos que visam desenvolver o estabelecimento de relações de carácter individual, entre duas gerações

jovens e idosos. Estes programas têm como objetivos alterar as crenças entre os participantes que estão na maioria das vezes estão enviesadas, garantido a transmissão de valores e tradições culturais, e não só, também ajudando na participação na resolução de problemas sociais como abandono escolar, abuso de substâncias e outras situações (Unesco, 2005b).

O trabalho sénior é outro conceito que deve ser desenvolvido de uma forma mais eficaz nas sociedades dos dias de hoje. Apesar de terem ocorrido alterações nos sectores de trabalho, ainda se verifica ao nível do sector primário muitas pessoas com idade avançada a trabalhar. Estes seniores, referem que é uma fonte de satisfação e de autorrealização, sendo que a comunidade onde estão inseridos identifica essas prestações como favoráveis (Dorfman, et al., 2004). No contexto rural é muito comum ocorrer o trabalho sénior, principalmente nos países mediterrâneos como em Espanha, Portugal e Itália, sendo que grande parte da mão-de-obra utilizada na agricultura provém da população sénior, tendo em conta os dados do INE de 2002 é possível identificar que três quartos dos trabalhadores de agricultura e pescas são seniores (INE, 2002). Ainda nesta linha de pensamento do envelhecimento ativo e produtivo, os seniores podem ter um importante papel na participação cívica, na medida em que é uma atividade imbuída de valor social (Gonçalves et al., 2006). A participação voluntária de todos os cidadãos é imprescindível para a continuidade da democracia, como tal a participação dos idosos na vida política é considerada como um factor essencial para a continuidade do funcionamento político. O idoso pode acarretar optar por diversas modalidades no que concerne à sua participação na vida política, que pode ir desde o simples acto de exercer o seu direito de voto no acto eleitoral, até ao próprio envolvimento na campanha política e em congressos (Osório, 2007).

Assim, e tendo em conta estas abordagens, são várias as respostas que podem existir na sociedade para os idosos para que estes possam participar ativamente em sociedade. No entanto é necessário que todas estas ideias estejam implementadas nas sociedades de forma igualitária para que todos os idosos tenham acesso a todo o tipo de informação e atividades, para que assim possam decidir o que realmente e em que querem participar.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo, serão descritas as características e todas as metodologias utilizadas no estudo de investigação.

3.1 JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO.

Nos dias que correm, é possível identificar um conjunto de respostas na sociedade para a promoção da qualidade de vida e bem-estar no idoso. Esta realidade surge, através de programas de atividades para terceira idade. No entanto, o importante é conseguir perceber se os idosos estão devidamente sensibilizados e informados, acerca dos benefícios que este tipo de programas traz para a qualidade de vida e bem-estar do idoso. Surge assim, a questão de investigação: Qual a perceção da qualidade de vida e bem-estar dos idosos frequentadores da Academia Sénior, antes e após a participação? Tendo sido este o ponto de partida, para a organização e realização do estudo.

A Academia sénior, a força de ir mais além, consiste num projeto educativo, um espaço de cultura, lazer, convívio, e de promoção de saúde, como objetivo de melhorar significativamente a qualidade de vida e bem-estar do idoso.

O envelhecimento demográfico e a antecipação de idade da reforma têm determinado um crescente número de idosos com necessidades de ocupação, potenciais participantes em atividades inerentes a uma Academia Sénior. No âmbito da educação sénior, é pertinente conhecer os níveis de qualidade de vida e bem-estar do idoso, isto por forma, a potenciar a criação de respostas válidas no contexto comunitário. Por outro lado, importa igualmente monitorizar as mudanças na qualidade de vida e bem-estar dos idosos, no sentido de adaptar a intervenção às reais necessidades dos idosos. Este enfoque nos idosos justifica-se em grande medida, uma vez que, atualmente existente um grande número de população idosa na Região Autónoma da Madeira. A esperança média de vida tem apresentando uma tendência crescente. As condições económicas são mais acessíveis, os cuidados de saúde estão mais generalizados face à algumas décadas atrás, assim como, o acesso à cultura e à educação (INE, 2002)

A preparação da velhice parece ser importante, permitindo o aumento da participação de idosos reformados na vida cultural e social mantendo-se ativos e atualizados nas diferentes áreas do conhecimento (Sousa, 2006).

O idoso necessita de interagir na sociedade, participar nas atividades que sejam simultaneamente saudáveis e lhe permitem uma ocupação da mente. A busca de uma vida com qualidade é a alavanca do bem-estar, da felicidade e consequentemente da longevidade. Envelhecer depende da ativação dos recursos pessoais e da sociedade que permitem às pessoas adaptarem-se e sentirem-se bem diante das mudanças evolutivas desta fase da vida (Ferreira, 2006). Assim, depreende-se a importância do estudo, uma vez que pretende, identificar e realizar a caracterização da população do concelho de

Santa Cruz. Esta caracterização ajudará na criação de respostas válidas para os idosos do concelho. Nomeadamente, a ocupação de tempos livres, sensibilização e informação em diferentes temáticas, redução do isolamento, aquisição de novos conhecimentos, aconselhamento gerontológico, fomentando a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do idoso. Desta forma, o estudo pretende ainda, promover o envelhecimento ativo.

3.1.1 Objetivo

O objetivo geral deste estudo, é conhecer as características sociodemográficas da população e os níveis de qualidade de vida e bem-estar percebidos pelos participantes na Academia Sénior, em dois momentos de participação nas respetivas atividades.

3.1.2 Objetivos Específicos

Em relação aos objetivos específicos, sobre os quais o estudo de investigação se incide, podemos destacar os seguintes:

- Descrever os domínios que influenciam a qualidade de vida na terceira idade.
- Descrever o grau de (in) dependência relativa à necessidade de apoio nas AVD.
- Descrever o risco de falha na prestação de autocuidado.
- Descrever o risco de quedas.

3.1.3 Variáveis do Estudo

As variáveis abordadas no estudo enquadram-se em dois grupos, as dependentes e independentes. As variáveis independentes correspondem às variáveis sociodemográficas, respetivamente o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias. Por outro lado, a variável dependente, operacionalizadas pela escala *EASY-care*, corresponde ao estudo da qualidade de vida e bem-estar do idoso. (Sousa, 2006).

3.1.4 Questões de Investigação

Quais as características sociodemográficas da população frequentadora da Academia Sénior, antes e após a participação?

Qual a percepção da qualidade de vida e bem-estar dos idosos frequentadores da Academia Sénior, antes e após a participação?

3.1.5 Método

Os métodos de investigação são uma fonte de aquisição de conhecimento, reconhecendo-se assim, a importância da metodologia científica. Para que sejam realizados estudos pertinentes e viáveis, é importante a aplicação das metodologias mais apropriadas ao longo de todo o processo de investigação. De igual modo, é relevante a justificação das pesquisas realizadas ao longo do processo de investigação (Fortin, 2003).

O método de investigação utilizado no presente estudo de investigação foi o método descritivo simples, num estudo longitudinal que pretendeu descrever alguns conceitos face a um grupo de pessoas, assim como, descrever as características dessa mesma população.

Foram utilizados dois instrumentos de medida para obtenção de resultados. Com a realização de um questionário sociodemográfico e aplicação da escala EASY - care, realizou-se a caracterização dos idosos, no momento antes de frequentarem as atividades.

A colheita de dados foi realizada em dois momentos, nomeadamente antes do início da realização das atividades e após 4 meses através da aplicação do mesmo instrumento de medida. Identificando-se assim, a percepção e o estado dos idosos, em relação à qualidade de vida e bem-estar, após a participação nos seus tempos livres com diferentes atividades.

Para sistematizar a informação fornecida pelos dados, utilizámos técnicas da estatística descritiva, tendo em conta anexo B. O tratamento estatístico dos dados foi realizado informaticamente recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 19.0 de 2011. Entre as técnicas estatísticas aplicadas salientamos as frequências absolutas (n) e relativas (%), as medidas de tendência central, nomeadamente, média aritmética (\bar{x}) (Maroco, 2007). É importante referir que numa fase inicial os dados foram analisados no SPSS, e posteriormente trabalhados no programa Microsoft Excel 2010, de forma a realizar tabelas mais acessíveis à leitura, à compreensão e interpretação da informação recolhida

3.1.6 População

A Academia Sénior conta com a participação do Concelho de Santa Cruz, inscritos nas atividades de Inglês, Informática, Artes, Educação e Formação e Atividade Física. A população em estudo consistiu no total de vinte e seis idosos com idades entre 65 e 84 anos. No processo da seleção da amostra para este estudo de investigação, foram tidos em conta como critérios de inclusão, a idade superior a 65 anos, e sem problemas de comunicação verbal ou diagnóstico de doenças do foro cognitivo.

3.2 MATERIAL

Para a colheita dos dados foram utilizados dois instrumentos, o Questionário Sociodemográfico, e Escala *EASY-care*, da autoria da Daniela Figueiredo e Liliana Sousa (Sousa, 2006).

3.2.1 Questionário Sócio – Demográfico

Para o efeito de obter informação sobre o género, a idade, a naturalidade, as habilitações, o estado civil, as habilitações literárias e a participação em outras atividades de terceira idade, foi realizado um questionário sociodemográfico, para ser aplicado em conjunto com a escala do estudo.

3.2.2 Escala de Qualidade de Vida e Bem – estar no Idoso (*EASY-care*)

O *Sistema de Avaliação da Pessoa Idosa (EASY-Care)* é um sistema utilizado para proporcionar uma avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social da pessoa com 55anos de idade ou mais (Sousa, 2006).

Este instrumento, permite um registo das principais necessidades e prioridades relativamente à saúde geral e processo de cuidados dos idosos.

A sua elaboração realizou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam as dimensões que se consideravam pertinentes para aquela faixa etária mas de forma parcelar (ex. Índice de Barthel, Escala Katz, SF-36, Escala de Depressão Geriátrica, teste de diminuição cognitiva) (Sousa, 2006).

A inovação do *EASY-Care* reside em conjugar em uma escala, itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar do idoso.

Trata-se de um instrumento que pretende avaliar capacidades (aptidão de um indivíduo para a execução de uma tarefa ou ação) e não desempenho (o que o indivíduo faz); ou seja, não avalia o que a pessoa idosa faz na realidade, mas aquilo que ela julga ser capaz de fazer (Sousa, 2006).

Está recomendado que o *EASY-Care* seja utilizado nas seguintes circunstâncias:

- Contacto inicial entre a pessoa idosa e os serviços sociais ou de saúde.
- Alteração física ou mental.
- Alteração das circunstâncias sociais.
- Parte de um processo de despistagem.
- Parte de investigações acerca do bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa.
- Elemento de avaliação do idoso aquando do seu encaminhamento para determinado serviço de apoio social ou de saúde.

Como o *EASY-Care* avalia a auto-perceção da qualidade de vida e bem-estar, recomenda-se que não seja aplicado a idosos com deterioração cognitiva grave, pois a sua perceção encontra-se significativamente alterada, deturpando os resultados (Sousa, 2006).

Este instrumento de investigação, encontra-se disponível em 4 versões, consoante o contexto de utilização (clínico ou de investigação) e o tipo de preenchimento (pelo idoso, ou seja, autopreenchimento – AP; ou pelo profissional de saúde ou de acção social – técnico) (Sousa, 2006).

Assim, apresentam-se as 4 versões:

- EASY-Care Clinical (AP) – versão clínica para autopreenchimento.
- EASY-Care Clinical (Técnico) – versão clínica para preenchimento pelo técnico.
- EASY-Care Research (AP) – versão de investigação para autopreenchimento.
- EASY-Care Research (Técnico) – versão de investigação para preenchimento pelo técnico.

A versão mais simples e rápida de aplicação é a Research (investigação), tendo sido utilizada para o respetivo estudo. Está contextualizada no aqui e agora do idoso. E para além de dados sociodemográficos, apresenta questões relativas à visão, audição e comunicação, Cuidar de si (autocuidado), Mobilidade, Segurança., Local de residência e finanças, Manter-se saudável, Saúde mental e bem-estar (Sousa, 2006).

As respostas às questões de qualquer das versões do EASY- Care podem ser utilizadas para calcular 3 pontuações: i) pontuação global de (in) dependência, relativa à necessidade de apoio nas atividades de vida diária (AVD); ii) risco de falha na prestação de autocuidados, que potencia a admissão hospitalar de emergência; iii) risco de quedas. Pode ainda ser obtida uma pontuação global por cada um dos sete domínios (visão, audição e comunicação; cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar). Pontuações mais elevadas indicam pior qualidade de vida e maior incapacidade, sendo que pode-se obter uma pontuação máxima de 127 e mínima de 3 (Sousa, 2006).

Para efeitos de preenchimento da base de dados relativa a todos os indivíduos aos quais é administrado o EASY-Care devem ser consideradas as codificações apresentadas em qualquer das versões preenchidas pelo Técnico. Em todas as versões é apresentado um consentimento informado para utilização dos dados de acordo com os diferentes contextos (Sousa, 2006).

O processo de validação da escala utilizada no estudo de investigação, iniciou-se através de um projeto, o EPIC, financiado pela União Europeia. Este projeto, e teve como objetivos a realização da escala. Esta construção surge a partir de outros instrumentos, que avaliavam apenas algumas dimensões da qualidade de vida do idoso. Assim, a inovação desta escala surge no sentido de conseguir aglomerar num só instrumento, os itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar do idoso. O instrumento foi testado numa primeira fase em quatro países, nomeadamente a Irlanda do Norte, a Finlândia, a Espanha e Itália Foram realizados outros trabalhos de desenvolvimento do EASY-care em vários países da Europa pelo Grupo de Trabalho do

EASY-care. Sendo que a Universidade de Sheffield foi a entidade responsável por coordenar a pesquisa e o desenvolvimento desta escala, estabelecendo uma base de dados em nome da Organização Mundial de Saúde (Gabinete Regional para a Europa). Esta base de dados, serviu para a comparação de indicadores estratégicos sobre a saúde da população e bem-estar das pessoas idosas através da utilização dos dados obtidos através do Easy-care. Numa fase inicial, esta escala foi desenvolvida em inglês e posteriormente, passou por um processo de validação linguística para as línguas dos países integrados no projeto (Sousa, 2003a). Em Portugal, o grupo responsável pela validação da escala em língua portuguesa, foi um conjunto de investigadoras da Universidade de Aveiro, liderado pela Dr^a Liliana Sousa. O processo de transformação da escala do inglês para português e sua validação, foi desenvolvido em seis fases. A primeira, consistiu na tradução do inglês para o português, uma vez que o tradutor tem bons conhecimentos de inglês. A segunda fase foi a retroversão onde procederam, à tradução da versão anterior em português para inglês, entendendo que a língua materna do tradutor é inglês. A terceira fase consistiu na concentração de todos os investigadores e tradutores envolvidos neste processo de tradução, para reflexão comparação das versões de forma a verificar pormenores da tradução. A quarta fase, consistiu na reunião com um grupo de técnicos ligados aos cuidados primários aos idosos, para averiguar e corrigir os termos utilizados. A quinta fase a reunião com idosos para análise de possíveis dificuldades no entendimento da escala. E por fim a sexta fase, correção do texto por um especialista em língua portuguesa para eventuais correções ortográficas e gramaticais (Sousa, 2003a).

A fidelidade e a validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. No estudo, o meio utilizado para estimar a fidelidade da escala utilizada foi a análise da sua consistência interna, que corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida. Para avaliar a consistência interna da escala foi calculado o coeficiente Alpha de Cronbach. Este coeficiente permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito e os seus valores podem variar entre 0 e 1 e quanto mais elevado o coeficiente mais internamente consistente é a escala (Maroco, 2007). Este procedimento estatístico é indicado para escalas do tipo Likert. Para alguns autores, valores superiores a 0,90 revelam uma alta consistência interna, valores compreendidos entre 0,80 e 0,90 sugerem boa consistência interna e resultados compreendidos entre 0,70 e 0,80 indicam uma razoável consistência interna, sendo, no entanto, aceite valores

superiores a 0,60 se a escala tiver um número reduzido de itens (Pestana, 2005). Os estudos de validação realizados para o EASY-care, para a população portuguesa, relevaram que esta escala possui boas qualidades psicométricas com um α de Cronbach=0.86. Estes permitiram encontrar quatro fatores: atividades diárias, bem-estar, mobilidade e comunicação que influenciam a qualidade de vida no idoso (Sousa, 2003a)

3.3 PROCEDIMENTO / CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização do estudo científico, foi necessário percorrer um conjunto de etapas, tendo em conta um conjunto de considerações éticas.

A primeira fase desta investigação, consistiu na elaboração de um projeto, projeto esse onde se descreveu toda a fundamentação e metodologia a implementar. Posto a realização do projeto e escolha do instrumento de medida, consistiu na realização do pedido de autorização via eletrónica, aos autores dos instrumentos de avaliação, para que estes permitissem a sua utilização.

O projeto foi submetido a apreciação pela Câmara Municipal de Santa Cruz, para implementação do mesmo, tendo parecer positivo da instituição na recolha, tratamento e divulgação dos dados. Tendo em conta, que em todos os momentos foi garantindo o respeito por todas as normas éticas enunciadas pelos princípios da Declaração de Helsínquia.

De acordo com os princípios fundamentais descritos na declaração de Helsínquia, foi elaborado um documento de informação ao sujeito com a explicação de todo o processo de investigação, a natureza e os objetivos do estudo. O consentimento informado, devidamente preenchido e assinado por cada idoso e pelo investigador, após a explicação pelo mesmo, uma cópia do consentimento pode ser analisado no anexo C. É de convir, que durante todo o processo de investigação foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.

A aplicação dos questionários teve lugar no local onde se realizaram as atividades durante os quatro meses, nomeadamente na Galeria da Casa do Povo do Caniço, sendo que cada idoso preencheu o seu questionário com a supervisão da investigadora, em ambiente reservado e calmo.

A aplicação dos questionários teve a duração de duas semanas por cada momento, no primeiro momento em Fevereiro e no segundo momento em Junho, sendo despendido cerca de 20 minutos por idoso.

4 INTERPRETAÇÃO ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No capítulo que se segue serão expostos e analisados os dados resultantes do tratamento estatístico realizado, através da aplicação do instrumento de colheita, dos resultados das medidas e técnicas utilizadas face à população estudada.

4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Através da caracterização sociodemográfica, foi possível identificar um conjunto de situações que ajudam a realizar um diagnóstico da população estudada.

A população estudada foi constituída por 26 idosos. Sendo que 7.7% da população é do sexo masculino e 92.2% do sexo feminino, como se pode depreender na tabela 1. As idades variam entre os 65 e 80 anos, à data da recolha dos dados. A maior fatia dos idosos estudados, cerca de 42.3%, situa-se na faixa etária dos 70-74 anos, seguindo-se a população entre os 75-80, com 30.8%, e por fim a faixa etária dos 65-69, com 26.9%, da população. No que respeita ao estado civil, 57.7% dos inquiridos encontrava-se viúvo e 26.9% casado/União de facto. Relativamente às habilitações literárias da população estudada, identificou-se que 23.1% da população não é escolarizada, e 57.7% da população frequentou o ensino primário, 11.5% da população frequentou o 2º ciclo e 7.7% frequentou o ensino secundário. Em relação à situação profissional, 92.3% dos idosos estudados encontra-se reformado(a), 3.8% é doméstica, e 3.8% é pensionista, de acordo com os dados da Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição da população segundo as variáveis sociodemográficas

		Frequências Absolutas (n=26)	Frequências Relativas (%)
Género	Masculino	2	7.7
	Feminino	24	92.3
Idade	65-69	7	26.9
	70-74	11	42.3
	75-80	8	30.8
Estado Civil	Solteiro	2	7.7
	Casado/União Facto	7	26.9
	Divorciado/Separado	2	7.7
	Viúvo	15	57.7
Habilitações Literárias	Não Escolarizado	6	23.1
	1º Ciclo	15	57.7
	2º Ciclo	3	11.5
	Secundário	2	7.7

Na Tabela 2 é possível verificar que 69.2% dos idosos vivem sozinhos, sendo que apenas 19.2% vive em casal, e que 7.7% vive com familiares. Em relação à questão relacionada com os rendimentos familiares, 73.1% dos inquiridos responderam que os seus rendimentos são suficientes para as suas necessidades, 23.1% respondeu que os rendimentos financeiros não chegam para as necessidades e 3.8% respondeu que sobra algum dinheiro.

Tabela 2

Distribuição da população segundo as variáveis sociodemográficas (continuação)

		Frequências Absolutas (n=26)	Frequências Relativas (%)
Agregado Familiar	Vive Sozinho	18	69.2
	Vive em Casal	5	19.2
	Vive com família alargada	2	7.7
	Outra situação	1	3.8
Situação Profissional	Doméstica	1	3.8
	Pensionista	1	3.8
	Reformado	24	92.3
	Não Chega para as necessidades	6	23.1
Rendimentos Familiares	É mesmo ajusta para as necessidades	19	73.1
	Sobra algum dinheiro	1	3.8

Através da análise dos sete domínios da qualidade de vida e bem-estar, do idoso obtidos, passaremos apresentar os resultados para cada domínio. Na Tabela 3, são apresentadas os dados referentes ao primeiro domínio estudado, nomeadamente às capacidades de “Visão, Audição e Comunicação” dos idosos nos dois momentos de análise. Podemos identificar que, em relação à capacidade visual, no momento um, 84.6% respondeu que via “sem dificuldade” e 15.4% via com “alguma dificuldade”. Por outro lado, no momento dois, 92.3% via “sem dificuldade” e 7.7% via “com dificuldade”.

Analisando a capacidade auditiva, no primeiro momento, 88.5% dos inquiridos responderam que “não tem dificuldade em ouvir”, e 11.5% responderam que tem “dificuldade em ouvir”. No segundo momento, a percentagem para quem ouve sem dificuldade foi de 96.2%, e para quem tinha “dificuldade em ouvir” foi de 3.8%.

No que diz respeito à capacidade verbal, 96.2% de idosos refere não ter dificuldade em fazer-se entender.

Tabela 3

Distribuição da população estudada segundo as variáveis físicas

Domínios: Visão/Audição/Comunicação (n=26)	Momento I (%)		Momento II (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Dificuldade na Visão	84.6	15.4	7.7	92.3
Dificuldade na Audição	11.5	88.5	3.8	96.2
Dificuldade na Comunicação	0	100	3.8	96.2

No somatório para cada domínio, pontuações mais elevadas indicam pior qualidade de vida e maior incapacidade. Para este domínio, os valores dos scores variam entre 0 mínimo e 11 total da escala. Os scores médios foram de 0.5 no primeiro momento e 0.3 no segundo momento, indicadores de elevada capacidade e qualidade de vida do idoso.

Nas questões relacionadas com o “Autocuidado”, na análise do segundo domínio tendo em vista a tabela 4, identificou-se que os idosos estudados, conseguem realizar as atividades relativas ao autocuidado em ambos os momentos. Isto, porque 100% da população estudada, afirmou não ter “dificuldade em cuidar da sua aparência pessoal” e em “preparar as suas refeições” em ambos os momentos de avaliação. No que se refere às “dificuldades em realizar as tarefas domésticas”, os valores foram semelhantes no primeiro e no segundo momento, sendo que 84.6% respondeu que “sim” e 15.4% respondeu que “não”. As respostas face à “dificuldade em tomar medicamentos”, em ambos os momentos de análise, 3.8%, dos inquiridos afirmaram ter dificuldade em tomar medicamentos sozinhos, e 96.2% responderam que não.

Tabela 4**Distribuição das variáveis relacionadas com Cuidar de Si**

Domínio: Auto – Cuidado (n=26)	Momento I (%)		Momento II (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Dificuldade em cuidar da aparência pessoal (vestir/Banho/Duche)	0	100	0	100
Dificuldade em realizar tarefas domésticas	84.6	15.4	84.6	15.4
Dificuldade em preparar refeições	0	100	0	100
Dificuldade em tomar medicamentos	3.8	96.2	3.8	96.2

No que concerne ao somatório da pontuação global, que indica qualidade de vida, bem-estar e incapacidade para este domínio, os valores variam entre 0 como mínimo e 29 como máximo da escala. Os valores médios foram de 2.8 no primeiro momento, e 1.7 no segundo momento de avaliação, indicadores de elevada capacidade e qualidade de vida.

Da mesma forma, também se analisou os aspetos relacionados com o domínio da “Mobilidade”. A análise dos dados demonstra que, os inquiridos não apresentam “dificuldades em deslocar-se da cama para a cadeira” nem “dificuldade em andar no exterior” em nenhum momento de avaliação, tendo em conta tabela 5. Para a atividade de “dificuldade em deslocar-se dentro de casa” houve alteração dos valores de percentagem daqueles que responderam “sim” no momento dois, cerca de 3.8% dos inquiridos, tendo em conta a tabela 5. Também para os resultados referentes à “dificuldade em ir às compras” e “dificuldade em deslocar-se a serviços públicos”, não se alteraram em ambos os momentos.

Tabela 5**Distribuição das variáveis relacionadas com a mobilidade**

Domínio: Mobilidade (n=26)	Momento I (%)		Momento II (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Dificuldade em deslocar-se da cama para a cadeira	0	100	0	100
Dificuldade em deslocar-se dentro de casa	0	100	3.8	96.2
Dificuldade em andar no exterior	0	100	0	100
Dificuldade em ir às compras	11.5	88.5	7.7	92.3
Dificuldade em deslocar-se a serviços públicos	11.5	88.5	7.7	92.3

Analisando somatório da pontuação global que indicam qualidade de vida, bem-estar e incapacidade para este domínio, os valores variam entre 0 como mínimo e 25 como máximo. Em relação aos valores médios obtidos, para o momento um, foram de 1.03 e 0.7 para o momento dois, indicadores de uma elevada qualidade de vida e capacidade.

O item estudado em seguida na tabela 6, refere-se ao domínio da “Segurança”, onde se examinou diferentes aspetos. Nomeadamente desde à “perceção do idoso sobre a sua segurança dentro e fora de casa”, “se alguma vez se sentiu assediado ou ameaçado”, “se por alguma razão se sentiu discriminado” e se tem “alguém a quem recorrer em situações de imergência”.

No primeiro momento, verificou-se que 85.5% dos inquiridos sentia-se seguro dentro de casa, e que 11.5% “ não se sentia seguro dentro de casa”. Por outro lado, quando interrogados sobre a segurança fora de casa, 80.8% sente-se seguro fora de casa e 19.2% respondeu que não. No segundo momento, os valores para as mesmas questões foram de 92.3% para respostas face ao sentimento de segurança dentro de casa, e 7.7% para quem respondeu que não. Em relação à segurança fora de casa, 88.5% respondeu que sim, que sente-se seguro fora de casa e 11.5% respondeu que não.

Para a pergunta se “Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém”, os valores foram idênticos no primeiro e segundo momento 30.8% respondeu que “sim”, e 69.2% respondeu que “não”.

Ainda no domínio da segurança, no que diz respeito aos resultados às questões “Sente-se discriminado(a) por alguma razão (por exemplo, idade, sexo, raça, religião, incapacidade)”, no primeiro momento 23.1% respondeu que “sim” e 76.9% respondeu que não. No segundo momento, 3.8% respondeu que sim e 96.2% respondeu que não.

Por fim, tendo em conta ao fato dos idosos possuírem ou não uma sistema de suporte em caso de emergência, para a questão possui alguém “que o possa ajudar em caso de doença ou de emergência”, no primeiro momento 65.4% respondeu que sim 34.6% respondeu que não. No segundo momento, 69.2% respondeu que sim e 30.8% respondeu que não.

Tabela 6

Distribuição da população estudada, segundo as variáveis relacionadas com a segurança

Domínio: Segurança (n=26)	Momento I		Momento II	
	(%)		(%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Seguro dentro da Residência	88,5	11,5	92,3	7,7
Seguro fora da Residência	80,8	19,2	88,5	11,5
Sentimento de Ameaça ou Assédio	30,8	69,2	30,8	69,2
Sentimento de Discriminação	23,1	76,9	3,8	96,2
Suporte familiar ou social em caso de doença ou emergência	65,4	34,6	69,2	30,8

Para o somatório da pontuação global que indica qualidade de vida, bem-estar e incapacidade para este domínio na escala, os valores variam entre 0 como mínimo e 25 como máximo da escala. Os valores médios obtidos para estes scores, foram de 1.03 no primeiro momento e 0,7 no segundo, indicadores de elevada qualidade de vida e capacidade.

Analisou-se também, o domínio em relação ao “Local de residências e finanças” como se pode observar na tabela 7. De acordo com os resultados deste domínio, verificou-se que no primeiro momento 100% da população estava “satisfeita com o local de residências”, assim como, era capaz de “gerir os seus próprios assuntos financeiros”. No segundo momento, os valores para estas mesmas questões, foram de 96.2% para “satisfação com local de residência” e “capacidade de gerir os seus próprios assuntos financeiros”. Em relação à necessidade de “aconselhamento acerca de subsídios ou financiamento que possa ter direito”, as respostas foram semelhantes nos dois momentos de avaliação, 88.5% respondeu que possuía e 11.5% respondeu que não.

Tabela 7**Distribuição das variáveis relacionadas com a localidade de residência e finanças**

Domínio: Segurança (n=26)	Momento I (%)		Momento II (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Satisfeito com o local de residência	100	0	96.2	3.8
Gere o seu próprio dinheiro e assuntos financeiros	100	0	96.2	3.8
Necessidade de aconselhamento acerca de subsídios ou financiamentos que possa ter direito	88.5	11.5	88.5	11.5

De acordo com o somatório da pontuação global que indica qualidade de vida, bem-estar e incapacidade para este domínio da escala, os valores variam entre 0 como mínimo e 3 como máximo. Os valores médios, obtidos para estes scores foram de 0.1 no primeiro momento e 0.8 no segundo, indicadores de elevados níveis de qualidade de vida e bem-estar.

Na tabela 8, estão representados os resultados relativos ao domínio “Manter-se saudável”. Como se pode constatar num primeiro momento de análise, apenas 38.5% dos idosos afirma praticar exercício regularmente, ao passo que no segundo momento esse valor aumentou para 84.6%. À questão sobre se os inquiridos ficam com falta de ar durante a “realização de atividades normais”, no primeiro momento de análise, 42.3% respondeu que “sim”, e por outro lado 54.7% afirmou que “não”. Através da análise do segundo momento, 11.5% responderam que “sim” e 88.5% responderam que “não”, às mesmas questões.

Em relação “frequência ao médico de família para verificar se a vacinação está em dia”, numa primeira análise, 88.5% dos inquiridos responderam ido regularmente ao médico, ao passo que na análise posterior aquele valor passou para 84.6%. Ainda, tendo em conta a mesma tabela, e quando questionados acerca dos problemas relacionados com o peso, no primeiro momento, 53.8% afirma estar “preocupado com o excesso de peso”, 11.5% está preocupado com “perda de peso” e 34.6% dos inquiridos afirma “não te preocupações com o peso”. No segundo momento, quando questionados novamente sobre a mesma problemática, 26.9% da população apresenta ter “preocupação com excesso de peso”, 73.1% “não apresenta preocupações com o peso” e nenhum dos idosos afirma ter “preocupações com peso ou perda de peso”.

Tabela 8**Distribuição das variáveis relacionadas com a capacidade em manter-se saudável**

Domínio: Manter-se saudável (n=26)	Momento I (%)		Momento II (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Pratica exercício regularmente	38.5	61.5	84.6	15.4
Fica com falta de ar durante as atividades normais	42.3	54.7	11.5	88.5
Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas	7.7	92.3	7.7	92.3
Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia	88.5	11.5	84.6	15.4
Tem alguma preocupação com o seu peso	65.3*	34.6	26.9	73.1

*Nota: 65.3% Apresentam preocupação com perda de peso, sendo que 53.8% com excesso de peso, e 11.5% com perda de peso.

De acordo com somatório da pontuação global que indica qualidade de vida, bem-estar e incapacidade para este domínio na escala, os valores variam entre 0 como mínimo e 15 como máximo. Os valores médios obtidos para estes scores foram de 1.5 no primeiro momento e 0.5 no segundo.

Na tabela 9, encontra-se uma primeira análise dos resultados que demonstram o domínio da “Saúde e Saúde mental”. Quando questionados acerca da sua saúde, isto é, às respostas face à perceção da sua saúde, 3.8% da população estudada considera a sua “saúde fraca”, 73.1% da população considera a sua “saúde razoável”, 11.5% afirma ter uma saúde “boa”, e por fim 3.8% dos inquiridos afirmou possuir uma “saúde excelente”. Posteriormente analisando o segundo momento do estudo, constatou-se que 0% dos inquiridos acha-se possuidor de uma “saúde fraca”, 19.2% da população estudada considera a sua “saúde razoável”, 69.2% considerou a sua saúde como “boa”, 0 % como “saúde muito boa”, e por fim 11.5% respondeu que possui saúde “excelente”.

Tabela 9

Distribuição das variáveis que avaliam a saúde mental e bem-estar

Domínio: Saúde	A sua saúde é:					
		Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
(n=26)	Momento I (%)	3.8	7.7	11.5	73.1	3.8
	Momento II (%)	11.5	0	69.2	19.2	0

Também no domínio da percepção da sua saúde, a população quando questionada sobre a presença de dores corporais, respondeu que no primeiro momento, 38.5% que “não”, não possuía dores corporais, 61.5% respondeu que “sim”. No segundo momento, 1.4% respondeu que “sim” e 76.9% respondeu que “não”, não teve dores, de acordo com as tabela no anexo B. Ainda na mesma tabela, e analisando os problemas relacionados com o sono, no momento um, 30.8% dos inquiridos afirmou ter “problemas de sono”, e 69.2% “não” possuir problemas relacionados com o sono. No entanto, no segundo momento, 23.1% responderam ter problemas de sono e 76.9% respondeu que “não”.

Na análise às atividades de lazer dos idosos, na tabela 10 são estudadas as condições de saúde mental e bem-estar do idoso. Através dessa análise, percebe-se que no primeiro momento de investigação, apenas 88.5% dos idosos responderam afirmativamente à questão “Consegue realizar atividades de lazer, passatempos, trabalho, e outras atividades de aprendizagem que sejam importantes para si. Por outro lado, no segundo momento a percentagem aumenta para o total de 100%.

À questão “No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado (a)”, no momento um 61.5% respondeu que “sim”, 38.5% respondeu que “não”, por outro lado, no momento dois 92.3% responderam que “não” e 7.7% respondeu que “sim”. No primeiro momento, 84.6% da população inquirida afirmou possuir “pouco interesse em realizar atividades”, e no segundo momento este valor alterou-se para 15.4%.

No âmbito da solidão, e para a questão “Sente-se sozinho?”, a grande maioria (84.6%) dos idosos respondeu que por vezes, no momento um. No momento dois, 30.8% disse sentir-se por vezes sozinho e 61.5% nunca.

Por fim analisando a questão deste último domínio face às preocupações dos idosos inquiridos com as falhas de memória, no momento um, 84.6% respondeu que “sim” e 15.4% respondeu que “não”, no segundo momento os valores foram de 11.5% para “sim” e 88.5% “não”.

Tabela 10**Distribuição das variáveis que avaliam a saúde mental e bem-estar (continuação)**

Domínio: Saúde mental e bem-estar (n=26)	Momento I (%)		Momento II (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Consegue realizar atividades de lazer	88.5	11.5	100	0
Sente-se sozinho	96.1*	3.8	61.5**	38.5
Sentimentos de tristeza, mal-estar, depressão ou desespero	61.5	38.5	7.7	92.3
Pouco interesse em realizar atividades	84.6	15.4	11.5	88.5
Preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos	84.6	15.4	11.5	8.5

Notas: *96.1% Referem sentirem-se sozinho, sendo que 84.6% afirma sentir-se por vezes e 11.5% muitas vezes.

** 61.5% Referem sentirem-se sozinho, sendo que 30.8% afirma sentir-se por vezes e 7.7% muitas vezes.

De acordo com o somatório da pontuação global que indica qualidade de vida, bem-estar e incapacidade para o domínio em questão, os valores variam entre 0 como mínimo e 26 como máximo da escala. Os valores médios obtidos para estes scores foram de 10.7 no primeiro momento, e 5.6 no segundo, indicadores da elevada qualidade de vida.

Tabela 11**Distribuição da pontuação de (In) Dependência**

	Momento I Scores Totais	Momento II Scores Totais
Pontuação de (In)Dependência	74	47
Risco de falhas de cuidado	96	23
Risco de quedas	24	16

Ainda, através da análise dos resultados obtidos em relação à pontuação de “(In) Dependência”, relativa à necessidade de apoio nas atividades de vida diária, obteve-se os valores demonstrados na tabela 12. Os scores médios para estes somatórios, foram de

2.8 para a pontuação de “(In) Dependência”, 3.7 para o “Risco de falhas de Cuidado” e por fim 0.9 para o “Risco de quedas”. No segundo momento, os scores médios para estes somatórios foram de 1.8 para a pontuação de “(In) Dependência”, 0.88 para o “Risco de falhas de Cuidado” e por fim 0.6 para o “Risco de quedas”, resultados que demonstram, o elevado nível de independência e qualidade de vida.

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos resultados obtidos e que caracterizam a população alvo estudada, importa salientar que esta se trata maioritariamente uma população envelhecida, com uma média de 42.3% das idades compreendidas entre os 70 e 74 anos. Esta tendência, vai ao encontro nos cenários do envelhecimento demográfico do aumento da população idosa na RAM (INE, 2012). A população estudada, caracteriza-se ainda por ser maioritariamente do sexo feminino, cerca de 92.3%, fato este, que já tem sido demonstrado em vários estudos, revelando uma maior esperança média de vida à nascença das mulheres (Coimbra, 1999). Estes cenários, verificam-se também, no âmbito dos estudos recentes realizado em Portugal (Sousa, 2003a), e tendo em conta os resultados provisórios dos censos 2011 (INE, 2012). Através da análise sociodemográfica da população, depreendeu-se que a maioria apresenta um fraco nível de instrução, uma vez que, a maior parte dos idosos possui apenas o primeiro ciclo, cerca de 57.7% e 23.1% não possui estudos. Esta situação está novamente em concordância com os resultados de estudos anteriores, que indicam para uma maioria esmagadora de inquiridos que nunca frequentaram a escola, e aqueles que frequentaram foi por um número de anos reduzido (Saldanha, 1996). Esta situação, evidencia a estratificação social que proporciona a situações de desigualdades, onde a pobreza e os fatores sociais, influenciam de um modo exponencial o aparecimento de situações críticas para quem as vive, e devidas implicações no âmbito da qualidade de vida (Coimbra, 1999).

Os dados recolhidos através do EASY-care, permitiram avaliar a qualidade de vida e incapacidade percecionadas pelos idosos. Comparando o momento do início das atividades da academia com o fim das mesmas, que envolveram um intervalo de cerca de 4 meses, foi possível identificar, as áreas em que ocorreram alguns progressos dos idosos. Tendo em conta, que ocorreram melhorias praticamente em todas as dimensões, nomeadamente nas que se seguem: “Visão, Audição e Comunicação”, “Cuidar de si”,

“Mobilidade”, “Segurança”, “Manter-se Saudável”, “Saúde Mental e Bem-Estar” assim como na pontuação de independência e pontuação total no EASY-care. A pontuação de independência e o total do EASY-care no estudo, traduzem um aumento da qualidade de vida entre o primeiro e o segundo momento de avaliação. Estas alterações, ocorrem na sequência da melhoria em praticamente em todos os sete domínios estudados, na medida em que, ocorreu uma diminuição em praticamente todos os valores. Para o primeiro domínio, “Visão, Audição e Comunicação”, que se caracteriza por apresentar 0, como valor total de capacidade e melhor qualidade de vida, e 11 como máximo de incapacidade e pior qualidade de vida. Com um número de 26 idosos inquiridos, obtiveram-se scores médios de 0.5, no primeiro momento, e 0.3 no segundo momento. Tendo em conta, que o score médio no primeiro domínio, já era indicador de valor elevado de capacidade e qualidade de vida, os valores demonstraram-se ainda mais reduzidos no segundo momento, indicando melhorias na qualidade de vida e bem-estar do idoso. No segundo domínio, foram avaliadas as capacidades de “Autocuidado”, o score mínimo de capacidade e elevada qualidade de vida é 0, e o máximo para incapacidade e pior qualidade de vida é 29. Num total de 26 inquiridos, obteve-se no primeiro momento um score médio de 2.8 e no segundo momento 1.7, indicadores novamente, de um elevado grau de capacidade e elevada qualidade de vida. Nos domínios “Segurança”, “Mobilidade”, “Local de Residência” e “Manter-se Saudável”, ocorreram também diminuições dos scores totais e médios para os mesmos, indicando melhorias no âmbito da perceção da qualidade de vida e bem-estar dos idosos estudados. Os scores mais elevados, surgem no âmbito do domínio da “Saúde Mental e Bem-estar”, sendo indicadores, que ocorreram alguns deficits nesta área. O indicador de capacidade para este domínio é 0 e de incapacidade é 26. Na população estudada, verificou-se que no primeiro momento o score médio foi de 10.7, indicando o mais elevado indicador de incapacidade e qualidade de vida, que diminuiu para o segundo momento para um valor de 5.6, demonstrando melhorias na perceção da qualidade de vida dos idosos. Também é possível identificar o grau de “(In)/Dependência,” através da escala utilizada. Assim, para o resultado face à pontuação de “(In)/Dependência”, como se identifica na tabela 11, no primeiro momento obteve-se os seguintes valores: “Pontuação de (In)/Dependência”, um score médio de 2.8. Para o “Risco de falhas de Cuidado”, um score médio de 3.7 e para o “Risco de quedas” um score médio de 0.9, estes valores revelaram maiores situações de dependência. No segundo momento, os resultados foram “Pontuação de (In)/Dependência” um score médio de 1.8, para o

“Risco de falhas de Cuidado” score médio 0.88 e para o “Risco de quedas” score médio de 0.6. (Sousa, 2006). Assim, tendo em conta estes resultados, foi possível identificar, a percepção da qualidade de vida pelos próprios idosos. Atendendo que a qualidade de vida, refere-se ao nível de satisfação de vida, na qual influenciam múltiplos fatores, com os hábitos de vida, atividade física, percepção do bem-estar, ambiente e amizades (Neri, 2001a). Neste sentido, é importante perceber a influência no âmbito cultural, social e educativo na forma como se envelhece, e a maior ou menor valorização que é dada a este processo. É importante, que as sociedades estejam preparadas para a promoção da qualidade de vida, numa etapa que o declínio é uma tendência crescente. Esta situação implica considerar um conjunto de fatores multidimensionais, como a manutenção das redes sociais e atividades significativas, de forma a responder às necessidades dos idosos (Pinho, 2005).

A deterioração gradual da saúde e o aumento da probabilidade de sofrer de doenças e incapacidades, levam à necessidade de implementação de mais cuidados sociais e de saúde para terceira idade. Os preconceitos à volta de velhice, têm contribuído para reforçar a imagem do idoso como doente e incapacitado. Reforça-se o idadismo (discriminação com base na idade) que se caracteriza por provocar uma atitude negativa, que afeta o comportamento em relação aos mais velhos. Esta discriminação pode levar a que os idosos se vejam de acordo com a imagem social, isto é, incompetentes e incapazes e que não possuem utilidade. O estereótipo mais enraizado acerca da velhice, é o de que a pessoa idosa tem comportamentos conservadores, inflexíveis e rígidos, tendo dificuldades em mudar de comportamento, o que parece não ser confirmado nos estudos sobre a personalidade dos idosos (Lima, 1999 citado por Dinis, 2006). Esta tendência não se confirma no presente estudo, pelo contrário, acaba por questionar estas imagens criadas à volta da população idosa. Tendo em conta os dados obtidos, é possível identificar um núcleo razoável de idosos totalmente independentes, capazes de melhorar a sua própria qualidade de vida. Tendência essa, que já havia sido abordada num estudo realizado sobre a qualidade de vida anteriormente (Sousa, 2003a). Ainda, e em concordância com o estudo referido anteriormente, os resultados obtidos no presente estudo, apontam para a diversificação individual dos idosos, contrariando o preconceito que todos os idosos são iguais.

Realizando uma análise mais profunda dos resultados obtidos do estudo, nomeadamente analisando todos os domínios do instrumento de medida e as suas frequências absolutas, é perceptível identificar alguns fatores importantes que

determinam a qualidade de vida. No âmbito da percepção dos idosos, o estudo revela a tendência que os idosos consideraram a saúde, como uma perspectiva integradora da realidade em que se constrói vínculos ativos e transformadores (Osório, 2007b).

Entendendo-se assim, que uma boa saúde, é essencial para se manter a qualidade de vida e bem-estar (WHO, 1999a). Relativamente à sua saúde, 3.8% dos indivíduos estudados consideraram possuir uma “saúde fraca”, 73.1% considera a sua saúde “razoável”, 11.5% afirmou possuir uma “boa saúde” e por fim 3.8% respondeu ter uma “saúde excelente”. Estes resultados alteraram-se significativamente no segundo momento de avaliação, uma vez que, 0% dos inquiridos afirmou ter uma “saúde fraca”, 19.2% “saúde razoável”, 69.2% considerou a sua saúde como “boa”, 0% como “muito boa” e por fim 11.5% “excelente”. Os dados do estudo, vêm novamente ao encontro com os dados do Inquérito Nacional de Saúde, verificando-se que a maior parte dos idosos consideram a sua saúde geralmente como, fraca, razoável ou boa. Uma vez que, 15% da população considerava o seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom”, 46% considera “saúde razoável” e 39% considera a sua saúde como “má”, na faixa etária dos 65-74 anos de idade (INE, 2009). Vários estudos, concluem que o bem-estar é subjetivo e como tal, a percepção da qualidade de vida dos idosos não reside unicamente no efeito direto de como as pessoas se sentem fisicamente, mas sobretudo tendo em conta aquilo que a saúde permite que realizem (Diogo, 2003). O mesmo conceito, é defendido noutro estudo, defendendo que a saúde como resultado, das alterações ocorridos em todos os aspetos (Carvalho, 2000).

De acordo com o EASY- care, a dimensão “cuidar de si” é relevante pela associação a independência, que tem sido definida como a condição de quem recorre aos seus meios para a satisfação das suas necessidades (Sousa, Figueiredo, 2004).

A capacidade funcional, é fundamental para que o idoso tenha uma vida independente (Matsudo, 2009). As limitações na capacidade funcional comprometem a qualidade de vida (Lauu, 2001). Aliás este mesmo resultado emerge neste estudo, uma vez que, na dimensão a dimensão “mobilidade” observou-se uma evolução favorável entre o primeiro e no segundo momento. A análise dos dados, demonstra que os indivíduos inquiridos melhoraram a sua mobilidade do momento um para o momento dois da avaliação.

No que se refere ao domínio da segurança identificou-se diferentes aspetos, desde à “percepção do idoso sobre a sua segurança dentro e fora de casa”, “se de alguma vez se sentiu assediado ou ameaçado”, “se por alguma razão se sentiu discriminado” e se tem

“alguém a quem recorrer em situações de emergência”. Como foi possível constatar, os resultados foram consideravelmente favoráveis no segundo momento de análise em todos os itens. Isto, com exceção da questão se alguma vez se sentiu ameaçado(a) por alguém, visto não se ter registado qualquer alteração nos dados, do momento um para o momento dois. Viver na própria casa, é para os idosos uma dimensão integral da independência, pois simboliza a salvaguarda do sentido de integridade pessoal (Sousa, 2003). A segurança deve ser encarada, como uma vertente que abrange vários setores, onde todos devem reunir um conjunto de condições que oferecem as melhores condições de vida à população (OMS, 2005b).

A avaliação às questões sobre o local de residência e finanças, ao contrário dos outros itens, piorou do primeiro para o segundo momento de avaliação, uma vez que, identificou um aumento de insatisfação com o local da habitação. Esta situação, poderá ter sido motivada por um conjunto de inseguranças neste concelho, uma vez que ocorreram alguns assaltos nesta zona de residência durante o período de avaliação. É um aspeto muito importante que não deve deixado de ter em conta, ligado à importância atribuída à qualidade de vida sob o ponto de vista do ambiente. Definidos por estudos, como as necessidades sociais, de pertença, a identidade e a segurança (Matos, 2000). Assim, mais uma vez, compreende-se o papel importante do meio em que o idoso está inserido, como fator determinante na qualidade de vida e bem-estar do mesmo. Defendendo-se que o idoso inserido no seu meio ambiente familiar e social, possui melhores oportunidades para continuar a se desenvolver como cidadão ativo na sociedade. No entanto, sempre que surgem alterações no mesmo, podem alterar também os comportamentos dos idosos (Garcia, 1994). A proximidade com os vizinhos, amigos e ambiente social, é importante a nível psicológico, no sentido em que, irá diminuir o isolamento característico da idade, fomentando também para o desenvolvimento de um conjunto de atividades, que fazem com que o idoso se sinta valorizado e um elemento válido para a sociedade (Coimbra, 1999).

Aos valores obtidos para o domínio de “Manter-se saudável”, é de salientar que a maior parte dos resultados melhoraram do momento um para o momento dois. De acordo com análise dos resultados obtidos, foi possível constatar num primeiro momento de análise que apenas 38.5% dos idosos afirmou praticar exercício regularmente, ao passo que no segundo momento esse valor aumentou para 84.6%, entendendo-se que a prática de atividade física regular, melhora a qualidade de vida de bem-estar do idoso. Nos estudos realizados na Europa, nomeadamente em Espanha,

observou-se que os idosos envolvidos em atividades físicas apresentaram scores mais altos em praticamente todos os domínios analisados (Guallar-Castillon et al., 2004). Também outro estudo realizado para avaliar a qualidade de idosos, aponta para os benefícios da prática da atividade física, como melhoria da qualidade de vida nos idosos (Caporicci, 2011). As estratégias para a promoção de um estilo de vida ativo, devem ser encaradas como forma de incentivo à realização das atividades físicas em idosos, por forma a se obterem melhorias na qualidade de vida e bem-estar nesta faixa etária (Ferreira et al., 2005).

À questão sobre se os inquiridos ficam com falta de ar durante os exercícios, no segundo momento de análise, afirmou que não 88.5%, valor superior ao encontrado no primeiro momento 57.7%. Em relação à tensão arterial, numa primeira análise, 76.9% dos inquiridos responderam terem medido recentemente, ao passo que na análise posterior aquele valor passou para 96.2%. Numa primeira análise, 65.4% dos idosos afirma ter preocupação com o peso, posteriormente, esse valor foi de 26.9%. Novamente, os resultados do estudo, estão em concordância com os resultados de outros estudos, que defendem a importância na atividade física regular como papel fundamental na prevenção e controle de doenças crónicas não transmissíveis, na capacidade funcional, e na qualidade de vida durante o envelhecimento (Matsudo, 2009).

Na dimensão “saúde mental e bem-estar” observam-se algumas alterações: na percepção de saúde, uma vez que, numa primeira análise 73.1% dos inquiridos consideraram-na “Razoável”, 3.8% “Excelente”, 7.7% “Muito boa”, 11.5% “Boa”, 3.8% “Fracas”. Os valores no segundo momento de avaliação foram os seguintes: 11.5% “Excelente”, 69.2% “Boa” e 19.2% “Razoável”. Ou seja, entre o momento do início das atividades e sua conclusão há ganhos em saúde. Alguns estudos no âmbito desta temática, sugerem que o conjunto de doenças características ao processo de envelhecimento, podem ser reduzidas e prevenidas através da prática de exercício regular (Gimmis, 1993). A prática de atividade física regular, reduz o risco de mortalidade e aumenta a longevidade do ser humano (WHO, 2002c)

Os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice têm sido agrupados nas seguintes categorias: dor ou desconforto físico; ii) ambiente; iii) desconforto emocional; e iv) alterações no padrão do sono. Nessa última categoria, incluem-se as queixas sobre o tempo despendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o

sono, menor duração o sono noturno e acordar cedo pela manhã. O sono e o repouso são funções essenciais, pois são restauradoras na preservação da vida (Geib et al., 2003).

Nos problemas relacionados com o sono, no primeiro momento 30.2% afirmou ter tido problemas em dormir no mês anterior e 69.2% respondeu que não, no segundo momento 15.4% respondeu que teve problemas e 84.6% responderam que não.

Ainda neste domínio, e para a questão relacionada com as dores corporais identificou-se que no primeiro momento 61.5% respondeu que teve dores corporais no mês passado e 38.5% respondeu “não”, por outro lado, no segundo momento 15.4% respondeu que sim teve dores e 76.9% não teve dores.

Sentir-se sozinho foi outra dimensão do EASY-care, que sofreu grandes alterações entre os dois momentos de avaliação, uma vez que no primeiro momento os participantes responderam 84.6% “por vezes” e 11.5% e no segundo momento os valores alteraram-se significativamente para 61.5% a responder “nunca” e 30.8% a responder por vezes” e por fim 7.7% “muitas vezes”. A solidão diminui a qualidade de vida e amplia um pior prognóstico na idade avançada (Fernandes, 2007). Existe uma forte relação entre sintomas depressivos e solidão, sendo que a solidão predita declínio cognitivo.

Tendo em conta toda esta análise, e os diferentes estudos referidos, está mais que demonstrado a importância de respostas sociais, através de políticas eficientes para terceira idade. Tendo em conta, que muitos idosos conseguem se manter ativos ao longo da vida, é necessário oferecer-lhes ferramentas para que possam continuar neste processo. Assim, para além das políticas de apoio assistencial, é importante investir nas medidas de ocupação, educação, e autonomia, de forma a garantir a promoção da qualidade de vida na terceira idade (Sousa, 2003a).

4.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta algumas limitações sendo que foram salientadas aquelas que parecem mais importantes na interpretação dos resultados. O facto da população estudada ter sido muito reduzida, nomeadamente num total de apenas 26 idosos que possuíam os fatores de inclusão do estudo. Esta população reduzida, impede a realização de generalizações no estudo, impondo também algumas restrições na interpretação dos dados. O instrumento EASY-care, apresenta também algumas limitações psicométricas, exigindo a revisão de alguns itens (Sousa, 2003). O facto se

ter sido utilizada a versão de auto preenchimento do EASY-care, pode ter originado algumas gafes no preenchimento.

No entanto, é importante considerar a nível de perspetivas futuras, nomeadamente ao alargamento de estudos do género, de forma a envolver um maior número de indivíduos.

4.4 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO

Tendo este estudo como objetivo, conhecer os níveis de qualidade de vida e bem-estar percebido pelos participantes na Academia Sénior em dois momentos, pode constituir um ponto de partida para outros estudos na área. Através dos resultados positivos obtidos, verificamos que é muito importante a realizações de estudos na área da terceira idade. Na medida em que, estudos deste género permitem descrever um conjunto de cateterísticas das populações, De forma a promover intervenções mais adequadas às necessidades identificadas.

Mais pesquisa é necessária, nomeadamente longitudinal para melhor compreender a perceção dos idosos e da qualidade de vida e bem-estar ao longo do tempo e identificar variáveis que influenciem a mesma.

Esperamos que este estudo contribua para alertar os profissionais, e outras entidades na área da gerontologia, para a importância de monitorizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos na prática, e possivelmente identificá-la como um fundamento para a intervenção.

CONCLUSÕES

Neste capítulo começa-se por realizar um sumário do estudo realizado, realçando as conclusões mais importantes com base nos resultados obtidos.

Valorizar e melhorar a última etapa da vida, através da introdução de sentimentos de bem-estar e de sentido para a vida dos idosos, é um grande desafio para a sociedade, tendo em conta os dados do envelhecimento populacional. O aumento do número de idosos com necessidades de ocupação, implica a necessidade de respostas por parte da sociedade.

O estudo, surge da necessidade de conhecer a qualidade de vida dos idosos do concelho de Santa Cruz. Avaliou-se a perceção da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, que frequentaram um conjunto de atividades na Academia Sénior. Através de um estudo descritivo simples longitudinal, estudou-se a perceção da qualidade de vida dos idosos, avaliada em dois momentos. Foram tidos em conta, a descrição dos domínios que influenciam a qualidade de vida e bem-estar do idoso. Nomeadamente o grau de (in) dependência relativo à necessidade de apoio nas AVD, o risco de falha na prestação de atuo-cuidado e o risco de quedas. Foi estudada uma população de 26 idosos, com idades iguais ou superiores a 64 anos de idade, participantes num projeto educativo de uma academia sénior durante quatro meses. De acordo com os resultados obtidos, a maioria dos participantes no estudo tem idades superiores a 65 anos, 42.3% tem idades compreendias entre 70-74 anos, 30.8% entre 75-80 e 26.9% entre 65-69 anos de idade. Se num grupo tão reduzido, foi possível identificar um grande número de população mais idosa, pode ser reflexo da reconhecida existência de um número de idosos nas faixas etárias mais elevadas (INE, 2011).

Os resultados questionam as imagens criadas à volta da imagem do idoso e sobre a velhice. É importante ter em conta, que ao longo dos tempos os idosos da sociedade ocidental têm sido estereotipados negativamente como sendo inúteis, aborrecidos e dependentes. Isto é, por serem mais velhos e possuírem mais idade que o restante da população, são olhados como marginais aos restantes elementos na sociedade (Trabalho, 2001). Os dados obtidos no estudo, demonstram um conjunto de idosos totalmente independente, demonstrando que estas imagens acerca da velhice já se encontram ultrapassadas, no entanto, vêm ao encontro dos diversos estudos que apontam para o aumento da população idosa.

A pontuação de independência e o total do EASY-care no estudo, traduziram um aumento da qualidade de vida entre o primeiro e segundo momento de avaliação. Esta alterações, ocorreram na sequencia da melhoria em praticamente em todos os sete domínios estudados, na medida em que, ocorreu uma diminuição em praticamente todos os valores estudados (Sousa, 2003).

Estas alterações, ocorreram na sequência da melhoria em praticamente em todos os sete domínios estudados, na medida em que, ocorreu uma diminuição em praticamente todos os valores. Para o primeiro domínio, “Visão, Audição e Comunicação”, que se caracteriza por apresentar 0, como valor total de capacidade e melhor qualidade de vida, e 11 como máximo de incapacidade e pior qualidade de vida. Com um número de 26 idosos inquiridos, obtiveram-se scores médios de 0.5, no primeiro momento, e 0.3 no segundo momento. Tendo em conta, que o score médio no primeiro domínio, já era indicador de valor elevado de capacidade e qualidade de vida, os valores demonstraram-se ainda mais reduzidos no segundo momento, indicando melhorias na qualidade de vida e bem-estar do idoso. No segundo domínio, foram avaliadas as capacidades de “Autocuidado”, o score mínimo de capacidade e elevada qualidade de vida é 0, e o máximo para incapacidade e pior qualidade de vida é 29. Num total de 26 inquiridos, obteve-se no primeiro momento um score médio de 2.8 e no segundo momento 1.7, indicadores novamente, de um elevado grau de capacidade e elevada qualidade de vida. Nos domínios “Segurança”, “Mobilidade”, “Local de Residência” e “Manter-se Saudável”, ocorreram também diminuições dos scores totais e médios para os mesmos, indicando melhorias no âmbito da perceção da qualidade de vida e bem-estar dos idosos estudados. Os scores mais elevados, surgem no âmbito do domínio da “Saúde Mental e Bem-estar”, sendo indicadores, que ocorreram alguns deficits nesta área. O indicador de capacidade para este domínio é 0 e de incapacidade é 26. Na população estudada, verificou-se que no primeiro momento o score médio foi de 10.7, indicando o mais elevado indicador de incapacidade e qualidade de vida, que diminuiu para o segundo momento para um valor de 5.6, demonstrando melhorias na perceção da qualidade de vida dos idosos. Também é possível identificar o grau de “(In)/Dependência,” através da escala utilizada. Assim, para o resultado face à pontuação de “(In)/Dependência”, como se identifica na tabela 11, no primeiro momento obteve-se os seguintes valores: “Pontuação de (In)/Dependência”, um score médio de 2.8. Para o “Risco de falhas de Cuidado”, um score médio de 3.7 e para o “Risco de quedas” um score médio de 0.9, estes valores revelaram maiores situações de dependência. No segundo momento, os resultados foram “Pontuação de (In)/Dependência” um score médio de 1.8, para o “Risco de falhas de Cuidado” score médio 0.88 e para o “Risco de quedas” score médio de 0.6, revelando melhorias e elevada independência.

Denota-se assim, que o ser humano vai viver durante mais anos, e como tal é importante apostar na qualidade de vida desses anos. No entanto, é preciso compreender

que não podemos tratar todos os idosos da mesma forma, na medida em que, existe uma grande diversidade individual, o que mais uma vez contraria o preconceito social que afirma que os *velhos são todos iguais* (Berger, 1995) De acordo com o presente estudo a situações dos idosos varia de acordo com o seu nível de dependência e a sua perceção face à qualidade de vida.

É certo, que o campo da promoção da qualidade de vida e bem-estar, é multifacetado quanto à tendências teórico-metodológicos e às estratégias de pesquisas, apresentando perfis distintos entre os idosos estudados. É importante promover iniciativas que incorporam indicadores da qualidade de vida e bem-estar subjetivo, relacionadas a paradigmas recentes do envelhecimento ativo e bem-sucedido (Assis, 2002).

As respostas sociais através das políticas sociais e diferentes programas de apoio à terceira idade são muito importantes na medida em que muitos idosos se mantêm plenamente capazes, para além de enfatizar apenas a vertente assistencial, deverão fomentar a ocupação de tempos livres, a aprendizagem, a educação e autonomia (Sousa, 2003).

(...) A criação de um espaço de convívio educacional e social representa, para o segmento das pessoas mais velhas e mais conscientes, uma nova perspetiva de viver e de participar, ... permitindo aos idosos se poderem observar como cidadãos ativos e participantes, recuperando a sua auto-estima e mostrar à sociedade e aos seus familiares a sua capacidade de agirem sós e lutarem pelos seus direitos de cidadania, tornando-se elementos socialmente interventores (Neto, 2008, p. 4).

Através de uma resposta socioeducativa adequada, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 64 anos. As Universidades Seniores, Universidades da Terceira Idade ou Academia Seniores, independente da denominação são sempre um espaço privilegiado de inserção e participação social dos mais velhos. Através das várias atividades desenvolvidas através de aulas, visitas, oficinas, blogs, revistas e jornais, grupos de música ou teatro, voluntariado, etc, os seniores sentem úteis, ativos e participativos (Jacinto, 2005)A realização deste estudo, permitiu ainda realizar uma análise ao fenómeno do envelhecimento e suas repercussões sociais, económicas e políticas. Analisou-se a qualidade de vida e bem-estar dos idosos, identificando múltiplos fatores que implicam e determinam a qualidade de vida. Estes fatores possibilitam identificar áreas de intervenção junto dos idosos, família,

comunidade, numa perspetiva global e não isolada ou parcial para dinamizar e desenvolver atividades e/ou atitudes preventivas de modo a suavizar os condicionamento próprios do envelhecimento (Coimbra, 1999).

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, M. (1991). *Pierre Bourdieu e o Gênero: possibilidades e críticas*. Rio de Janeiro: IUPERJ.
- Assis, M., Hartz, Z. M., & Valla, V. V. (2002). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciências & Saúde*, pp. 557-580.
- Auad, D. (Dezembro/Fevereiro de 2003). Educação para a democracia e co-educação: apontamentos a partir da categoria gênero. *Revista USP*, pp. 136-143.
- Barros, R. L. (2001). *Cultura - Um conceito Antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Berger, L., & Poirier, D. M. (1995). Pessoas Idosas - Uma Abordagem Global. In L. Berger, & D. M. Poirier, *Pessoas Idosas - Uma Abordagem Global* (pp. 30-56). Lisboa: Lusodidacta.
- Boas, F. (1964). *Cuestiones fundamentales de antropología cultural*. Buenos Aires: Solar/Hachete.
- Botelho, J. (2005). *A funcionalidade dos idosos*. Lisboa: Clempsi Editora.
- Bowling. (2007). Aspirations for older age in the 21 century: what is successful ageing? *International J Aging Human*, 263-297.
- Bowling. (2009). Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples. *Age Aging*.
- Bromer, J., & Henly, J. R. (2004). Child care as family support: Caregiving practices across child care providers. *Children and Youth Services Review*.
- Cabral . (Dezembro de 1992). O que é qualidade de vida. Perspectiva económica. *Cadernos de Bio-ética*.
- Caporicci, S., & Neto, M. F. (2011). Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motricidade*, pp. 15-24.
- Cardia, E., & Ng, S. (6 de 2003). Intergerational time tranfes and chidcare. *Review of Economic Dynamics*, pp. 431-454.
- Carvalho. (2000). *O tabagismo visto sob vários aspectos*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Coimbra, J. A., & Brito, I. D. (Novembro de 1999). Qualidade de Vida do Idoso. *Referência*, pp. 28-35.
- Conte. (2005). Qualidade de vida e actividade física em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*.
- Cutler, S. J., & Henderick, J. (2001). *Emerging social trends*. California: Academic Press.

- Dacher, J. E. (1989). Rehabilitation and geriatric patient. *Nurs.Clin.North.Am.*, pp. 225-237.
- Delphy, C. (1991). *Penser le genre*. Paris: CNRS.
- DGS. (sd). *Programa Nacional de Saúde- Programa nacional para a saúde das pessoas idosas:Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Portugal: Ministério da Saúde.
- Diogo, M. J. (Janeiro de 2003). A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação dos membros inferiores. *Rev.Latino-am.Enfermagem*, pp. 59-64.
- Dosil, J. (2004). *Psicologia de la Actividade Física y del Desporte*. Madrid: McGraw-hill.
- DRS. (2004). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Regional de Saúde.
- Estatística, D. R. (2009). *Anuário Estatístico da Região Autónoma da Madeira*. Funchal: Direcção Regional de Estatística.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em Idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança - Dissertação de mestrado em Psicologia não Publicado apresentado à faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto*. Porto.
- Ferreira, M., Matsudo, S., Matsudo, V., & Braggion, G. (2005). Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas entre 50 a 72 anos de idade. *Sociedade Brasileira de Medicina*, pp. 1-4.
- Ferry, E. A. (2004). *A nutrição da Pessoa Idosa*. Loures: Lusociência.
- Filho, A. T. (Junho de 2005). Uma questão de gênero:onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cadernos Pagu*, pp. 127-152.
- Fonseca. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fortin, M. -F. (2003). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Foster, G. (1964). *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*. México : Fondo de Cultura Económica.
- Freedman, M. e. (2001). *Implicações do Envelhecimento da população para a saúde geriátrica*. Rio de Janeiro: Koogan.

- Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado - estratégias para melhorar a prescrição. *Saúde dos Idosos*, pp. 747-52.
- Garcia, L. M. (1994). Dependência em idosos. *Nursing*, pp. 8-11.
- Gautrar, M. L. (1985). “*A la Recherche du 3º Age-elements de gerontologie sociale*”. Paris: Armand Colin Actualité.
- Geib, L. T., Neto, A. C., Wainberg, R., & Nunes, M. L. (12 de Dezembro de 2003). Sono e Envelhecimento. *Arigos de Revisão*, pp. 453-465.
- Gimmis, M. J., & Foege, W. (1993). Actual causes of Death in the United States. *JAMA*, p. 270277.
- Gonçalves, D., Martin, Í., Guedes, J., Pinto, F. C., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da Qualidade de vida dos idosos Portugueses através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, pp. 137-143.
- Gray, M. J. (1996). *Preventive Medicine*. Londres: BMJ Publishing Group.
- Guallar-Castillon, P., Santa-Olalla, P., Banegos, J. R., López, E., & Artalejo, F. R. (2004). Actividad Física y Calidade de Vida de La Populacion Adulta Maior em Espanha. *Medicina Clínica*, pp. 606-610.
- Heikkinem. (2000). *Ageing in autobiographil context*. Ageing and Society.
- Helman, C. (1994). *Relação médico-paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Henriques. (Março de 2007). Qualidade de Vida de Idosos em Lares e Centros de Dia.
- Herzog, A. R., & Morgan, J. M. (1993). Formal Volunteer Work Among Older Americans. *Achieving a Productive Ageing Society*, pp. 119-142.
- Hogstel, M. O., & Gaul, A. L. (1991). Safety or autonomy and ethical issue for clinical gerontological. *J.Gerontol.Nurs*, pp. 6-11.
- IDP. (2009). Orientações da União Europeia para Activida Fisica. *Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e Bem-Estar*.
- INE. (2002). O Envelhecimento em Portugal:Situação Demográfica socio- económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, pp. 187-205.
- INE. (2006). *Inquérito Nacional de Sáude*. Lisboa: INE.
- INE. (2011). Resultados Provisórios dos Censos 2011. *População residente, segundo grupos etários e sexo*, pp. 1-2.
- INE. (3 de Fevereiro de 2012). Resultados Pré-definitivos. *Resultados Pré-definitivos*, pp. 1-7.
- INE, & Jorge, I. N. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde*. Lisboa: INE.

- Jacinto, L. M. (2005). As Universidades da Terceira Idade: Um exemplo de educação para adultos. pp. 1-23.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Lisboa: Âmbar.
- Kahn, J. (1975). *El concepto de cultura: textos fundamentales*. Barcelona: Anagrama.
- Kirkwood, T. (1996). *Mechanisms of Ageing*. Londres: S & kalache.
- Lauu, A., & Macenna, K. (2001). Conceptualizing quality of life or elderly people with stroke. *Disability and Rehabilitation*, pp. 227-238.
- Leal, C. M. (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*.
- Lemieux, A. (1997). *Los Prgramas Universitarios para Mayores*. Madrid: Ministério de Trabajo y asuntos Sociales.
- Linton, R. (1965). *O homem: uma introdução à antropologia*. São Paulo: Martins.
- Magalhães, E. E. (2004). *A depressão no idoso*. Badajoz: Universidade de Extremadura.
- Malinowski, B. (1962). *Uma teoria científica da cultura*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística*. Edições Sílabo.
- Marques, A. (2010). *Transformando as Oportunidades em Saúde e Bem-estar*. Obtido em 17 de Junho de 2011, de Qualidade de vida: http://www.aceesportes.com.br/a/index.php?option=com_content&view=article&id=48%3Aqualidade-de-vida&catid=34&Itemid=69
- Marques, M. T. (2008). Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. *VI Congresso Português de Sociologia* (p. 12). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Martín, S. (1990). *Epidemiologia de la vejez*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social:alguns dados sobre fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, pp. 243-253.
- Matsudo, S. M. (2009). Envelhecimento, atividade física e saúde. *Boletim do Instituto de saúde*.
- Medicine, A. C. (Setembro de 2007). Physical Activity and Public Health in older Adults, Recomentaion of American College of Sports Medicine and the American Hearth Association.
- Meirelles, A. E. (2000). Atividade Física na Terceira Idade. *Sprint*.

- Navarro. (2007). Obtido em 12 de Agosto de 2011, de <http://www.comofazer.org/outras/perspectiva-economica-do-conceito-de-qualidade-de-vida/>
- Neri. (2001a). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas e sociológicas*. São Paulo: Papirus.
- Neri, A. L. (2006a). *O legado de Paul B Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e Envelhecimento*. Obtido em 14 de Junho de 2011, de O legado de Paul B Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e Envelhecimento: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol14n1/pdf/v14n01a05.pdf>
- Neto, H. (2008). *Universidades da Terceira Idade, Da Solidão à motivação*.
- Nieman, David C. (1999). *Exercício e Saúde*. São Paulo: Manole.
- OECD. (2010). *Health at a Glance. Health at a Glance*. Europe: OECD.
- Oliveira, e. a. (2008). Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. pp. 335-345.
- OMS. (1998a). Obtido em 10 de Agosto de 2011, de Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL): <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html>
- OMS. (2005b). *Envelhecimento Activo, uma política*. Brasília: Pan Americana.
- OMS. (2010c). *Determinantes sociais da saúde, OMS renova desafio em 2010*. Obtido em 15 de Junho de 2011, de Almamix: http://www.almamix.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=118:oms-saude-2010&catid=21:saude&Itemid=97
- ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Obtido em 12 de Dezembro de 2012, de Organização das Nações Unidas: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/portugues/Universal.html>
- Osório, A. R. (2007b). *Educação Permantente E Educação de Adultos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas, Contexto Social e Internvenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Patel, R. (Junho de 2003). Polypharmacy and the elderly. *Infus Nurs*, pp. 166-169.
- Paúl. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Clempsi.
- Pavarini, S. C., & Neri, A. L. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais 5ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pinho, M. M. (2005). *Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos docentes do lar "X", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos residentes em casa. Dissertação de mestrado*. 2005: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Priberam. (2012). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Obtido em 05 de Junho de 2012, de Dicionário Priberam da Língua Portuguesa: <http://www.priberam.pt/dlpo/sobre.aspx>
- Queiroz, M. (1993). *Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Cadernos.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: LIDEL.
- Rozario, P., Morrow, N. H., & Hinterlon, J. (2004). Role Enhancement or Role Strain: Assessing the Impact of the Multiple Productive Roles on Older Caregiver Wellbeing. *Research on Ageing*, pp. 413-428.
- Sadock, K. e. (1946). *Compêndio da Psiquiatria Dinâmica*. Porto Alegre: Artes Média Sul.
- Saldanha, M. H. (1996). Envelhecimento da mulher, perspectiva sociológica. *Geriatrics*, pp. 5-9.
- Santos, D. I. (2008). *As vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Scott, J. W. (Julho de 1990). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, p. 5.
- Sé, E. V. (sd). *Caminhos par ao bem-estar integral*. Obtido em 6 de Fevereiro de 2012, de *Mente na Terceira Idade*: http://www2.uol.com.br/vyaestelar/autonomia_funcional_velhice.htm
- Solidariedade, M. d. (2009). *Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- Sousa. (2003a). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, pp. 364-371.
- Sousa. (2006). *Envelhecer em família, Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório da população portuguesa. *Revista de Saúde pública*, pp. 364-371.

- Teixeira, M. (1999). *Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice: um diagnóstico*. Florianópolis: UFSC.
- Teixeira, P. (Junho de 2006). *Envelhecimento Passo a Passo*. Obtido em 13 de Junho de 2011, de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf>
- Trabalho, M. d. (2001). *Protecção da acção social - Pessoa Idosa*. Ministério da Segurança Social e do Trabalho: Lisboa.
- Tylor, E. B. (1903). *Primitive Culture*. London: John Murray.
- Unesco. (1997a). *Conferência de Hamburgo*. Hamburgo: Unesco.
- Unesco. (2005b). Década das Nações Unidas da Educação para o Desenvolvimento Sustentável. *Documento final do esquema internacional de implementação*. Brasília: Unesco.
- Vaz, E. (Abril de 1998). Mais idade e menos cidadania. *Análise Psicológica*, pp. 621-623.
- Veloso, E. C. (2006). *As universidades de Terceira Idade em Portugal- Contributos para uma Caracterização*.
- Vieira. (2003). *Qualidade de Vida e Suporte Social dos idosos em Ambiente Institucional - Contributos da Bioética*. Porto: Universidade do Porto.
- Ware, J. (sd). *SF-36 ORG*. Obtido em 10 de Agosto de 2011, de <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
- Weinberg. (2001). *Fundamentos da Psicologia de Esporte e do Exercício*. São Paulo: Artmed.
- WHO. (1999a). *Ageing-exploding the myths.Ageins and Life Course*. Genova: AHE.
- WHO. (2001). *Men, Ageing Health: Acheieving Health across the life Spam*. World Health Organization.
- WHO. (2002). *Active Ageing*. World Health Organization.
- WHO. (2002c). *Active Agein A Policy Framework*. Canada: WHO.
- WHO. (2002d). *Missing voices:views of older persons on elder abuse*. Genebra: World Health Organization.
- WHO. (2003e). *Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization*. Geneva: WHO.
- Yuni, J. A. (Junho de 2008). Condiciones y Capacidades de los educadores de adultos mayores: la visión de los participantes. *Revista Argentina de Sociologia*, pp. 184-198.

Zanini, E. a. (2006). *Prevalência e fatores associados ao consumo de cigarros entre estudantes de*. Rio grande do Sul: Cadernos de Saúde Pública.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Medida



EASY-Care Research 2010

Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas

Versão para Auto-Preenchimento

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

A avaliação incidirá em informação sócio-demográfica e questões relativas a:

- Visão, audição e comunicação;
- Cuidar de si (auto-cuidado);
- Mobilidade;
- Segurança;
- Local de residência e finanças;
- Manter-se saudável;
- Saúde mental e bem-estar.

As respostas às questões do *EASY-Care Clinical* podem ser utilizadas para calcular: uma pontuação global de (in)dependência, relativa à necessidade de apoio nas actividades de vida diária (AVD); o risco de falha na prestação de auto-cuidados, que potencia a admissão hospitalar de emergência; e o risco de quedas. Pode ainda ser obtida uma pontuação global por cada um dos sete domínios (visão, audição e comunicação; cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar). Pontuações mais elevadas indicam pior qualidade de vida e maior incapacidade. Estas pontuações serão efectuadas pelo profissional de saúde ou de acção social a seguir identificado:

Nome do Técnico: _____

Código de identificação: _____

Data de recolha de dados: ____ / ____ / ____

Informação Pessoal

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade: _____
3. Área de residência: Rural Urbana
4. Estado civil actual:
- Solteiro Casado(a)/união de facto
- Divorciado(a)/Separado(a) Viúvo(a)
5. Anos de educação formal: _____
6. De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês?
- Não chega para as necessidades É mesmo à justa para as necessidades
- Sobra algum dinheiro
7. Com quem vive?
- Sozinho Em casal Com família alargada Em instituição
- Outra situação Qual? _____
8. Situação profissional
- Empregado(a) a tempo inteiro Empregado(a) a tempo parcial
- Desempregado(a) Doméstica Pensionista
- Reformado(a) Estudante
9. Cuida actualmente de alguém? Sim Não
10. Tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados? Sim Não

1. Visão, Audição e Comunicação

- 1.1. Consegue ver (com óculos, se usar)?
- Sim Com dificuldade Não vê nada
- 1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?
- Sim Com dificuldade Não ouve nada
- 1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?
- Não tem dificuldade Dificuldade com algumas pessoas
- Dificuldade considerável com todas as pessoas
- 1.4. Consegue utilizar o telefone?
- Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números Com alguma ajuda
- Ou não consegue utilizar o telefone?

2. Cuidar de Si (Auto-cuidado)

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

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

2.2. Consegue vestir-se?

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

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) Ou não consegue vestir-se?

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda Ou precisa de alguma ajuda?

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda Ou precisa de alguma ajuda?

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar chão, etc.)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas) Ou não consegue fazer qualquer tarefa doméstica?

2.6. Consegue preparar as suas refeições?

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

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

2.7. Consegue alimentar-se?

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

Ou não consegue alimentar-se?

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

Não Sim

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas)

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

Ou não consegue tomar os seus medicamentos?

2.10. Já teve algum problema com a sua pele (por exemplo, úlceras na perna, úlceras de pressão)?

Não Sim

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia)

Ou tem acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda de uma algália?

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana)

Ou tem acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister?

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita / cadeira sanitária, despir o necessário, limpar-se e sair)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se)

Ou não consegue utilizar a sanita / cadeira sanitária?

3. Mobilidade

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

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

3.2. Tem problemas com os seus pés?

Não Sim

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda Numa cadeira de rodas sem ajuda

Com alguma ajuda Ou está acamado(a)?

3.4. Consegue subir e descer escadas?

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

Com alguma ajuda Ou não consegue subir e descer escadas?

3.5. Nos últimos doze meses caiu alguma vez?

Não Uma vez Duas vezes ou mais

3.6. Consegue andar no exterior?

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

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras)

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

Ou não consegue ir às compras?

3.8. Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (tais como, consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade Com alguma ajuda

Ou não consegue deslocar-se a serviços públicos?

4. Segurança

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim Não

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim Não

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém?

Sim Não

4.4. Sente-se discriminado(a) por alguma razão (por exemplo, idade, sexo, raça, religião, incapacidade)?

Sim Não

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou de emergência?

Sim Não

5. Local de Residência e Finanças

5.1. De uma forma geral está satisfeito(a) com o seu local de residência?

Sim Não

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim Não

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito?

Sim Não

6. Manter-se saudável

6.1. Pratica exercício regularmente?

Sim Não

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Sim Não

Se sim: em repouso à noite a subir/descer escadas
na posição horizontal

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, etc.)?

Sim Não

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Sim Não

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim Não

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Com excesso de peso Com perda de peso Não tem preocupações

6.7. Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia?

Sim Não

7. Saúde mental e bem-estar

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, passatempos, trabalho e outras actividades de aprendizagem que sejam importantes para si?

Sim Não

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente Muito boa Boa Razoável Fraca

7.3. Sente-se sozinho(a)?

Nunca Por vezes Muitas vezes

7.4. Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto?

Sim Não

7.5. Teve alguns problemas em dormir no mês passado?

Sim Não

7.6. Teve dores corporais no mês passado?

Sim Não

Se sim: Muito suaves Suaves Moderadas Fortes

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?

Sim Não

7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Sim Não

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?

Sim Não

As secções seguintes serão preenchidas pelo profissional de saúde ou acção social (a destacar)

Consentimento

A informação registada durante esta avaliação poderá ser utilizada no planeamento de futuros serviços ou para fins de investigação. Esta informação será anónima, para que não seja identificado(a). Autoriza que a informação registada durante esta avaliação seja utilizada para fins de planeamento de futuros serviços ou para fins de investigação?

Sim Não

Assinatura do Entrevistado: _____

8. Pontuação de (In)Dependência

As questões que se seguem da avaliação *EASY-Care*, relativas às necessidades e prioridades actuais, encontram-se associadas à necessidade de cuidados e de apoio. Pontuações elevadas indicam níveis de necessidade de apoio elevados.

Indicador da necessidade de suporte (pontuações entre parêntesis)	Questão	Pontuação
Não consegue utilizar o telefone (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 1.4	
Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5), sem ajuda (0)	Q 2.1	
Não consegue vestir-se (6), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	Q 2.2	
Não consegue tomar banho/duche (5), sem ajuda (0)	Q 2.4	
Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda(0)	Q 2.5	
Não consegue preparar refeições (5), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 2.6	
Não consegue alimentar-se (8), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)	Q 2.7	
Não consegue tomar medicamentos (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 2.9	
Acidentes frequentes de bexiga (8), ocasionais (5), sem acidentes (0)	Q 2.11	
Acidentes frequentes de intestinos (8), ocasionais (6), sem acidentes (0)	Q 2.12	
Não consegue utilizar a sanita (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	Q 2.13	
Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	Q 3.1	
Acamado (8), precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), de cadeira de rodas sem ajuda (5), sem ajuda (0)	Q 3.3	
Não consegue subir nem descer escadas (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 3.4	
Não consegue andar no exterior (6), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)	Q 3.6	
Não consegue ir às compras (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	Q 3.7	
Não consegue deslocar-se a serviços públicos (5), com alguma ajuda (2), sem dificuldade (0)	Q 3.8	
Não consegue gerir as finanças (4), capaz de gerir (0)	Q 5.2	
Pontuação Total (0-100)		

9. Risco de Falha do Cuidado

As questões que se seguem da avaliação *EASY-Care*, relativas às necessidades e prioridades actuais, demonstraram constituir preditores do aumento de risco de admissão hospitalar. Pontuações mais elevadas predizem um aumento do risco.

Indicador de risco	Questões	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a vestir-se	Q 2.2	
tomar banho	Q 2.4	
alimentar-se	Q 2.7	
usar a sanita	Q 2.13	
Alguns acidentes com a bexiga	Q 2.11	
Alguma queda nos últimos 12 meses	Q 3.5	
Preocupações com perda de peso	Q 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	Q 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	Q 7.6	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	Q 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	Q 7.8	
Perda de memória ou esquecimentos	Q 7.9	
Total (de 12)		

10. Risco de Quedas

As questões que se seguem da avaliação *EASY-Care* predizem um aumento do risco de quedas e/ou de lesões que resultam das mesmas. Três ou mais itens positivos indicam um risco de quedas elevado.

Indicador de risco	Questões	Atribuir 1 ponto a cada um
Tem dificuldade em ver	Q 1.1	
Dificuldade em deslocar-se (da cama para a cadeira)	Q 3.1	
Problemas com os seus pés	Q 3.2	
Uma ou mais quedas no último ano	Q 3.5	
Incapaz de sair de casa	Q 3.6	
Falta de segurança no domicílio	Q 4.1	
Falta de segurança fora de casa	Q 4.2	
Ingestão excessiva de álcool	Q 6.4	
Total (de 8)		

ANEXO B – Dados

Anexos

		Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Género	Masculino	2	7.7%
	Feminino	24	92.3%
Idade	65-69	7	26.9%
	70-74	11	42.3%
	75-80	8	30.8%
Estado Civil	Solteiro	2	7.7%
	Casado /União Facto	7	26.9%
	Divorciado / Separado	2	7.7%
	Viúvo	15	57.7%
Habilitações Literárias	Não Escolarizado	6	23.1%
	1º Ciclo	15	57.7%
	2º Ciclo	3	11.5%
	Secundário	2	7.7%

		Frequências Absolutas	Frequências Relativas
Agregado Familiar	Vive Sozinho	18	69.2%
	Vive em casal	5	19.2%
	Vive com família alargada	2	7.7%
	Outra situação	1	3.8%
Situação Profissional	Domestica	1	3.8%
	Pensionista	1	3.8%
	Reformado	24	92.3%
Rendimentos familiares	Não chega para as necessidades	6	23.1%
	É mesmo ajusta para as necessidade	19	73.1%
	Sobra algum dinheiro	1	3.8%

	Momento I	Momento II
Capacidade visual		
Sim	84.6%	92.3%
Com dificuldade	15.4%	7.7%
Capacidade auditiva		
Sim	88.5%	96.2%
Com dificuldade	11.5%	3.8%
Capacidade verbal		
Não tem dificuldade	100%	96.2%
Com algumas pessoas	-	3.8%
Consegue utilizar o telefone		
Sem ajuda	88.5%	96.2%
Com alguma ajuda	7.7%	3.8%
Não consegue	3.8%	-

	Momento I	Momento II
Consegue cuidar da sua aparência pessoal		
Sem ajuda	100%	100%
Consegue vestir-se		
Sem ajuda	100%	100%
Consegue lavar as mãos e a cara		
Sem ajuda	100%	100%
Consegue utilizar a banheira ou o duche		
Sem ajuda	100%	100%
Consegue fazer as suas tarefas domésticas		
Sem ajuda	84.6%	84.6%
Com alguma ajuda	15.4%	15.4%
Consegue preparar as suas refeições		
Sem ajuda	100%	100%
Consegue alimentar-se		
Sem ajuda	100%	100%
Tem algum(ns) problema(s) com a sua boca ou dentes		
Não	61.5%	61.5%
Sim	38.5%	38.5%
Consegue tomar os seus medicamentos		
Sem ajuda	96.2%	96.2%
Não consegue	3.8%	3.8%
Já teve algum problema com a sua pele		
Não	80.8%	80.8%
Sim	19.2%	19.2%
Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)		
Não tem	92.3%	92.3%
Tem acidentes ocasionais	7.7%	7.7%
Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)		
Não tem	96.2%	96.2%
Tem acidentes ocasionais	3.8%	3.8%
Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)		
Sem ajuda	100%	100%

Anexos

	Momento I	Momento II
Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra		
Sem ajuda	100%	100%
Tem problemas com os seus pés		
Não	76.9%	88.5%
Sim	23.1%	11.5%
Consegue deslocar-se dentro de casa		
Sem ajuda	100%	96.2%
Numa cadeira de rodas sem ajuda	-	3.8%
Consegue subir e descer escadas		
Sem ajuda	96.2%	100%
Com alguma ajuda	3.8%	-
Nos últimos doze meses caiu alguma vez		
Não	84.6%	84.6%
Uma vez	3.8%	11.5%
Duas ou mais	11.5%	3.8%
Consegue andar no exterior		
Sem ajuda	100%	100%
Consegue ir às compras		
Sem ajuda	88.5%	92.3%
Com alguma ajuda	7.7%	7.7%
Não consegue	3.8%	-
Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos		
Não tem	88.5%	92.3%
Com alguma ajuda	11.5%	7.7%

	Momento I	Momento II
Sente-se seguro dentro da sua casa		
Sim	88.5%	92.3%
Não	11.5%	7.7%
Sente-se seguro fora da sua casa		
Sim	80.8%	88.5%
Não	19.2%	11.5%
Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém		
Sim	30.8%	30.8%
Não	69.2%	69.2%
Sente-se discriminado(a) por alguma razão (por exemplo, idade, sexo, raça, religião, incapacidade)		
Sim	23.1%	3.8%
Não	76.9%	96.2%
Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou de emergência		
Sim	65.4%	69.2%
Não	34.6%	30.8%

	Momento I	Momento II
De uma forma geral está satisfeito(a) com o seu local de residência		
Sim	100%	96.2%
Não	-	3.8%
Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros		
Sim	100%	96.2%
Não	-	3.8%
Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito		
Sim	88.5%	88.5%
Não	11.5%	11.5%

	Momento I	Momento II
Pratica exercício regularmente		
Sim	38.5%	84.6%
Não	61.5%	15.4%
Fica com falta de ar durante as atividades normais		
Sim	42.3%	11.5%
Não	54.7%	88.5%
Se sim		
À noite	11.5%	11.5%
A subir ou descer escadas	29.6%	3.8%
Na posição horizontal	-	3.8%
Fuma tabaco		
Sim	3.8%	3.8%
Não	96.2%	96.2%
Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas		
Sim	7.7%	7.7%
Não	92.3%	92.3%
A sua tenção arterial foi verificada recentemente		
Sim	76.9%	96.2%
Não	23.1%	3.8%
Tem alguma preocupação com o seu peso		
Com excesso de peso	53.8%	26.9%
Com perda de peso	11.5%	-
Não tem	34.6%	73.1%
Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia		
Sim	88.5%	84.6%
Não	11.5%	15.4%

	Momento I	Momento II
Consegue realizar atividades de lazer		
Sim	88.5%	100.0%
Não	11.5%	-
De uma forma geral diria que a sua saúde é		
Excelente	3.8%	11.5%
Muito Boa	7.7%	-
Boa	11.5%	69.2%
Razoável	73.1%	19.2%
Fraca	3.8%	-
Sente-se sozinho		
Nunca	3.8%	61.5%
Por vezes	84.6%	30.8%
Muitas vezes	11.5%	7.7%
Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto		
Sim	15.4%	7.7%
Não	84.6%	92.6%
Teve problema em dormir no mês passado		
Sim	30.8%	15.4%
Não	69.2%	84.6%
Teve dores corporais no mês passado		
Sim	61.5%	23.1%
Não	38.5%	76.9%
Se sim		
Muito suaves	15.4%	3.8%
Suaves	38.5%	-
Moderadas	7.7%	11.5%
Fortes	7.7%	7.7%
No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)		
Sim	61.5%	7.7%
Não	38.5%	92.3%
No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer		
Sim	84.6%	11.5%
Não	15.4%	88.5%
Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos		
Sim	84.6%	11.5%
Não	15.4%	88.5%

	Momento I	Momento II
Pontuação de (In)Dependência	74	47
Risco de falhas de cuidado	96	23
Risco de quedas	24	16

Análise dos sete domínios:

Domínio	Momento I	Momento II
Visão, Audição e Comunicação	14	7
Cuida de Si (Autocuidado)	72	43
Mobilidade	27	20
Segurança	31	22
Local de Residência e Finanças	3	8
Manter-se Saudável	39	14
Saúde Mental e Bem-Estar	262	147

ANEXO C – Consentimento Informado



Dados do Participante – Ficha de Identificação

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ / _____

Habilitações Literárias: _____

Consentimento

Eu _____, fui informado que realizei um conjunto de avaliações (EASY- care) no domínio do Bem-Estar Físico, Mental e Social no âmbito do projeto “Academia Sénior – A Força de Ir Mais Além” a ser aplicado no Município de Santa Cruz, pelas alunas do Mestrado de Gerontologia – Especialidade em Gerontologia Social da Universidade da Madeira, Cristina Sofia Gouveia e Fátima Luísa de Sousa. Os dados obtidos com estes testes visam avaliar problemas diversificados na população idosa (+ 65 anos). Todas estas utilizações dos dados estão de acordo com os padrões de confidencialidade e proteção de dados.

Li, compreendo e aceito os termos acima referidos e ofereço-me como voluntário para participar no projeto “Academia Sénior – A Força de Ir Mais Além”. O presente documento será assinado em duas vias. Uma para o responsável e outra para o participante.

(Assinatura do Participante)

(Assinatura do Responsável)