



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Efeito de uma intervenção de reabilitação
psicomotora em pessoas idosas
institucionalizadas ao nível de indicadores de
saúde e do bem-estar.**

Marco Alexandre de Sousa Pereira

Orientação: Doutora Catarina Lino Neto Pereira

Mestrado em Saúde e Bem-Estar das Pessoas Idosas

Dissertação

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Efeito de uma intervenção de reabilitação
psicomotora em pessoas idosas
institucionalizadas ao nível de indicadores de
saúde e do bem-estar.**

Marco Alexandre de Sousa Pereira

Orientação: Doutora Catarina Lino Neto Pereira

Mestrado em Saúde e Bem-Estar das Pessoas Idosas

Dissertação

Évora, 2016

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para o resultado deste trabalho. Entre as quais, e em especial:

Em primeiro lugar à minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Catarina Pereira, não só pela sua disponibilidade, como também pela sua paciência e generosidade na realização deste projeto.

Aos participantes do projeto com quem tive o prazer de conhecer. Foi sobretudo graças à disponibilidade e simpatia destas pessoas idosas que o projeto se concretizou. Agradeço sobretudo por aqueles momentos em que as dores já eram insuportáveis e mesmo assim quiseram manter a entrevista.

Aos auxiliares, aos diretores técnicas e à direção das quatro instituições pelo contributo prestado ao longo de todo este projeto de investigação.

Aos meus pais, irmãos e amigos, pela compreensão, incentivo e paciência dado ao longo de mais um trabalho de investigação.

E finalmente a todos os alunos estagiários e outros colaboradores que realizaram a intervenção de Reabilitação Psicomotora.

Resumo

Objetivo: Investigar os benefícios de um programa de reabilitação psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas ao nível de indicadores de saúde e do bem-estar.

Metodologia: A amostra integrou 42 participantes (84 ± 6.2 anos), dos quais 21 pertenciam ao grupo experimental (programa de reabilitação) e 21 ao grupo controlo. Os indicadores de saúde e bem-estar foram avaliados pelo Profile of Mood States (POMS), pela Escala de Dor (Instrumento P4), pela Perceção de Estado de Saúde (EQVAS) e pelo Índice de Barthel. **Resultados:** Os testes de comparação evidenciaram melhorias significativas no grupo experimental, nas variáveis *depressão*, *irritação*, *confusão*, principalmente no *score total sem e com irritação* da avaliação de estados emocionais e de humor, em relação à escala de dor as variáveis *escala de dor1* e *score total escala de dor* foram as que tiveram melhorias significativas, $p < 0.05$. **Conclusão:** O programa de reabilitação psicomotora promoveu melhorias ao nível dos indicadores de saúde e do bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas, com maior impacto nos estados emocionais e de humor e diminuição de intensidade de dor.

Palavras-chave: Envelhecimento, gerontopsicomotricidade, qualidade de vida, emocional.

Abstract

Effect of a psychomotor rehabilitation intervention in elderly people institutionalized at the level of health indicators and welfare.

Objective: The aim is to investigate the benefits of a psychomotor rehabilitation program in orderly people institutionalized at the level of health indicators and welfare. **Methodology:** The sample consisted of 42 participants (84 ± 6.2 years), 21 of them belonged to the experimental group (rehabilitation program), and the other 21, to the control group. The following surveys were conducted by the Profile of Mood Stats (POMS), the Pain Scale (P4 Instrument), the Perception of Health Status (EQVAS) and the Barthel Index. **Results:** Significant improvements were observed in the experimental group, in the following dimensions: depression, anger, confusion, mainly in the total score with and without irritation assessment of emotional states and mood, regarding the pain scale, the variables pain scale and total average score were the ones that had higher significant improvements, $p = <0.05$. **Conclusion:** The psychomotor rehabilitation program led to improvements in health indicators and well-being of the institutionalized older ones, with greater impact on emotional states and mood and decrease in pain intensity.

Keywords: Aging, gerontopsicomotricity, quality of life, emotional.

Índice Geral

1. Introdução.....	1
2. Fundamentação teórica.....	4
2.1 O envelhecimento populacional	4
2.2 População idosa em Portugal.....	5
2.3 O envelhecimento.....	6
2.3.1 O conceito de envelhecimento.....	6
2.3.2 Aspetos biofisiológicos.....	9
2.3.3 Envelhecimento Social.....	11
2.3.4 Envelhecimento Psicológico.....	12
2.3.5 Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo.....	14
2.4 Envelhecimento ativo.....	15
2.5 Envelhecimento em meio rural e em meio urbano.....	18
2.6 A pessoa idosa institucionalizada.....	20
2.7 Saúde e bem-estar da pessoa idosa.....	21
2.7.1 Qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa idosa.....	21
2.7.2 Modelos de qualidade de vida.....	24
2.7.3 As pessoas idosas e a qualidade de vida.....	25
2.7.4 Bem-estar nas pessoas idosas.....	29
2.8 Atividade física na terceira idade.....	32
2.8.1 Benefícios da atividade física para a população idosa.....	32
2.8.2 Atividade física na saúde e bem-estar da pessoa idosa	35
2.9 A psicomotricidade na pessoa idosa	38
3. Estudo empírico.....	42
3.1 Objetivos.....	42
3.1.1 Objetivo geral.....	42
3.1.2 Objetivos específicos.....	42
3.2 Metodologia.....	43
3.2.1 Tipo de estudo.....	43
3.2.2 Local e período do estudo.....	43

3.2.3	Participantes.....	44
3.2.3.1	Crêterios de inclusão.....	45
3.2.3.2	Caracteriza�o dos participantes.....	45
3.2.4	Descri�o dos programas de interven�o.....	47
3.2.5	Instrumentos de avalia�o.....	48
3.2.5.1	Avalia�o dos estados emocionais e de humor	48
3.2.5.1.1	Fiabilidade/Consistência dos estados emocionais e de humor	50
3.2.5.2	Avalia�o da percep�o de estado de saúde.....	50
3.2.5.3	Avalia�o da intensidade da dor.....	51
3.2.5.4	Avalia�o do nível de independência física.....	51
3.2.6	Procedimentos.....	52
3.2.6.1	Recolha de dados.....	52
3.2.6.2	Análise e tratamento de dados.....	53
3.3	Resultados.....	54
3.4	Discussão.....	57
3.5	Limita�es.....	62
3.6	Conclusão.....	63
4.	Referências bibliográficas.....	64

Índice de diagramas

Diagrama 1- Seleção da amostra.....	46
-------------------------------------	----

Índice de quadros

Quadro 1 - Caracterização da amostra a nível de escolaridade.....	47
Quadro 2 - Cálculo do valor de <i>alpha de cronbach</i>	50
Quadro 3 - Efeito da intervenção de reabilitação psicomotora ao nível dos estados emocionais e de humor.....	54
Quadro 4 - Efeito da intervenção de reabilitação psicomotora ao nível da intensidade da dor.....	55

Lista de abreviaturas

GC - Grupo Controlo;

GE - Grupo Experimental;

INE - Instituto Nacional de Estatística;

MMSE - *Mini Mental State Examination*;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

ONU – Organização das Nações Unidas;

POMS – *Profile of Mood Stat*

1. Introdução

É com uma frequência quase diária que somos confrontados com notícias de pessoas idosas institucionalizadas e os meios de comunicação a lembrarem o fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal. Contudo, este não é um fenómeno que se circunscreve, apenas, a Portugal, mas também a uma diversidade de outros países. A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2012, indica que o número de pessoas idosas (com 60 ou mais anos) duplicará, passando de 600 milhões para 1200 milhões. O aumento da esperança média de vida está a tornar-se um fenómeno social preocupante em termos políticos, económicos e sociais.

Segundo Ribeiro (1994), o envelhecimento é caracterizado essencialmente por uma série de alterações morfo-funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem durante todo o ciclo vital. Associado a este processo de envelhecimento normal, ocorre naturalmente um declínio das funções biológicas e alteração do seu bem-estar, nomeadamente ao nível do seu estado emocional como do seu estado de humor, já que esta situação é particularmente sensível ao envelhecimento.

As famílias recorrem ao processo de institucionalização quando se deparam com o agravamento do estado de saúde da pessoa idosa ao seu encargo, pois o seu nível de dependência de terceiros resultante muitas vezes de doenças degenerativas, obriga-os a um cuidado permanente de técnicos especializados para os ajudarem na realização das atividades de vida diária. No entanto, a dinâmica institucional, para além de maior isolamento face à sociedade, é caracterizada muitas vezes pela falta de estímulos aliciantes, que proporcionem à pessoa idosa uma boa qualidade de vida e a manutenção das suas capacidades físicas, emocionais e mentais.

Como área de intervenção, a Reabilitação Psicomotora pode ser desenvolvida em muitos contextos de prevenção, de educação ou de terapia psicomotora. A psicomotricidade como ciência tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento, a relação com o seu mundo interno e externo. Desta maneira a psicomotricidade faz referência aos nossos mecanismos mentais, intelectuais e emocionais, refletindo-se em gestos, posturas, movimentos ou ações, cabendo ao psicomotricista representar o aspeto relacional.

Assim, a Gerontopsicomotricidade, como área específica da Psicomotricidade, deve ser encarada como um processo preventivo que reduz o impacto das modificações

ao nível somático, psíquico e psicomotor que ocorrem no indivíduo (Pereira, 2004). Mais concretamente esta terapia permite às pessoas idosas um envelhecimento mais ativo e saudável, através de sessões com elevado valor psicológico, como também permite a manutenção de uma estrutura funcional adequada às necessidades específicas das pessoas idosas, adquirindo uma tonicidade ajustada, um controlo postural flexível, uma imagem corporal adequada e uma organização espacial e temporal idónea (Vázquez y Mila, 2014).

As investigações neste campo, ao nível de indicadores de saúde e bem-estar, a nível internacional e nacional são ainda escassas. Dos estudos que encontramos verificou-se que se obtiveram resultados positivos na melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, do seu bem-estar após as intervenções. Por exemplo, Horowitz, Reinhardt & Boerner (2005) num estudo sobre o impacto da reabilitação sobre o bem-estar psicológico, numa amostra de 95 pessoas idosas com depressão, verificou-se uma diminuição desta até 10%.

Em Portugal encontramos alguns estudos académicos com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora. Por exemplo Gomes (2013) chega à conclusão que a pessoas idosas para além das suas dificuldades, tem capacidades que podem ser de alguma forma estimuladas para melhorar o seu bem-estar, autonomia e funcionalidade, a sua relação com os outros e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida. Por sua vez, Costa (2011) numa amostra composta por 40 pessoas idosas verifica que os resultados demonstram que se a pessoa idosa praticar exercícios físicos, preferencialmente psicomotores, e manter uma vida dinâmica, com convívio social e ainda mais se tiver uma atividade mental continuada, pode ter um envelhecimento bem-sucedido e produtivo, e ainda manter a sua independência e viver essa fase da vida de uma forma agradável e com um bom nível de qualidade de vida.

No entanto, escasseiam os estudos e resultados concretos sobre o efeito combinado da prática motora e cognitiva em intervenções psicomotoras ao nível dos estados de humor e emocionais em pessoas idosas institucionalizadas, pelo que urge delinear programas de reabilitação psicomotora e estudar os seus efeitos nesta população, nomeadamente ao nível destas variáveis apresentadas.

Relativamente à estrutura da presente monografia, encontra-se dividido em seis seções complementares, nomeadamente a revisão de literatura, metodologia, resultados, discussão, limitações e conclusões. Na revisão da literatura são apresentados conteúdos que servem de base ao desenvolvimento do estudo, relacionados com a temática do envelhecimento, saúde e bem-estar e com a psicomotricidade. Na metodologia é

apresentado o modo como se desenhou e realizou o estudo, de maneira a atingir os objetivos específicos do mesmo. Seguidamente é efetuada a apresentação dos resultados, sendo descritos e realçados os principais que respondem ao problema do estudo. Essa apresentação baseia-se na comparação das avaliações iniciais e finais realizadas num grupo experimental (beneficiando de uma intervenção psicomotora) e num grupo de controlo (realizando as habituais atividades de vida diária). Na discussão são analisados os principais resultados obtidos, sendo discutidos cada um dos objetivos específicos individualmente, reforçando também os resultados encontrados com outros estudos sobre as mesmas variáveis. Nas limitações apresentam-se algumas questões que condicionam a realização deste estudo e as suas implicações. Para finalizar, nas conclusões apresentamos de forma resumida a resposta aos objetivos específicos do estudo e são referidas algumas sugestões para novas investigações e projetos em gerontopsicomotricidade.

2. Fundamentação Teórica

2.1 O envelhecimento populacional

Atualmente, devido ao aumento da esperança média de vida assiste-se a um aumento da população idosa, em especial nas sociedades desenvolvidas. Este fenómeno tem desencadeado novos problemas sociais e o envelhecimento tem despertado interesse nas mais diversas áreas do conhecimento, com o intuito de proporcionar ao idoso maior longevidade e maior qualidade de vida (Ferreira - Alves e Novo, 2006).

O envelhecimento não é um fenómeno recente. Quando nos debruçamos sobre a história do envelhecimento, compreendemos que na pré-história o envelhecimento era considerado um fenómeno raro e até meados do século XVI só 1% da população tinha mais de 65 anos (Feio, 2006).

Segundo Fernandes (2007) são diversas as definições sobre o conceito de envelhecimento e as mesmas encontram-se em constante evolução tal como sucede com o conhecimento e investigação científica nesta área. Apesar da multiplicidade de definições sobre o envelhecimento, este é considerado um marco que identifica essencialmente a passagem de um estágio para o seguinte, com características físicas, sociais e psicológicas que permitem delinear de forma concisa a passagem dos anos.

Segundo Fernandes (2005, p. 7), o envelhecimento é *“Um processo natural e biológico de todo o ser humano, pois desde que nascemos começamos a envelhecer. O ser humano envelhece porque é um processo universal inerente a todos os seres vivos; é um processo normal, que faz parte da vida de qualquer ser humano. Envelhecimento é diferente de velhice dado que o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice e os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade.”*

O envelhecimento da população é o resultado da mudança demográfica que se iniciou na Europa e que se propagou por todo o mundo, com progressões distintas. Para o envelhecimento, tem contribuído inúmeros fatores entre os quais podemos destacar: a redução da natalidade, que tem influência direta na modificação da população e em especial no número populacional e na pirâmide etária. A quebra da mortalidade é outro fator a destacar, visto que originou uma esperança média de vida acrescida e beneficiou sobretudo a faixa etária da infância e juventude (Doblas, 2005).

Para que o fenómeno do envelhecimento seja melhor compreendido consideramos pertinente proceder à distinção dos processos de envelhecimento. Fonseca (2006) faz referência ao processo de envelhecimento segundo três tipos: primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário diz respeito ao processo natural de envelhecimento que ocorre com o passar da idade. Já o envelhecimento secundário tem que ver com as modificações que são oriundas da doença ou da idade, mas que no entanto podem ser reversíveis. Por fim, o envelhecimento terciário incide diretamente nas mudanças que ocorrem tumultuosamente na idade mais avançada (Fonseca, 2006, p. 10).

No sentido de caracterizar o envelhecimento demográfico procedeu-se à revisão da literatura e sobre a temática nos últimos anos.

2.2 A população idosa em Portugal

No que concerne aos dados estatísticos, a Organização das nações unidas (ONU) estima que em média o número de pessoas com mais de 60 anos duplicará passando dos 600 milhões para 1200 milhões.

Portugal não é exceção e regista igualmente um rápido envelhecimento da população. Segundo o instituto nacional de estatística (INE, 2005) em Portugal a população com mais de 65 anos em 1960 atingia os 8% e em 2005 essa mesma população abrange os 17,1%.

Segundo as estatísticas em 2011, Portugal mantém a tendência de envelhecimento, devido ao fluxo migratório e à diminuição de população ativa. Em resultados destas alterações, o envelhecimento aumentou de 16% para 19%, sendo o fenómeno mais acentuado nas mulheres (INE, 2011). Em termos regionais, o Centro e Alentejo detêm maior percentagem de idosos com 22% e 24% respetivamente. Já as regiões Autónomas apresentam os menores índices de envelhecimento do país. Perante o exposto verifica-se que, no geral, o interior do país tem um índice de longevidade superior ao do litoral (INE, 2011).

As projeções sobre a população residente em Portugal demonstram que entre 2008 – 2060 a tendência de envelhecimento manter-se-à, e estima-se que em 2060 no nosso país exista uma média de 3 idosos por cada jovem (INE, 2009). No entanto, segundo a mesma fonte, estima-se que a população jovem (com mais de 15 anos) cresça até 2014 e que a população ativa diminua. Quanto à população com mais de 65 anos, esta deverá

aumentar de 19% para 32% em 2050. Já a população com mais de 80 anos deverá ultrapassar um milhão da década de 40 e atingir 1,3 milhões em 2060 quando do final da projeção (INE, 2009). As projeções mais recentes indicam que entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumenta de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens (INE, 2014).

Perante o exposto e a partir da análise estatística, percebemos que o envelhecimento demográfico irá com certeza assumir uma tendência universal e bastante semelhante nas próximas décadas. No entanto, este fenómeno poderá ser mais diversificado, em termos de ritmo e ocorrência quando nos debruçamos sobre as regiões em desenvolvimento.

2.3 O envelhecimento

2.3.1 O conceito de envelhecimento

Desde a concepção até à morte, que o organismo humano passa por inúmeras fases de transformação das quais podemos destacar: a puberdade, maturidade e o envelhecimento. Contudo, as fases mencionadas são encaradas como progressos naturais do desenvolvimento humano (Netto & Ponte, 2002).

Segundo Netto e Borgonovi (2002) os aspetos biofisiológicos são definidos como um progresso dinâmico e progressivo, onde ocorrem diversas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e também psicológicas e que em conjunto determinam a perda progressiva da capacidade do indivíduo se adaptar ao meio ambiente que o rodeia, originando assim maior vulnerabilidade e também maior incidência de processos que podem colmatar do seu falecimento.

O envelhecimento a nível biológico caracteriza-se essencialmente por perda dos tecidos e da flexibilidade dos órgãos e sistemas no que concerne a qualidade e flexibilidade das suas funções (Pinto, 2001). Nesta linha de pensamento, o envelhecimento biológico ocorre essencialmente através dos tecidos e células que vão proporcionando o declínio gradual do organismo.

Para Fontaine (2000) no processo do envelhecimento ao nível biológico, o essencial é atenuar os défices sensoriais (de natureza visual e auditiva) visto que os mesmos são encarados como fatores de extrema importância no que respeita ao declínio

geral no funcionamento intelectual. Para além do mencionado, também ocorrem alterações a nível do aparelho respiratório, cardiovascular, nervoso (doenças vasculares cerebrais, doença de Alzheimer e Parkinson) e também alterações urinárias (Carroll & Brue, 1991). Garcia (2002) corrobora com a ideia apresentada e acrescenta que o processo de envelhecimento origina uma diminuição por parte dos diversos órgãos aumentando o risco de doenças, nomeadamente as doenças degenerativas.

Na atualidade, as doenças crónicas e degenerativas são bastante frequentes entre a população idosa. Neste sentido, Veras (2003) considera que envelhecer sem qualquer doença crónica é considerada com uma exceção. Assim, é importante referir que entre os problemas mais habituais de saúde se destaca a doença de Alzheimer como a causa mais comum de demência.

O rápido aumento da esperança média de vida levou a que em todos os países, o envelhecimento demográfico da população tenha sido um fenómeno bastante observado, refletindo as melhores condições de vida e conseqüentemente o aumento de esperança de vida (Oliveira & Duarte, 1999).

O envelhecimento não é um fenómeno recente. Quando nos debruçamos sobre a história do envelhecimento, compreendemos que na pré-história o envelhecimento era considerado um fenómeno raro e até meados do século XVI só 1% da população tinha mais de 65 anos (Feio, 2006).

Segundo Fernandes (2005) são diversas as definições sobre o conceito de envelhecimento e as mesmas encontram-se em constante evolução tal como sucede com o conhecimento e investigação científica nesta área. Apesar da multiplicidade de definições sobre o envelhecimento, este é considerado um marco que identifica essencialmente a passagem de um estágio para o seguinte, com características físicas, sociais e psicológicas que permitem delinear de forma concisa a passagem dos anos.

Segundo Fernandes (2005, p. 7), o envelhecimento é *“Um processo natural e biológico de todo o ser humano, pois desde que nascemos começamos a envelhecer. O ser humano envelhece porque é um processo universal inerente a todos os seres vivos”*. É, portanto, um processo normal, que faz parte da vida.

Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. No entanto, esta é uma idade instituída para efeitos de pesquisa, já que o processo de envelhecimento depende de três classes de fatores principais: biológicos, psíquicos e sociais. São estes fatores que podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade madura (Fernandes, 2007)

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mental devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar. Tais alterações têm como característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional. Ou seja, um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de *stress* físico, emocional, e cognitivo pode apresentar dificuldades em manter a sua homeostasia e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos, uma vez que há o comprometimento dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (Fernandes, 2007)

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência. O organismo envelhece como um todo, enquanto os seus órgãos, tecidos, células e estruturas sub-regulares tem envelhecimentos diferenciados (Castro - Caldas e Mendonça, 2005).

Segundo Sequeira (2007; 2010) com o envelhecimento, ocorrem alterações de vários aspetos perceptíveis do organismo, entre eles destacam-se a:

- diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e cérebro;
- diminuição da capacidade dos rins para eliminar toxinas e medicamentos;
- diminuição da capacidade do fígado para eliminar toxinas e metabolizar a maioria dos medicamentos;
- diminuição da frequência cardíaca máxima, mas sem alteração da frequência cardíaca em repouso;
- diminuição do débito cardíaco (saída de sangue do coração) máximo;
- diminuição da tolerância à glicose;
- diminuição da capacidade pulmonar de mobilização de ar;
- aumento da quantidade de ar retido nos pulmões depois de uma expiração;
- diminuição da função celular de combate às infeções.

Segundo Moreira e Oliveira (2005) o declínio das funções cognitivas está estritamente associado ao processo de envelhecimento fisiológico. Contudo, a perda gradual de memória está associada a episódios de desorientação e também a episódios de confusão que são os principais indicadores do processo de demência. Para além dos aspetos mencionados é importante ter em consideração a perda gradual de memória, linguagem, orientação, e das capacidades intelectuais (Yuaso & Sguizzatto, 2002). Segundo os autores supracitados, na fase inicial da doença a única manifestação pode

ocorre somente ao nível do comprometimento da memória. Contudo, à medida que a doença progride as mudanças são notórias sobretudo ao nível dos distúrbios comportamentais, dos quais são característicos a deambulação e agressividade.

Para além dos aspetos mencionados, existem ainda uma série de modificações orgânicas, das quais podemos destacar: os reflexos mais lentos e a diminuição da atividade sexual (Gatto, 2002). Para além das modificações orgânicas ocorrem alterações ao nível da motricidade o que faz com que muitas das vezes fiquem confinados a uma cama ou a uma divisão da casa (Levet, 1998).

Para Moreira e Oliveira (2005) para que se caracterize corretamente um quadro demencial é necessário proceder a uma avaliação clínica que engloba a história clínica do doente, os exames físicos e neurológicos, bem como testes de avaliação cognitiva e testes laboratoriais.

Segundo Sequeira (2010) na doença de Alzheimer para além do exposto, também se verifica uma redução das fibras colinérgicas e diminuição de neurónios a nível do hipocampo. Um estudo neuropatológico realizados a doentes de Alzheimer permitiu observar lesões nas placas senis e a degenerescência neurofibrilar que são essenciais para o diagnóstico da doença de Alzheimer. Segundo o autor supracitado, a progressão e distribuição das lesões estão estritamente relacionadas com a avançar da doença. Assim, as primeiras regiões a atrofiar precocemente são: o córtex entorrinal, o complexo amigdalotemporal e o polo temporal (Moreira e Oliveira, 2005 cited in Sequeira, 2010).

Como constatamos, efetivamente existem um conjunto de fatores, como a diminuição das capacidades cognitivas, físicas e sensoriais que potenciam um decréscimo acentuado no bem-estar, bem como o aumento de vulnerabilidade que acabam por diminuir a condição do ser humano.

2.3.2 Aspetos Biofisiológicos

Com a chegada da terceira idade existem algumas mudanças físicas que dificultam a vida de um idoso. Essas alterações podem ser exteriores, o cabelo que começa a embranquecer, fica mais fino, quebradiço e nos homens com alguma frequência pode surgir a careca. Em relação à pele, esta começa a perder a elasticidade, aparecem as rugas, assim como possíveis alterações de pigmentação da pele, tais como o aparecimento de manchas. Também as unhas começam a ficar mais rijas e começam a crescer em formas de garras. A visão é um dos aspetos mais importantes na terceira idade onde começam a

surgir diversos problemas, por exemplo as cataratas e uma diminuição da precisão visual, igualmente a audição desde muito cedo começa a sofrer algumas perturbações surgindo dificuldades em ouvir (Netto & Ponte, 2005).

Ocorrem ainda ao longo do tempo alterações no organismo. No aparelho digestivo, com a perda de dentes os problemas mastigatórios podem fazer com que o idoso não consiga consumir determinados alimentos que são necessários ao organismo podendo trazer problemas nutritivos. A primeira fase do processo de digestão pode ser dificultada por causa da diminuição da produção de saliva e o atraso do esvaziamento do estômago pode contribuir para dificultar a digestão (Fontaine, 2000)

Com o processo de envelhecimento também no aparelho circulatório ocorrem alterações: diminuição da circulação de retorno ao nível venoso devido à menor força do efeito bomba, exercida pelos músculos das pernas, insuficiência das válvulas venosas, começando a aparecer as varizes e edemas nos pés (Garcia, 2002).

No sistema locomotor as alterações são ao nível da perda de massa e volume muscular, devido a uma diminuição no tamanho das fibras musculares e a quebra das reações elétricas que provocam uma diminuição nos níveis de força e resistência muscular, importantes para o desenvolvimento das atividades diárias. Igualmente a deterioração da flexibilidade é prejudicada pela perda de mobilidade articular e da elasticidade nos músculos e tendões. A diminuição progressiva da densidade óssea enfraquece os ossos, fazendo com que uma grande percentagem de pessoas idosas sofra de osteoporose. Acontecem ainda alterações posturais e a consequente diminuição na estatura (Veras, 2003).

Em relação ao sistema respiratório acontece a perda de elasticidade pulmonar e a diminuição da superfície alveolar que leva a um decréscimo do nível de consumo máximo de oxigénio e da capacidade vital (Garcia, 2002).

No sistema nervoso as mudanças podem ser as seguintes: diminuição da velocidade de processar a informação e consequente aumento do tempo de resposta e reação, decréscimo da coordenação, equilíbrio e agilidade, redução da precisão dos movimentos, diminuição da capacidade de aprendizagem, atenção e concentração, bem como a deterioração da memória, podendo ocorrer perturbações na linguagem e na escrita (Castro-Caldas, 2005).

Mas tudo isto não são doenças são apenas alterações físicas que ocorrem com a chegada da terceira idade porque a ideia de que ser velho é ser doente não é verdade, há sim um desgaste físico, ou seja uma menor capacidade funcional porque o organismo

começa a funcionar de outra maneira. Envelhecimento físico e alterações no corpo não significam ser incapaz de fazer atividades, mas sim fazer de outra forma e mais devagar.

2.3.3 Envelhecimento Social

O envelhecimento social comporta mudanças resultantes da ação de forças impostas pela sociedade.

A vida da pessoa que envelhece sofre uma mudança radical em vários aspetos verificando-se uma perda de papéis. O da paternidade é um dos primeiros a ser totalmente alterado, passa de pai de crianças e jovens, para pai de adultos. A profissão é abandonada, dada a entrada na reforma. Parar de trabalhar significa perda do papel profissional, a perda de papéis junto à família e à sociedade. O distanciamento por ser reformado da convivência com diversos grupos faz com que a sociedade também se distancie da pessoa idosa, deixando de convidá-lo a participar, não reconhecendo a sua existência social. A viuvez é uma possibilidade que também origina a solidão (Fonseca, 2006; Moreira & Oliveira, 2005).

O tempo livre passa a ser muito. Na vida diária, o idoso sofre um défice em alguns aspetos relacionados com a autonomia e as atividades de vida diária, dos quais podemos destacar, a sua higiene e cuidados pessoais, e as deslocações na rua são menores e menos frequentes: por exemplo, uma simples ida ao supermercado é mais complicada e limitada.

Em relação convívio social sofre um défice muito grande, como ir à igreja ou um simples passeio, isto para dizer que pode haver mais limitações, mas estas limitações não significam por si só doença ou invalidez.

Outro aspeto que merece destaque é a violência exercida em relação ao idoso, tanto na família como na comunidade, esta violência pode manifestar-se de forma simbólica ou não, sendo que a primeira (violência simbólica) é a mais frequente. A violência existe e é expressa sob variadas formas, em relação à economia, em que os filhos se empossam dos bens (da casa e do dinheiro). Também outro aspeto importante é a negligência quanto aos medicamentos e à alimentação. Maltratados pelos familiares ou em asilos, as pessoas idosas são despersonalizados: nega-se a autonomia e independência. O abandono, a falta de respeito e de reconhecimento do seu lugar na sociedade também constitui uma violência simbólica. Neste sentido, a família que deveria edificar bases emocionais e físicas para o estabelecimento da qualidade de vida do idoso, acaba por

desencadear um grande conflito no que se relaciona ao espaço que se destina ao membro idoso (Fonseca, 2006; Moreira & Oliveira, 2005).

2.3.4 Envelhecimento psicológico

Corresponde ao envelhecimento psicológico, mudanças que se verificam na capacidade individual de dar resposta a eventualidades ambientais e a modificações internas. São alterações que constituem mudanças comportamentais e também de processos mentais (Leme & Silva, 2002).

O meio sociocultural tem especial importância, influenciando o processo de adaptação ao envelhecimento, que está relacionado com a perda das capacidades intelectuais e físicas, com consequentes alterações das expectativas em relação à vida (Fernandes, 2002).

A dificuldade em fazer novas amizades e de alterar os hábitos de vida, o facto de fisicamente estarem mais debilitados, a saída dos filhos de casa indo para longe e os que ficam perto por vezes não querem saber deles para nada, a morte de familiares, amigos, do marido/mulher e até porque os vizinhos mais próximos também já faleceram, tudo pode originar isolamento e até levar a um pensamento psicológico que por vezes é a ideia de morte (Garcia, 2002)

Também a dificuldade de adaptação de novos papéis, a desmotivação, a dificuldade de planear o futuro, o estado de saúde, a sexualidade, o estatuto socioeconómico e a personalidade, afetam e condicionam a sua auto-imagem. A adaptação, a perda de autoestima, a sensação de isolamento social, a depressão, a hipocondria e o suicídio são aspetos caracterizadores do envelhecimento psicológico. Geralmente a terceira idade visa provar a si e aos outros que é aceite, que é útil e que a existência pressupõe desejos e aspirações em relação ao futuro e essa posição geralmente gera extrema ansiedade da qual decorrem problemas afetivos de ordem mais complexa. A perda de ideias da juventude, a falta de sintonização com a mentalidade do seu tempo, o desinteresse pelo quotidiano nacional e internacional, o humor irritadiço são também aspetos psicológicos que por vezes caracterizam a terceira idade (Fernandes, 2002).

Ainda é importante referir que o facto de existir um processo de mudanças fisiológicas, sociológicas e psicológicas origina que este período pode ser entendido como uma fase diferente da vida dos indivíduos. Algumas pessoas possuem uma imagem do idoso e da velhice de preconceito, reformados com problemas económicos e perda de

convívio social, invalidez e até mesmo as limitações normais da idade que podem contribuir para a rejeição (Levet, 1998).

Sprinthall e Collins (1999) mencionam que Erik Erikson foi o primeiro autor a dedicar-se ao desenvolvimento da identidade que, segundo ele, ocorreria desde a adolescência até à idade adulta.

Para os mesmos autores, Erikson defendia que o desenvolvimento individual resulta da interação entre as dinâmicas internas do indivíduo e o ambiente externo. Este investigador coloca, pois, o indivíduo em desenvolvimento num contexto social, considera a influência dos outros significativos e das instituições sociais (ao longo do ciclo de vida do indivíduo) e enquadra esta dinâmica no contexto histórico. Assinalam que este foi um dos grandes contributos de Erikson, na medida em que promoveu a compreensão da relação tríplice: indivíduo, ambiente social imediato e influências do contexto histórico (Sprinthall & Collins, 1999).

Sprinthall & Collins (1999) apontam quatro ideias fundamentais com repercussões nas teorias do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário: o princípio epigenético (o desenvolvimento ocorre no sentido de uma progressiva diferenciação e integração das diversas partes, seguindo uma sequência bem determinada), o conceito de crise normativa (momento em que o indivíduo tem que escolher entre as alternativas do percurso a seguir), o conceito de estágio (intervalo de tempo durante o qual o indivíduo resolve as crises e as tarefas de desenvolvimento adequada ou inadequadamente) e o conceito de identidade.

A formação da identidade (tarefa, por excelência, da adolescência) corresponde ao quinto estágio de desenvolvimento psicossocial, de uma sequência de oito estágios, cada qual com uma crise ou dilema psicossocial que Erikson considera como necessários e decisivos para o desenvolvimento posterior da identidade.

Por último é importante referir o 8º estágio de Erikson, nomeadamente “Integridade versus Desespero”. Segundo este autor quando a vida se aproxima do fim, os indivíduos enfrentam uma última crise. Surge a “Integridade” quando as pessoas olham para trás e se sentem contentes, considerando as suas vidas dignas. O “Desespero” apanha os que encontram pouco significado e satisfação no seu passado e consideram a sua vida desperdiçada. O tempo parece ter passado e a morte apresenta-se como assustadora. Mas é importante dizer que todos os idosos pensam na morte mas uns pensam que quando morrerem vão tranquilos porque estão satisfeitos e contentes com a vida que tiveram e

outros pensam na morte com um sentimento de culpa porque tudo o que fizeram ao longo da vida não valeu a pena (Sprinthall & Collins,1999).

2.3.5 Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo

Os estudos relativos ao desempenho intelectual demonstraram que as aptidões cognitivas atingem o seu pico pelos 30 anos, continuam estáveis até à década dos 50 – 60 anos e, a partir daí, começam a diminuir, sendo o declínio físico e cognitivo mais acentuado a partir dos 70 anos (Ribeiro, 1994).

O declínio das funções intelectuais não é uniforme para todas as pessoas. Para Ribeiro (1994) as pessoas idosas têm maior dificuldade em compreender mensagens longas ou complexas e em recuperar e reproduzirem rapidamente nomes ou termos específicos. O discurso tende também a ser mais repetitivo. Os idosos evidenciam uma maior dificuldade nas tarefas de raciocínio que envolvem uma análise lógica e organizada de material abstrato ou não familiar. No desempenho de tarefas que implicam planejar, executar e avaliar sequências complexas de comportamento os idosos costumam revelar-se mais lentos que os jovens. Os idosos são mais lentos nos aspetos preceptivos, amnésicos e cognitivos bem como as funções motoras.

No que respeita às aptidões visuais em relação ao espaço, os idosos mantêm a capacidade de reconhecerem os lugares e as caras que lhes são familiares, bem como de reproduzirem e identificarem formas geométricas vulgares. No entanto, revelam um declínio na capacidade de reconhecerem e reproduzirem configurações complexas ou que não lhes sejam familiares. Quando à atenção, as pessoas idosas mantêm a mesma capacidade dos jovens em dirigirem e manterem a atenção sobre um determinado tópico ou conhecimento.

No entanto, apresentam dificuldade em filtrarem informação ocasional, em repartirem a atenção por múltiplas tarefas ou desviarem a atenção de um para outro aspeto. Em relação á inteligência, esta tende a manter-se estável durante a maior parte da vida adulta, sendo que esta estabilidade atinge a aptidão para definir e usar palavras, para aceder o conhecimento e cultura geral e para o envolvimento em raciocínios práticos e sociais. O vocabulário, a capacidade de acesso à informação e a compreensão não são muito prejudicados com a passagem dos anos (Sprinthall & Collins, 1999).

2.4 Envelhecimento ativo

Segundo o relatório da OMS “envelhecimento ativo: uma política de saúde Em Portugal, o envelhecimento ativo” (versão brasileira 2005) lembra-nos que” a palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”, ou seja, o envelhecimento saudável e ativo não passa exclusivamente pela manutenção da autonomia e pela qualidade da saúde (sem incidência de doença crónica), mas também pela promoção das variáveis psicológicas e sociais. Fonseca (2011, p. 22) defende que o envelhecimento bem-sucedido encontra-se associado “à realização do potencial individual para alcançar o bem-estar psicológico (autonomia, aceitação de si, crescimento pessoal, relações positivas e com os outros, objetivos pessoais e domínio do meio) e social (integração social, contribuição social, aceitação social e realização social”. Em Portugal, este continua a ser interpretado de forma algo simplista, remetendo apenas para questões relacionadas com a melhoria da saúde física e do envolvimento comunitário através do voluntariado. Na minha ótica, o envelhecimento verdadeiramente ativo e bem sucedido envolve mais do que estes conceitos, devendo reivindicar uma implicação pessoal maior, em continuo crescimento formativo e a concretização de uma vida de qualidade física e psicológica, plena de trocas sociais e transgeracionais que conferem sensações de validade e contentamento contudo, sabemos que a promoção do envelhecimento bem sucedido não é, nem deve ser, exclusivo, dependendo igualmente das políticas sociais e da capacidade de resposta das instituições e comunidades.

Com tal, Carrilho & Patrício (2002) consideram que cada vez mais é fundamental repensar as questões relacionadas com o envelhecimento, no que concerne ao desenvolvimento normativo do seu humano. Nesta linha de pensamento, e segundo as autoras supracitadas o envelhecimento ativo foi definido pela Organização Mundial de Saúde (2002, p. 72) como “o processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o intuito de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice”, sendo importante difundir e implementar medidas no âmbito da promoção.

Segundo a mesma entidade, as pessoas idosas, para além de se manterem fisicamente ativas devem também ser ativos no que concerne as questões sociais, culturais

e políticos, bem como ao relacionamento com terceiros, mantendo desta forma a sua autonomia e independência. Como defendem Tamer & Petriz (2007, p. 183), é necessário modificar os estereótipos relacionados com a concepção tradicional que os idosos são na sua maioria “velhos, pobres e doentes”, e conseqüentemente fomentar a valorização do envelhecimento como uma conquista da humanidade e como um processo que faz parte do desenvolvimento normativo do ser humano, que deve assim ser respeitado. Um dos elementos chave do envelhecimento ativo está explícito nos princípios das nações unidas passa por substituir as abordagens estratégicas em que os idosos ocupam com papel passivo (OMS, 2002). Neste sentido, e como mencionamos anteriormente é necessário que as políticas, medidas e programas implementados se debrucem sobre as práticas de saúde positivas na velhice. Desta forma, segundo Rocha (2009) é possível conceber um novo conceito de envelhecimento, sendo o mesmo denominado por envelhecimento ativo, dado que se reconhece que o idoso tem plenos direitos, tendo voz ativa nos assuntos que lhe dizem respeito. Surge nesta nova concepção, a permanência durante mais tempo no mercado de trabalho, a atualização de conhecimentos, o exercício físico, entre outros (Rocha, 2009). Assim, para o mesmo autor é fundamental que se criem projetos educativos direcionados para a população idosa com o intuito de promover as suas aptidões, capacidades e competências através da expressão e da comunicação, que simultaneamente favorecem uma maior coesão social. Deste modo, as medidas de promoção do envelhecimento ativo pretendem essencialmente diminuir as situações de isolamento, declínio a que esta população se encontra frequentemente sujeita devido à sua condição.

Segundo Ribeiro & Paúl (2011) o envelhecimento Ativo depende de uma variedade de influências que não dependem somente do individuo, mas também no meio ambiente que o rodeia e do suporte social. Nesta linha de pensamento, os autores supracitados consideram que para além de programas e medidas dirigidas à população idosos com o objetivo de promover um envelhecimento ativo, é necessário assegurar a existência de redes de apoio informal de forma a promover a autonomia, uma maior saúde mental e a satisfação com a vida, fatores tidos como essenciais para um envelhecimento ativo. Para Botelho (2005) para além da autonomia é necessário que no processo de envelhecimento ativo sejam ativos, visto que são um importante recurso para as suas famílias e comunidade. Deste modo, para o autor supracitado, o elemento chave para um envelhecimento ativo bem-sucedido passa pelo idoso manter o mais possível um estilo de vida ativo. Assim, é fundamental que os idosos no decurso do seu processo de

envelhecimento mantenham os níveis de atividade física que tinha durante a idade adulta, sendo para isso necessário fortalecer os seus compromissos e em última instância estabelecer novos vínculos.

O envelhecimento ativo requer assim uma pessoa ativa num mundo ativo. De acordo com Fernandez-Ballesteros (2009) só se é feliz quando se produz, quando se é ativo, e quando a pessoa se sente útil aos outros. Contudo, até à data não existe um padrão que nos demonstre como as pessoas envelhecem com satisfação. No entanto, Fonseca (2005) considera que um envelhecimento ativo e conseqüentemente bem-sucedido pressupõe um maior desenvolvimento e envolvimento pessoal de acordo com os valores e satisfação de cada um, sendo que este tipo de envelhecimento envolve obrigatoriamente um serie de processos que permitem ao idoso prosseguir com o seu desenvolvimento. De acordo com Fonseca (2005) é necessário termos em atenção que nem todos os idosos se adaptam à nova condição da mesma forma e não existe portanto uma forma melhor de se adaptar à nova condição. Porém existem elementos que podem auxiliar da adaptação à nova condição, dos quais podemos destacar: o estilo de vida saudável, a prática de atividade e exercício físico, realização de atividades enriquecedoras, adaptação ao meio que o rodeia. A estes elementos juntam-se os elementos económicos, sociais, de comportamento, e de saúde (WHO, 2002).

Assim, de acordo com Fernández-Ballesteros (2009, p. 97), pode considerar-se o envelhecimento ativo como o produto do *“processo de adaptação que ocorre ao longo da vida e através do qual se atinge um ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional e social”*. No que concerne à sua promoção, o mesmo autor menciona que é essencial termos em consideração os elementos anteriormente mencionados, as características individuais de cada idoso e do meio ambiente em que este se insere, bem como otimização das condições por meio de intervenções a vários níveis, sendo elas biomédicas, físicas, psicológicas e socio-ambientais, bem como a prevenção das doenças para além da maximização do bem-estar e da qualidade de vida na velhice. Assim, o envelhecimento ativo está estreitamente relacionado com os comportamentos adaptados pelos idosos, nesta etapa da sua vida.

2.5 Envelhecimento em meio rural e em meio urbano

As capacidades de adaptação dos idosos diminuem conforme a pessoa envelhece, o idoso fica mais sensível ao meio ambiente que é um determinante na promoção do bem-estar. Ou seja, os comportamentos e os afetos vão sendo cada vez mais influenciados por agentes externos ao indivíduo (Lawton, 1983, cit. por Sequeira & Silva, 2003). Segundo o modelo ecológico de Lawton (1983, 1989 cit. por Sequeira & Silva, 2003; Fonseca, 2005) o comportamento é transacional, ou seja, apenas pode ser entendido em função das variáveis presentes, só sendo inteligível na dinâmica das relações pessoa/ambiente. Este modelo propiciou conhecimentos que possibilitam afirmar que o contexto de residência tem um papel fundamental na compreensão do envelhecimento e no esclarecimento do porquê de alcançar (ou não) um envelhecimento bem-sucedido.

Lawton (1989 cit. por Fonseca, 2005) afirma ainda que, de uma maneira global, o ambiente rural fomenta menos pressão sobre os idosos (a confusão nas ruas é pouca, roubos e agressões são raros ou inexistentes, e o sentimento de segurança é maior).

Muitos dos idosos que aqui habitam continuam a cuidar dos seus animais e de parcelas de terrenos, conservando-se ativos e habilitados até que a força física o possibilite.

Estes vivem em maior consonância com o ambiente do que os idosos urbanos (Fonseca, Paúl, Martin & Amado, 2005). Melo & Neto (2003) referem que no meio rural o idoso tem um nível de vida melhor, com mais bem-estar e menos carências. Aqui o idoso é mais autónomo, ainda trabalha e todos são mais ou menos conhecidos entre si.

Por sua vez, envelhecer em meio urbano pode significar correr o risco de acabar a vida cada vez mais só, menosprezado, sem qualquer visibilidade social. Fonseca (2005) conta que para muitos dos idosos que vivem em cidades de grandes dimensões, as redes sociais de apoio são frágeis e o suporte social é insuficiente. Segundo Jardim (1991, citado em por Melo & Neto, 2003) os idosos que vivem em meios urbanos podem encontrar-se envolvidos no anonimato, com uma menor intimidade entre as pessoas, o que pode resultar numa diminuição da qualidade de vida.

Como pudemos ver atrás, o processo de envelhecimento é em parte determinado pelo contexto social em que a pessoa envelhece. Isto é, as alterações físicas, psicológicas e sociais que podem surgir com o envelhecimento podem ser atenuadas ou aumentadas pelo contexto em que o idoso se inclui. Dependendo das características de cada sujeito

específico, as características ambientais podem atuar quer como barreiras, quer como facilitadoras de certos comportamentos.

Para Sequeira & Silva (2003) o contexto sócio cultural em que a pessoa idosa se insere (mais do que a idade do idoso) pode ser determinante para o desenvolvimento da capacidade de reestruturação e manutenção da saúde intelectual e mental através de estratégias adequadas.

Na literatura são escassos os estudos que focalizam as disparidades da influência dos diferentes contextos de residência dos idosos na qualidade de vida, na depressão e na solidão.

Num estudo comparativo sobre a qualidade de vida e suporte social com idosos do meio rural e do meio urbano, Lopes (2004, citado em Ferreira, 2009) observou que, quanto ao suporte social, foi o meio rural que mostrou uma maior percepção de suporte social recebido. Simultaneamente, este autor presenciou a existência de correlações positivas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social.

Similarmente, Paúl & Fonseca (2005) avaliaram a satisfação e qualidade de vida em idosos de meio rural e de idosos de meio urbano. Ao compararem as sub-amostras rural e urbana verificaram que os idosos do meio rural apresentaram maior percepção de suporte social recebido, e uma rede de familiares e amigos mais alargados. Sendo que a justificação para este resultado foi a de que essas discrepâncias se devem às diferentes práticas culturais de sociabilidade em ambos os contextos. Acrescentam que no meio rural a intimidade é mais intensa que no meio urbano e isto pode ter efeitos no bem-estar psicológico do idoso. Neste mesmo estudo, verificaram ainda que, os idosos rurais manifestam um nível de autonomia superior, o que poderá estar associado à vida mais ativa que estes levam na pequena agricultura e criação de animais.

Num estudo realizado por Fonseca, Paúl, Martin & Amado (2003, cit. por Fonseca, 2005) em que procuraram avaliar os efeitos do contexto de residência no envelhecimento bem-sucedido, os autores constataram que as atitudes face ao envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos urbanos, e que o índice da satisfação com a vida é mais elevado nos idosos rurais. Após a análise de todos os dados obtidos, os autores atribuíram aos idosos rurais uma condição superior face ao envelhecimento bem-sucedido. Portanto estes mostraram ser mais ativos e, apesar de os autores referirem que estes idosos tiveram um nível de participação social baixo, este não é significativo. Pois é necessário ter em conta que neste meio de residência a participação social nunca foi alta nas fases anteriores do ciclo de vida, deste modo, mantêm o mesmo

nível durante o envelhecimento. Além disso, muitos destes idosos têm a vantagem de não terem enfrentado a passagem à reforma, pois muitos são agricultores e continuam a exercer a agricultura consoante o que ainda podem fazer.

Alguns estudos (Melo & Neto, 1999; Sequeira & Silva, 2003) sugerem que a grande desigualdade entre o meio rural e urbano, deve-se sobretudo à presença da atividade agrícola junto das pessoas mais idosas no meio rural. Esta é uma atividade que além de fazer com que o idoso se mantenha ativo, ainda incentiva a sociabilidade, ou seja, é uma atividade que permite aos idosos uma participação ativa na comunidade. Além disso, sustenta o sentimento de competência e de utilidade, essenciais à promoção da satisfação de vida.

Sequeira & Silva (2003) obtiveram resultados que vão ao encontro da perspetiva defendida por Rowles (1984, citado em por Sequeira & Silva, 2003) que nos diz que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento, uma vez que têm algumas vantagens, tais como: (a) facultar às pessoas maior familiaridade com o meio; (b) favorecem um ritmo de vida mais lento aos idosos, cujos tempos de reação possam estar lenificados; e (c) maior estabilidade populacional, proporcionando a manutenção dos laços afetivos, maior contacto, e uma maior rede de vizinhança, o que dita maior apoio instrumental, emocional e psicológico. Sequeira & Silva (2003) concluíram que os domínios rurais podem constituir-se como meios favorecidos pela promoção de redes de relação em que cada sujeito conhece os nomes, vida, saúde dos outros membros da comunidade, reduzindo a ameaça de ficar no anonimato e no esquecimento.

2.6 A pessoa idosa institucionalizada

O envelhecimento constitui uma fase de vida com características muito próprias, necessidade e interesses restritos. O envelhecimento é um processo irreversível na vida do ser humano e visível através das marcas físicas (cabelos brancos, declínio da memória, perda das capacidades físicas). A este período encontra-se associado o declínio das funções mentais (Assis, 2005). Assim, à medida que aumenta a idade as suas capacidades cognitivas vão se declinando e diminuindo (Vale, 2005). Num país que se caracteriza essencialmente pela sua cultura jovem, algumas pessoas podem não conseguir enfrentar a crise de meia-idade e assim o idoso pode sentir-se inseguro quanto à forma como deve agir. A velhice não é uma tarefa fácil de gerir para muitas pessoas idosas e por isso na

maioria das vezes a institucionalização em equipamentos sociais constitui uma resposta social. A institucionalização constitui assim uma resposta social que advém da dificuldade que os cuidadores sentem ao prestar os devidos cuidados ao idoso quando este se torna dependente. Segundo Paul (cit. in Lobo, 2006) a tarefa de cuidar da pessoa idosa gera, por norma, problemas de saúde mental e física não só para o cuidador como também para todos aqueles que o rodeiam (amigos e familiares). Nesta linha de pensamento torna-se emergente a entrada da pessoa idosa na instituição.

2.7 Saúde e bem-estar da pessoa idosa

2.7.1 Qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa idosa

O conceito de qualidade de vida é utilizado num contexto de linguagem comum e no contexto de pesquisa científica em diferentes áreas, como por exemplo, na saúde, na economia, na sociologia, na educação, na psicologia, entre outros.

Definir qualidade de vida não é tarefa simples, o conceito é complexo, ambíguo, lato, volúvel e difere de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até num mesmo indivíduo se modifica com o decorrer do tempo: o que hoje é boa qualidade de vida pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo e espaço (Meneses, 2005).

A qualidade de vida está relacionada com a perceção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia sendo avaliada por critérios, tais como, a educação, a formação de base, a atividade profissional, as competências adquiridas, o otimismo, as necessidades pessoais e a saúde. Estes critérios são valorizados de forma diferente por cada indivíduo consoante as circunstâncias: físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas em que este se encontra. Giovanni (1998, p. 33) refere “*Qualidade de vida significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Envolve, portanto, saúde, educação, transporte, residência, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e determinem como vive o mundo*”. A partir dos anos 80 considerou-se que qualidade de vida envolvia diferentes perspetivas, entre elas a biológica, psicológica, cultural e económica, ou seja, o conceito era multidimensional. No entanto, só na década de 90 se chegou à conclusão acerca da multidimensionalidade e também da subjetividade deste conceito, uma vez que

cada indivíduo avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal, nas diferentes perspetivas de qualidade de vida (Ribeiro, 1994).

O que é considerado como boa qualidade de vida numa determinada época modifica-se à medida que a ciência e a tecnologia avançam; a saúde e a habitação se desenvolvem, o poder económico melhora. Assim sendo, o que há alguns anos era considerado como boa qualidade de vida, poderá já não o ser atualmente, como refere Cabral (1992, p. 22), “*As necessidades dos consumidores evoluem de forma natural, com uma dimensão histórica e cultural, fazendo com que aquilo que há anos atrás era considerado como um nível de vida aceitável já não o ser hoje.*” Neste contexto, qualidade de vida apresenta-se como um conceito moderno e em constante evolução.

Numa perspetiva cultural qualidade de vida é um conceito intimamente ligado com a educação na infância, nesta fase da vida os pais transmitem aos filhos hábitos e valores próprios inerentes ao meio cultural onde estão inseridos.

Os média também exercem influência na qualidade de vida a nível cultural, pois, tendo em atenção a cultura da população alvo, publicitam, a toda a hora, aquilo que supostamente é imprescindível para ter qualidade de vida. Como refere Walter, (1992 cited in Leal, 2008, p 45), “*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.*”

Na perspetiva económica qualidade de vida diz respeito ao suporte financeiro e aos bens materiais que cada indivíduo possui bem como aos sentimentos que a eles se encontram associados. Alguns indivíduos consideram possuir qualidade de vida a nível económico, apesar de não possuírem muitos recursos financeiros, enquanto outros, pelo contrário, apesar de possuírem muitos recursos financeiros não se consideram com qualidade de vida, nesta perspetiva, uma vez que aspiram, ainda, a uma maior riqueza e obtêm todos os bens materiais desejados. A este nível é corroborada a ideia de que não existe um consenso acerca do conceito de qualidade de vida nesta perspetiva, apesar de cada vez mais indivíduos relevarem o facto de ser importante possuir o suficiente e não estar preocupado com o acumular de bens materiais (Pais-Ribeiro, 2004).

Neste sentido, Belinky (2007, p. 94) refere “*o importante é planejar-se para ter o suficiente, sem consumir com exagero e desperdício.*” Ainda neste pode-se afirmar não é

o excesso de bens materiais e financeiros sinónimos de qualidade de vida em termos económicos. Efetivamente, o ideal era que todos os indivíduos possuíssem o necessário para a sua subsistência merecida.

Na perspetiva biológica qualidade de vida é considerada como a perceção que o indivíduo possui da afeção física, a capacidade que supõe ter para realizar determinadas tarefas, as quais, antes de se terem efetuado mudanças no seu estado de saúde, realizava sem dificuldade. Qualidade de vida é importante no contexto de reflexão bioética pois intervém com solicitude no que concerne à dor e /ou sofrimento das pessoas e também no que concerne á universalidade e acessibilidade de assistência adequada, na exigência de implementação dos princípios de beneficência, da não maledicência e da justiça (Silva, 2003)

Na perspetiva psicológica qualidade de vida é auto estima e respeito pelos outros, é saber ultrapassar as adversidades da vida mantendo o equilíbrio mental, é saber aproveitar os momentos da 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. Qualidade de vida encontra-se, assim, dependente do indivíduo e da sua interação com os outros e com a sociedade. Neste sentido para a OMS (1995: 4) *“qualidade de vida é a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*.

Para Sousa, Galente & Figueiredo (2003) qualidade de vida não é só a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, mas é também o desenvolvimento social (moradia, educação, saúde, transporte, lazer, trabalho), desenvolvimento económico (recursos económicos suficientes para satisfazer as necessidades humanas básicas) e desenvolvimento humano (caridade e humildade).

Assim e de acordo com Katschnig (2000), poderemos definir qualidade de vida como o resultado da soma do meio ambiente físico, social, cultural, espiritual e económico onde o indivíduo está inserido; dos estilos de vida que este adota; das suas ações e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio ambiente que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.

A Animação Sociocultural é uma área de intervenção que pode servir de grande suporte para inferir diretamente nos níveis de qualidade de vida. Assim, entre as

múltiplas definições possíveis, salientamos a de Ander-Egg (1986, p. 44), a Animação Sociocultural pode ser compreendida como *“um conjunto de técnicas sociais que, baseadas numa pedagogia participativa, tem como finalidade promover práticas e atividades voluntárias que, com a participação ativa das pessoas, se desenvolvem num seio de um grupo ou comunidade determinada, e se manifesta nos diferentes âmbitos das atividades socioculturais que procuram a melhoria da qualidade de vida.”*

Enquanto promotora de qualidade de vida a animação sociocultural, pode ser encarada como uma forma de fazer com que todas atividades humanas tragam à pessoa uma grande satisfação no ato da realização. Assim, estas atividades têm como objetivo tentar adaptar o indivíduo à sociedade, de forma a reduzir o isolamento social, proporcionando distração e prazer. Neste sentido, Jacob (2007) considera que a animação para a população idosa constitui uma maneira de promover o desenvolvimento e a qualidade de vida nesta faixa etária a todos os níveis desde o desenvolvimento mental, ao desenvolvimento físico e afetivo. Para o mesmo autor, a animação sociocultural atua ao nível intelectual, biológico, psicológico e social.

2.7.2 Modelos de qualidade de vida

Segundo Meneses (2005) não existem muitos modelos do âmbito da Qualidade de Vida. No entanto, é possível identificar determinados modelos teóricos subjacentes à qualidade de vida.

Para Fleck (2008) menciona que a qualidade de vida pode ser agrupada com base em dois modelos distintos. Assim, no âmbito desta investigação pode-se mencionar o modelo da satisfação.

O modelo da satisfação tem que ver com a relação direta que existe entre a satisfação com os vários domínios da vida que o indivíduo define como sendo para o próprio (Fleck, 2008). Segundo este autor, o sentido de satisfação constitui uma experiência subjetiva tendo em consideração os conceitos de bem-estar e felicidade, é possível fazer uma associação entre o nível de satisfação do indivíduo e os conceitos de felicidade e bem-estar. Assim, os indivíduos apresentam níveis de satisfação e bem-estar distintos consoante as suas expectativas.

Na literatura existem duas contribuições pertinentes para o modelo teórico da satisfação. Os autores Thomas Mores & Maslow são os primeiros a contribuir para este

modelo mencionando que o ser humano para se sentir bem terá em primeiro lugar que preencher as suas necessidades básicas, por exemplo: nutrição, mobilidade, funcionamento intelectual entre outros (Fleck, 2008).

No entanto, a abordagem cognitiva individual considera que a qualidade de vida é uma percepção idiossincrática e que assim só pode ser medida de forma individual (Fleck, 2008)

Após a revisão da literatura e com base no modelo apresentado podemos mencionar que a qualidade de vida é uma condição que se alcança através da mobiliação de diferentes domínios que originam a interpretação da vida (Pereira & Silva, 2001).

Neste sentido, Paúl, & Fonseca (2005) consideram no que concerne à qualidade de vida da pessoa idosa é pertinente ter em consideração as medidas de natureza material, emocional, social e de saúde. Ramos (2001) considera que na qualidade de vida da pessoa idosa o aspeto mais sobrevalorizado é a saúde. No entanto, quando a investigação privilegia o modo como cada pessoa idosa se avalia constata-se que para além da saúde, as pessoas idosas consideram as relações com os outros, a forma como utilizam o seu tempo e as emoções positivas como elementos inerentes à qualidade de vida (Ramos, 2001). Perante exposto até ao momento, a qualidade de vida da população idosa depende essencialmente de fatores como: a saúde, capacidade funcional, relações interpessoais, convicção da sua utilidade (Ramos, 2001).

Já Sousa, Galante e Figueiredo (2003) referem que a qualidade de vida na pessoa idosa tem sido associada a questão da autonomia relacionando-a com as mudanças ocorridas a nível biológico e a nível social.

Para Hortelão (2003) a qualidade de vida da pessoa idosa está relacionada à junção entre a ausência de doença, suporte social e o bom funcionamento cognitivo e físico.

2.7.3 As pessoas idosas e a qualidade de vida

A partir do momento em que a qualidade de vida passou a ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, surgiu uma crescente preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas. Também o crescente envelhecimento da população tem vindo a fomentar o interesse por esta temática (Paúl & Fonseca, 2005).

Jacob (2007) ao fazer uma revisão de estudos sobre a qualidade de vida dos idosos observou que esta está dependente sobretudo dos seguintes determinantes: a) possuir autonomia para executar as atividades do dia-a-dia; b) manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; c) ter recursos económicos suficientes; e d) realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente. Apesar destas conclusões, temos de ter sempre em conta que a qualidade de vida varia de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, as experiências de vida e outros determinantes pessoais. Além disso, os idosos estão sujeitos a estas e outras circunstâncias específicas do processo de envelhecimento que podem levar a uma diminuição da qualidade de vida. Na literatura encontramos, além dos já referidos, ainda outros determinantes, nomeadamente, o estilo de vida, os apoios sociais e de saúde, a disposição, a espiritualidade, as redes sociais, o desempenho de atividades, o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social (Sousa & col., 2004; Paúl & Fonseca, 2005; Santos, 2008).

Perante o exposto podemos referir que a maior ou menor qualidade de vida das pessoas idosas está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem.

No âmbito do Projeto WHOQOL-OLD foi realizado um estudo por Fleck, Chachamovich & Trentini, (2003), com o objetivo de avaliar as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice. Neste estudo foram entrevistados quatro grupos de idosos (1) saudáveis com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos, (2) doentes com essas mesmas idades, (3) saudáveis com mais de 80 anos e (4) doentes com mais de 80 anos; e um grupo de cuidadores de idosos. Estes autores puderam observar que, quando foram colocadas questões abertas em relação à definição e aos aspetos positivos e negativos de qualidade de vida, os grupos mostraram uma propensão para a associação entre qualidade de vida e bem-estar. Verificaram também que existem certos aspetos de qualidade de vida que são notados em todos os grupos de idosos, tais como saúde, sociabilidade, suporte social, atividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade. Aspetos estes que vêm reforçar a ideia da multidimensionalidade do conceito qualidade de vida.

Bowling (1995, citado em Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003) realizou um estudo onde questionou os idosos sobre o que julgavam importante na determinação da qualidade de vida.

Foram entrevistadas pessoas de várias idades, da comunidade, com e sem doenças. O autor constatou que, os idosos distinguem-se das outras faixas etárias unicamente por

atribuírem menor utilidade às atividades laborais, e maior importância à saúde que os jovens.

A importância dos relacionamentos sociais como recurso na qualidade de vida tem sido corroborada por vários autores na literatura (Krause, 2001, Bosworth & Schaie, 1997, Krause, 1997, Bowling, Banister & Sutton, 2003, cit. por Paúl & col., 2005). Além disso, a interação social pode contribuir para a adaptação ao envelhecimento.

Segundo Paúl (2005) as redes de suporte social não surgem associadas à satisfação de vida dos idosos, mas estão claramente ligadas à qualidade de vida (no seu todo e nos seus vários domínios). Os mesmos autores acrescentam que: “Satisfação de vida” e “qualidade de vida” são conceitos diferentes, pois a satisfação de vida é uma variável intrapsíquica relacionada a características de personalidade, enquanto a qualidade de vida está ligada a variáveis sócio demográficas, físicas e de contexto. Também Heller (1991, citado por Ferreira, 2009) referem que estudos com idosos têm comprovado uma interação entre as variáveis redes sociais e saúde física e mental.

Como grande parte da população atingirá a terceira idade na próxima década, existe a necessidade de compreender melhor quais as funções (cognitivas e motoras) que permanecem nesta fase da vida e como promover a qualidade de vida neste período (James & Wink, 2006).

Como referido anteriormente, o conceito de qualidade de vida é um constructo geral que engloba diversos fatores (ambientais, modo de vida, satisfação entre outros). Contudo, tudo leva a crer que o conceito de qualidade de vida pode ser distinto consoante a população ou faixa etária, ou seja, o constructo não tem o mesmo significado quando nos referimos a um jovem adulto ou a uma pessoa idosa.

Neste sentido, Paúl, & Fonseca (2005) consideram que para se proceder à avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa é pertinente ter em consideração as medidas de natureza material, emocional, social e de saúde. Esta ideia vai de encontro ao apresentado por Ramos (2001), o autor considera que quando se aprecia a qualidade de vida da pessoa idosa o aspeto mais sobrevalorizado é a saúde. No entanto, quando a investigação privilegia o modo como cada pessoa idosa se avalia constata-se que para além da saúde, as pessoas idosas consideram as relações com os outros, a forma como utilizam o seu tempo e as emoções positivas que podem auxiliá-los a suportar os efeitos dos tratamentos (Ramos, 2001 p. 228). Assim, a qualidade de vida da população idosa depende essencialmente de fatores como: a saúde, capacidade funcional, relações interpessoais, convicção da sua utilidade (Ramos, 2001).

Já Sousa, Galante e Figueiredo (2003) referem que a qualidade de vida na pessoa idosa tem sido associada a questão da autonomia. Nesta faixa etária a autonomia encontra-se estreitamente relacionada com as mudanças ocorridas a nível biológico e a nível social.

Para Hortelão (2003) a qualidade de vida da pessoa idosa está relacionada à junção entre a ausência de doença, suporte social e o bom funcionamento cognitivo e físico. O estudo levado a cabo por Silva (2005), sobre as representações dos idosos, sobre a qualidade de vida demonstra que a população idosa identifica as seguintes representações: saúde física, dependência, autonomia.

Tendo em consideração que a inserção nos equipamentos sociais ocorre, por norma, derivado da incapacidade funcional da pessoa idosa, associado à insuficiência ou à ausência de apoios (Silva & Rezende, 2005) e com o aumento da longevidade torna-se pertinente aprofundar o estudo da qualidade de vida da população idosa residente em equipamentos sociais, de modo a promover uma melhor compreensão da temática com vista a melhorar a qualidade de vida nesta faixa etária.

Bowling (1995, citado em Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003) entrevistou um conjunto de sujeitos com o intuito de os questionar acerca do que julgam ser importante na determinação da sua qualidade de vida. A investigação demonstra que a população idosa atribui menor relevância às atividades laborais e conseqüentemente atribuem maior importância à saúde comparativamente aos jovens. O estudo de Fleck, Chachamovich & Trentini (2003) no âmbito da avaliação da qualidade de vida da população idosa entrevistou cuidadores e idosos saudáveis, com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos. Neste estudo os cuidadores consideraram que a qualidade de vida pode ser prejudicada por fatores como a falta de atenção e amor, dificuldades em acompanhar os avanços tecnológicos. No que diz respeito ao que poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa os cuidadores referiram que a preparação dos jovens para lidar com o envelhecimento, amor, motivação e contato com a família.

Os autores Lai, Tzeng, Wang, Amidon & Kao (2005) mencionam que as investigações levadas a cabo têm demonstrado que a população idosos residente em equipamentos sociais apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida, no que respeita, à saúde são aqueles que têm boa condição física, ausência de doenças crónicas e mais contato com os cuidadores. Os autores (Lai, Tzeng, Wang, Amidon & Kao, 2005) dedicaram-se ao estudo da qualidade de vida, na população idosa institucionalizada em Taiwan. Os resultados do estudo evidenciam que o aspeto mais importante nos idosos institucionalizados é o auto- cuidado (incapacidade funcional).

No estudo realizado em Portugal por Pinho (2005), sobre a população idosa residentes em equipamentos sociais e não residentes em equipamentos sociais, no que respeita à expectativa face à saúde, os idosos residentes relatam uma melhoria na sua saúde ao passo que os idosos não residentes em equipamentos sociais consideram a sua saúde frágil.

Fernandes (2000) realiza um estudo também em Portugal com uma amostra comparativa de pessoas idosas institucionalizados e não institucionalizados num período de seis meses e verificou que as pessoas idosas que se encontravam a residir na instituição há mais tempo tinham menores sentimentos de auto – eficácia, bem como menores índices de qualidade de vida. Neste sentido, Lopes & Siedler (2004) menciona os relacionamentos sociais como um fator importante para o regulamento da qualidade de vida, ou seja através estrutura e função das redes sociais o indivíduo consegue aumentar os seus próprios recursos sociais e desta forma melhora a sua adaptação ao envelhecimento. O autor considera ainda que uma vida social que seja estimulante pode eventualmente estimular as capacidades cognitivas das pessoas idosas, sejam estes institucionalizados ou não institucionalizados (Lopes, 2004). Neste sentido, os autores Lai, Tzeng, Wang, Amidon & Kao, (2005) salientam que a pessoa idosa que reside em instituições tem poucas oportunidades para participar em atividades de lazer ou recreativas.

De encontro a esta ideia a investigação conduzida por Humphries & Van (2000, citado em Lai, Tzeng, Wang, Amidon & Kao, 2005), comprova que a maioria da população idosa institucionalizada revela não aproveitar a vida e que a vida não faria sentido. Assim denota-se humor depressivo, sendo este um forte preditor de pior perceção de bem-estar.

Desta forma pode-se constatar que os estudos que se debruçam sobre a qualidade de vida em populações idosas institucionalizados têm relevado resultados distintos entre si. Assim é pertinente que neste âmbito se tenha em consideração o contexto cultural e social durante as investigações.

2.7.4 Bem-estar nas pessoas idosas

O conceito de Bem-Estar marca o início dos estudos efetuados no âmbito da saúde mental e, neste sentido, o constructo tem sido abordado em duas áreas distintas: uma no

âmbito da saúde mental e a outra mais focalizada nos aspetos psicossociais, dos quais pode-se destacar: a satisfação com a vida e com as condições inerentes à mesma. Neste último contexto, atualmente, os estudos científicos (Novo, 2003, Martins, 2010) enfatizam o bem-estar subjetivo, visto que o mesmo se encontra relacionado com a satisfação com a vida e com os aspetos de cariz emocional. Segundo Novo (2003), o conceito de bem-estar subjetivo emerge da necessidade de identificar as características socio demográficas, que estão efetivamente relacionadas com a qualidade de vida, tendo em consideração a avaliação que os próprios sujeitos fazem das suas vidas. Para o autor supracitado, o bem-estar é constituído por três elementos que se relacionam entre si, mas que podem ser encarados de forma distinta, entre os quais pode-se destacar: o afeto positivo e negativo, e a satisfação com a vida (que inclui entre outros aspetos a satisfação no local de trabalho), sendo abordado a partir da noção de felicidade. Deste modo, a satisfação com a vida e a qualidade de vida é tida como uma dimensão do bem-estar subjetivo de natureza cognitiva, que representa o balanço que o indivíduo faz da sua vida de uma forma geral (Galinha, 2008). A satisfação com a vida pode assim ser encarada como um julgamento cognitivo da qual depende a comparação com as inúmeras circunstâncias, com as quais o indivíduo se depara no quotidiano.

Segundo Novo (2003) o bem-estar é um constructo multifacetado que engloba diversas dimensões, como os processos cognitivos, emocionais e afetivos, sendo concebido numa perspetiva abrangente, como resultado de um conjunto de processos dos quais fazem parte a aceitação de si, o crescimento pessoal, os objetivos de vida, as relações que estabelece com os demais e com o meio que o rodeia, e a autonomia.

Contudo, atualmente ainda existe uma panóplia de definições e alguma confusão em torno do conceito sendo difícil defini-lo com exatidão. No que concerne ao bem-estar relacionado com a população idosa a sua conceptualização fica ainda mais difícil. Segundo Paúl (1992) o bem-estar nos idosos engloba diversas dimensões, como a personalidade, as atitudes e os estados de humor que se encontram relacionados com o meio em que estes se encontram inseridos. Assim, segundo o autor Só a partir de uma análise transaccional da unidade ecológica pessoa/ambiente seremos capazes de compreender o Bem-Estar nesta população. Nesta linha de pensamento, Paúl (1992) menciona que só faz sentido nos debruçarmos sobre o bem-estar nos idosos se tivermos em consideração uma abordagem holística, ou seja, considerando o indivíduo no seu todo desde o seu contexto até às suas experiências.

Os estudos científicos levados a cabo por Simões (1992) demonstram que existem diferenças significativas em função da idade no que concerne ao bem-estar e satisfação com a vida. Neste sentido, os resultados apontam para maior satisfação com a vida em indivíduos de meia-idade, sendo que a satisfação e bem-estar ia diminuindo à medida que os anos avançavam, estando estes constructos condicionados pelos fatores/ elementos de cariz económico e social. Deste modo, Miguel, Carvalho & Baptista (2000) consideram que a ansiedade pode ser um fator que também condiciona o bem-estar e a satisfação com a vida em idosos, bem como a sua saúde, dado a ansiedade pode efetivamente provocar alterações no sistema imunológico do indivíduo, tornando-o desta forma mais suscetível ao aparecimento de doenças.

Paúl (1992) tenta através dos estudos efetuados chegar a um modelo que explique o porquê das preocupações, ansiedade e stress serem fatores que influenciam a bem-estar e a saúde dos idosos. Deste modo, refere que os recursos pessoais, o nível de educação, o estatuto, o sexo, a idade e o estado civil são fatores externos, antecedentes causais da saúde, stress e felicidade. Adicionalmente, constata que ao nível do estado civil, são os idosos casados que apresentam maiores indicadores de Bem-Estar.

Para Barros (2008) a par do fator mencionado (estado civil) temos de considerar a idade outros fatores a ela associados que podem ser determinantes no bem-estar do idoso, como a saúde a perda de familiares e/ou amigos. Para Barros (2008) os fatores não podem ser compreendidos isoladamente porque por si só não explicam o bem-estar da pessoa idosa. Assim, sendo Diener & Suh (1998) referem que o bem-estar e a satisfação com a vida nos idosos não modificam com a idade, desde que o idoso consiga manter as condições essenciais ao seu bem-estar e saúde. Nesta linha de pensamento, McConatha, Jackson & Berger (1998) mencionam que a satisfação com a vida pode ser continua desde que a pessoa tenha controlo sobre a sua própria vida, sendo que isto acontece sobretudo nos homens, denotando-se um decréscimo, na satisfação e bem-estar, no caso das mulheres idosas. Barros (2008) cita o estudo de Campbell realizado em 1976, onde conclui que indivíduos mais novos obtêm pontuações mais elevadas no domínio da felicidade e satisfação com a vida, contrariamente aos idosos que evidenciam pontuações mais baixas na felicidade, mas obtêm pontuações mais elevadas no que concerne à satisfação com a vida. Para Barros (2008) estes resultados evidenciam e sugerem diferenças significativas em relação à idade, à cognição e aos afetos, como sendo fatores condicionantes do bem-estar nos idosos.

2.8 A atividade física na terceira idade

Para a American College of Sport Medicine (ACSM, 2009) a atividade física consiste em todo o movimento produzido pelo corpo através da contração dos músculos esqueléticos que provoca um aumento de energia dependida. Já o Exercício físico tem que ver com os movimentos repetitivos, previamente planejado e estruturado para melhorar ou manter as capacidades físicas do indivíduo.

Mazo (2008) define a atividade física como sendo qualquer movimento voluntário produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta no dispêndio de energia. Assim, para o autor supracitado atividade física tem que ver com todos os exercícios que são realizados durante cotidiano, que vão desde as tarefas mais simples (de lazer) às mais complexas e organizadas. Além disso, aptidão física diz respeito ao conjunto de características possuídas ou adquiridas por um indivíduo. Estas por sua vez promovem um estado de bem-estar, diminuindo os riscos do indivíduo padecer de problemas de saúde.

2.8.1 Os benefícios da atividade física para a população idosa

À medida que a idade avança, as pessoas têm tendência para se tornar menos ativas, provocando conseqüentemente para uma diminuição da atividade física. Por outro lado, nesta faixa etária o aparecimento das doenças crônicas contribui ainda mais para o processo degenerativo (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001). Assim, sendo o mesmo autor, é no aparecimento das doenças crônicas que reside problema do sedentarismo, também ele responsável pelas modificações que ocorrem na pessoa idosa.

Segundo Mazo (2008) a grande maioria dos efeitos associados ao envelhecimento surge devido à imobilidade e à má adaptação do idoso à sua nova condição e não tanto devido ao aparecimento de doenças crônicas. Para o mesmo autor, nesta faixa etária e tendo em consideração o envelhecimento ativo e assim a atividade física emerge como sendo uma estratégia que nos permite aumentar o bem-estar e a qualidade de vida para a população idosa, diminuindo assim a dependência funcional e a falta de autonomia. Para além do mencionado a atividade física quando conjugada ao exercício físico planejado e ajustado às características de cada idoso promove também a diminuição do aparecimento

de doenças crónicas e influencia a esperança média de vida, bem como todo o processo de envelhecimento (Spidurso, 2005).

Nesta faixa etária a atividade física surge efetivamente como um meio de modificar os hábitos, os estilos de vida e o comportamento dos idosos, visto que os mantém ativos e retarda o envelhecimento (Benedetti, Goncalves & Mota 2007) Para o autor, em todo o mundo tem surgido de forma continuada programas de atividade física para idosos, com o intuito de envolver os participantes socialmente e fomentar hábitos de vida saudáveis por meio de uma prática regular de exercício físico. Caetano (2004) menciona que os programas de atividade física dirigidos sobretudo aos idosos tem como principal objetivo estimular um envelhecimento ativo, essencialmente através de três medidas: promover o envolvimento de programas de atividade física que sejam adaptados às condições fisiológicas e características dos idosos, capacidades funcionais, motivação; encorajar a motivação e a participação dos idosos nestes programas, bem como em atividades do quotidiano que exijam algum movimento; ajustar as características do meio para que o idoso possa participar sem condicionantes nos programas de atividade física. Estas medidas estão também descritas no programa nacional de saúde para pessoas idosas com referência às três medidas, anteriormente mencionadas de intervenção no envelhecimento ativo (Direção Geral de Saúde, 2004).

Segundo Benedetti et al (2007) os resultados dos programas de atividade física realizados com idosos demonstram existem inúmeras vantagens em se praticar exercício físico na terceira idade fazendo referência sobretudo aos ganhos na melhoria da qualidade de vida, a nível psicológico, físico e social. Assim, manter uma vida ativa é um elemento essencial para se ter um envelhecimento ativo. Deste modo, a atividade física deve ser sempre incutida e estimulada nos idosos como forma de manter a independência funcional (Matsudo, 2006).

A atividade física quando dirigida à população idosa também tem um papel fulcral, no que concerne ao aspeto social e psicológico. Para, o autor supracitado, é importante destacar que a atividade física possibilita aos idosos uma oportunidade de contacto social, promovendo desta forma as funções emocionais, cognitivas, e sociais que contribuem para o tratamento de sintomas como a depressão e ansiedade.

Passamos, então a analisar os benéficos da atividade física para a população idosa, nomeadamente no que concerne aos benefícios da prática da atividade física para a melhoria da qualidade de vida e saúde do idoso.

Mazo (2008) menciona ainda um conjunto de benefícios associados à prática da atividade física, nas populações idosas fazendo referência aos benefícios de saúde, psicológicos e sociais. Assim, os estudos científicos realizados neste âmbito demonstram que idosos que participaram em programas obtiveram melhorias ao nível do desempenho cognitivo (Colcombe & Kramer, 2003). Para além do mencionado constata-se também uma melhoria significativa no que concerne às capacidades intelectuais (Spirduso, 2005). Para Spirduso (2005) a prática da atividade física na terceira idade, para além do exposto, ao nível psicológico, contribui para o relaxamento e redução dos níveis de stress e ansiedade, para um menor declínio cognitivo em indivíduos ativos. Para além dos benefícios mencionados é importante mencionarmos ainda a melhoria da atenção e concentração, bem como a diminuição ocorrência de demência ou de doenças degenerativas. No entanto, os estudos evidenciam ainda efeitos positivos da atividade física na população idosa para a construção de sentimentos de autoeficácia e superação de obstáculos com que se deparam no seu quotidiano. Deste modo, Mazo (2008) menciona que a autoeficácia se encontra relacionada com a autonomia, sendo portanto importante que este constructo não seja somente um efeito da prática regular de atividade física, mas também um elemento a ser considerado aquando da alteração comportamental. Nesta linha de pensamento, o autor supracitado, menciona existirem alterações significativas nas funções cognitivas dos indivíduos com a prática de atividade física, sendo portanto necessário que se promovam atividades que apresentem exigências e benefícios a nível cognitivo, para fomentar um processo cognitivo mais rápido e mais eficiente, melhorias na velocidade de processamento e no desempenho psicomotor.

Para além, dos benefícios psicólogos importa ainda fazer referência aos benefícios sociais da prática de atividade física para os idosos. Assim, neste contexto podemos mencionar que a prática regular de atividade física, sobretudo aquela que é realizada em grupo, visto que a mesma promove e fomenta novas amizades e criar novos interesses, o que faz com que os idosos estejam mais seguros de si mesmos, o que conseqüentemente acaba por facilitar a sua interação com os demais a nível social. Segundo Matsudo (2008) este sentimento de segurança tanto aliado à prática de atividade física melhora a qualidade de vida e autoconceito, verificando-se portanto uma diminuição ao nível dos sentimentos negativos e depressivos. Deste modo, segundo Deforche & Bourdeaudhuij (2000), a atividade física, para a população idosa, deve efetivamente promover o contacto social, a comunicação, a socialização e a comunicação entre os elementos do grupo. Nesta linha de pensamento, os mesmos autores consideram que a prática de atividade física se torna

essencial e fulcral precisamente para os idosos que vivem sozinhos e que por vários motivos se encontram mais isolados e com contacto e suporte social mais reduzido, dado que a prática regular de uma atividade física pode aumentar a interação social e maior autonomia, retardando o período de dependência em idades mais avançada, acabando efetivamente por favorecer os aspetos relacionados direta ou indiretamente com a capacidade para realizar atividades de vida. Assim segundo Shephard (1991) a atividade física tem efetivamente um efeito positivo sobre o desenvolvimento global da pessoa e sobre as suas emoções. Assim sendo, é cada vez mais notória a importância da atividade física na vida do idoso, nomeadamente ao nível do bem-estar.

2.8.2 Atividade física na saúde e bem-estar da pessoa idosa

O exercício físico tem vindo a ser indicado como uma forma de combater o aparecimento e /ou desenvolvimento de doenças, assumindo assim um papel fulcral na promoção da saúde e qualidade de vida (Barreiros, 2006). Assim, o aumento de esperança de vida e longevidade pressupõe mudanças a vários níveis dos quais destacamos: os comportamentos e alterações aos estilos de vida e valores, atendendo às necessidades de satisfação, autonomia e participação social do idoso (Eurostat, 2011). Nessa linha de pensamento, é cada vez mais necessário acrescentarmos “ vida aos anos” sendo este um objetivo individual de cada um e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas. Assim, a atividade física, é considerada como um aspeto fundamental para a promoção da saúde e conseqüente qualidade de vida nos idosos. A WHO (2012) salienta a crescente importância da atividade física como sendo uma forma de prevenir doenças e aumentar o bem-estar e a qualidade de vida na pessoa idosa. Segundo a mesma entidade, nenhuma outra medida preventiva tenha um impacto tão global como esta na saúde da pessoa idosa.

Paterson, Jones & Rice (2007) refere que a atividade física, quando devidamente planeada estruturada, e sistémica promove um aumento da qualidade de vida e conseqüentemente uma diminuição da diminuição de doenças, tais como: as doenças crónicas, hipertensão, diabetes, problemas do foro psicológico, síndrome metabólica.

Existem evidências que demonstram que a atividade física praticada com regularidade aumenta os comportamentos e estilos de vida saudáveis, ao mesmo tempo que minimiza os efeitos fisiológicos de um estilo de vida sedentário e aumentar a

autonomia, bem como a capacidade para realizar atividades de vida diária, limitando desta forma o desenvolvimento de doenças crônicas e incapacitantes (ACSM, 2009).

Associado a uma prática regular de AF estão inúmeros benefícios para a saúde física e mental. Segundo o Department of Health and Human Services (2012) a atividade física constitui um elemento fulcral para que se tenha um estilo de vida ativo. Neste sentido, a atividade física influencia diretamente a capacidade do idoso para realizar as atividades de vida diárias. Neste sentido, os estudos científicos têm feito referência a fatores que são determinantes para uma boa QV em idosos, tais como: a longevidade, saúde física/mental, autossatisfação, capacidades cognitivas e competência social, a continuidade de papéis sociais, familiares e ocupacionais, as relações interpessoais e sociais, a autonomia e independência e um estilo de vida ativo (Kong, Bean, & Stephens, 1995). Face aos múltiplos e distintos fatores que influenciam a QV com ênfase nos aspectos relacionados com a saúde, hoje em dia fala-se também em QV relacionada com saúde (Paschoal, Jacob Filho, & Litvoc, 2008).

Para Mazo, Lopes & Benedetti (2001) a atividade física constitui uma forma dos indivíduos atingirem bons níveis de saúde física e mental, desenvolver maior integração e participação, despertar alegria, satisfação e desejo de viver, desenvolver capacidades de ação, contribuir para a melhoria dos desempenhos cognitivos e melhorar as tensões emocionais. De acordo com o MacArthur Foundation Study of Aging in America (citado em Simões, 2005) as pessoas idosas sentem-se felizes, na medida em que conseguem estabelecer relações interpessoais e encontrar atividades com significado para elas.

Videira (2005) corrobora com as ideias apresentadas e mencionada que a atividade física regular pode não só retardar o envelhecimento, contribuindo desta forma para que prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, que se relaciona com a perda de autonomia e independência que efetivamente representam as principais causas associadas à perda de qualidade de vida no idoso.

Beneditti et al (2007) a prática de atividade física regular nos idosos reduz o risco de mortalidade e de morbidade, ao passo que a inatividade física é constitui um fator de risco importante para o aparecimento de doenças crônicas.

Martins (2010) considera que o desenvolvimento intenso das atividades regulares por parte dos idosos tem-se correlacionado positivamente a qualidade de vida e conseqüente satisfação com a vida.

Segundo Martins (2010) a prática regular de atividades, bem como o desenvolvimento de atividades de lazer têm-se revelado na vida do ser humano como um

fator de grande importância, visto que contribui efetivamente para uma melhoria do estado de espírito dos indivíduos e, por outro lado, permite amenizar os efeitos inerentes ao processo de envelhecimento.

De forma resumida e de acordo com Ogden (2004) os benefícios da atividade física são melhoria da função cardiovascular; melhoria no esforço do trabalho. Para o mesmo autor os benefícios encontram-se associados ao bem-estar físico e psicológico dos participantes. Ainda de acordo com o autor, a atividade física e a prática regular de exercício melhora o estado de espírito, a disposição e a energia, autoestima, existindo assim uma relação entre o exercício físico e a redução da ansiedade e problemas do foro psicológico. Para além do mencionado, a atividade física, nos idosos parece estar associado, como constatamos, à promoção e melhoria da qualidade de vida (Oliveira, 2006).

Perante o exposto até ao momento, é importante mencionar que nesta faixa etária, os estilos de vida sedentários, são constantemente incutidos, sendo cada vez mais necessário promovermos a prática de uma atividade física, com o principal intuito promover a qualidade de vida, visto que à medida que o ser humano envelhece, torna-se facilmente um ser mais dependente de terceiros. Assim a atividade física surge um elemento capaz de proporcionar a sua independência funcional, influenciando a sua autonomia e qualidade de vida (Mota & Esculcas, 2002).

Contudo e apesar dos benéficos na atividade física para os idosos temos de ter em consideração que a atividade física, deve sempre que possível, ser adaptada às características e limitações de cada indivíduo. (Caetano, 2004). Para o mesmo autor, os benefícios da atividade física pressupõem uma prática racional, que seja efetivamente adaptada às condições físicas e de saúde de cada um. Neste sentido, os programas de atividade física para idosos devem ser planeados e executados de forma a não sobrecarregar o sistema cardiovascular e locomotor. Assim, os mesmos devem ser orientados com o intuito de melhorarem a capacidade global do idoso, diminuindo os efeitos do envelhecimento.

No entanto, segundo Oliveira (2006), atualmente ainda nos deparamos com inúmeras barreiras à prática do exercício físico pelos idosos. O número reduzido da prática de atividades regulares pode estar efetivamente associado a constrangimentos quer a nível social, cultural, económicos ou devido ao estado de saúde mais debilitado. No que respeita aos constrangimentos sociais, o principal impedimento para a realização de atividades de lazer prende-se com a falta de companhia, sobretudo dos idosos que passam

o seu tempo maioritariamente sozinhos, quer seja por ausência ou desinteresse da sua família. Para além do mencionado, não podemos deixar de referir que as pessoas idosas apresentam um certo grau de dependência o que acaba por condicionar a prática de uma atividade regular. Assim dos motivos que condicionam a prática da atividade regular podemos mencionar: o peso da cultura, os hábitos previamente adquiridos pela pessoa idosa e as normas e costumes da comunidade onde se inserem, bem como as próprias trajetórias de vida.

2.9 A psicomotricidade na pessoa idosa

Antes de nos debruçarmos sobre a psicomotricidade no idoso, consideramos pertinente numa primeira etapa abordar o conceito de psicomotricidade. Para Velasco (2006) o conceito de psicomotricidade encontra-se estreitamente relacionado com os aspetos cognitivos, nomeadamente os emocionais e corporais, levando-nos desde logo a um dualismo que segundo Loureiro (2005), com base na organização mundial de saúde a sua definição para muito além do dualismo apresentado, visto que esta ciência estuda essencialmente o desenvolvimento humano. Assim, para o autor supracitado, a psicomotricidade tem que ver com a relação existente entre o pensamento e a ação, cujo processo envolve conseqüentemente a emoção. Assim, a mesma pode ser compreendida como uma ciência da área da educação que procura essencialmente educar o movimento, envolvendo as funções intelectuais. Deste modo, os aspetos cognitivos vão sendo progressivamente construídos a partir da atividade física, tendo extrema importância para o desenvolvimento.

Para Santos (2006) a psicomotricidade está associada à afetividade e à personalidade, visto que o ser humano utiliza o corpo como forma de demonstrar o que sente (e.g. uma pessoa com problemas motores pode apresentar problemas ao nível da expressão). Barreto (2000) considera que psicomotricidade está efetivamente relacionada com a integração do indivíduo, utilizando como tal o movimento. Deste modo, o movimento permite a melhoria ao nível da eficiência e auxilia da diminuição do gasto energético. Já Le Boulch (1987 citado em Santos, 2006) define psicomotricidade como uma ciência que estuda a conduta motora como forma de expressão e desenvolvimento global do Homem.

Para Fonseca (1998) é importante termos em consideração, e atendendo ao seu conceito, o resultado do sistema nervoso sobre a musculatura. Assim, para o mesmo autor, a psicomotricidade tem que ver com a complementaridade da sensação, pensamento e ação.

Perante o exposto, podemos mencionar que a Psicomotricidade compreende o Homem na sua totalidade, tornando o num ser indissociável em relação à mente e ao corpo, dado que associa as funções neurológicas, cognitivas, psíquicas e afetivas do ser humano.

No que concerne à população idosa, a psicomotricidade faz uso dos conhecimentos da área da gerontologia, abordando as mudanças regressivas do sistema psicomotor sob o conceito de gerontopsicomotricidade. Para Fonseca (1998) para abordarmos a psicomotricidade na terceira idade temos de ter em consideração a filogenese, ontogenese e retrogenese, visto que estas atuam através da organização vertical ascendente. Para o mesmo autor, tendo em consideração a retrogenese temos de abordar consequentemente o conceito de evolução humana e como tal temos de considerar que o cérebro é o órgão mais organizado, do nosso organismo permitindo-nos desta forma desenvolver a passagem de um processo mais simples para o mais complexo que se organiza na vertical de forma ascendente. Contudo, para o autor nenhuma teoria conseguiu explicar todas as características da evolução, porém reconhece-se que o cérebro tem alterado e modificado a função de sistemas antigos, transformando-os em novos sistemas.

Já para Faria (2002) a gerontopsicomotricidade tem que ver com a psicomotricidade dirigida aos idosos, preconizando desenvolvimento de uma maior consciência corporal através da ação, do pensar e do agir, contribuindo assim para uma maior autonomia, relacionamento interpessoal e integração na sociedade.

Para Marcelino (2007) a psicomotricidade quando dirigida aos idosos visa diminuir os efeitos do envelhecimento no individuo, enfatizando a plasticidade cerebral como sendo uma forma de estimulação sensorial. Nesta linha de pensamento, para o mesmo autor, a psicomotricidade deve então focar-se no individuo no ponto de vista holístico, cujo objetivo passa por colocar em prática uma abordagem global do ser humano, tendo em consideração os aspetos como, a promoção, a prevenção e a recuperação do corpo.

Para Monteiro (2012) a psicomotricidade nesta faixa etária, e tendo em consideração o exposto, deve assentar em quatro áreas essenciais, sendo elas: educação,

Estimulação, terapia e reeducação. Assim, o principal objetivo de intervenção da psicomotricidade no idoso passa por proteger o “eu” investindo no seu plano de vida, ou seja capacita-lo e orienta-lo para enfrentar os obstáculos com que se depara nesta etapa da sua vida, aumentando a sua qualidade de vida, com o intuito de combater os efeitos do envelhecimento. Nesta linha de pensamento, e segundo o autor é importante ter em consideração não só as funcionalidades do idoso, como também a experiência que este adquiriu ao longo do seu desenvolvimento e todas as referências que sustentam o seu plano de vida.

Para Marcelino (2007) a educação tem que ver com a promoção de determinada reação. Desta forma e com recurso à psicomotricidade procura-se progressivamente intensificar o movimento. Assim, ao estimular o movimento no idoso, promove-se uma reação. Para Monteiro (2012) a educação pode ser entendida como um processo que promove e fomenta as condições necessárias para que o idoso desenvolva a sua vida, através das perceções vivenciadas. Deste modo, na ótica da psicomotricidade, a educação tem como objetivo principal ser um meio facilitador da utilização das condições naturais que promovem o desenvolvimento, ou seja com a educação tenta-se efetivamente proporcionar novas formas de aprendizagem que permitam colmatar os défices corporais, orgânicos e psicomotores. A reeducação psicomotora, para além do mencionado, proporciona que o idoso faça novas leituras do seu corpo, ajudando-o na consciencialização do corpo e no auto conhecimento, através da realização de exercícios que permitam trabalhar as emoções mais profundas, e trabalhar a condição física. Assim, com a reeducação pretende-se melhorar a condição física, mental e social dos idosos. Nesta perspetiva, de otimizar o funcionamento global, a reeducação procura promover as potencialidades do idoso, capacitando-o para as suas potencialidade e melhoria das capacidades adaptativas.

Contudo, no envelhecimento existe uma deterioração psicomotora, visto que durante o processo de envelhecimento muitos processos ficam mais lentos, parecendo existir paralelamente menor capacidade do sistema nervoso central (Fonseca, 1998). Nesta linha de pensamento, para Simões (1998) menciona que o corpo da pessoa idosa é no entanto mais rico, no que concerne às experiências motoras, contudo, o tempo dificulta a execução do ator motor. Para o mesmo autor, existem limitações significativas ao nível da diminuição das respostas psicomotoras, ao mesmo tempo que existe um aumento do tempo de reação entre o estímulo e o início de determinada resposta. Nesse sentido, considera-se a estimulação como o elemento fundamental para o desenvolvimento

psicomotor, dado que o mesmo permite que haja uma consciencialização dos movimentos, integrando-os com os sentimentos. Para Faria (2002) a psicomotricidade nos idosos consiste em contrariar a retrogenese, utilizando para tal a ativação neuronal, preservando, desta forma, as características do cérebro por meio da plasticidade neural. Assim, no idoso a psicomotricidade é fundamental para garantir a independência e conseqüentemente, qualidade de vida. Sendo de extrema importância o conhecimento dos fatores psicomotores, dos quais destacamos: o equilíbrio, a lateralidade, esquema corporal, a motricidade fina, tonicidade, estruturação espaço temporal e a coordenação motora geral.

3. Estudo empírico

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo geral

O presente estudo teve como principal objetivo investigar os benefícios de um programa de reabilitação psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas ao nível de indicadores de saúde e do bem-estar da pessoa idosa.

3.1.2 Objetivos específicos

Tendo como base o objetivo definido formularam-se então os seguintes objetivos específicos:

Analisar o efeito de uma intervenção de reabilitação psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas nos estados emocionais e de humor, nomeadamente ao nível da depressão, da tensão, da fadiga, do vigor, da irritação da confusão.

Analisar o efeito de uma intervenção de reabilitação psicomotora em idosos institucionalizados ao nível da perceção do estado de saúde.

Analisar o efeito de uma intervenção de reabilitação psicomotora em idosos institucionalizados ao nível da intensidade de dor.

Analisar o efeito de uma intervenção de reabilitação psicomotora em idosos institucionalizados ao nível da independência física.

3.2 Metodologia

Este capítulo destina-se a delinear a abordagem metodológica científica adequada à investigação que se pretende desenvolver.

Nesta abordagem vamos considerar o tipo de estudo, local e período do estudo, participantes, critérios de inclusão, descrição dos programas de intervenção, variáveis e instrumentos de avaliação e procedimentos.

3.2.1 Tipo de estudo

Este estudo foi longitudinal e experimental, (qualitativa ou quantitativa) pois, analisou-se o impacto nos seus participantes de uma intervenção psicomotora ao nível dos componentes do bem-estar e saúde descritos no ponto objetivos. Isto, mediante o seguimento destes participantes ao longo de um período de tempo e pela comparação da evolução de dois grupos, um grupo experimental (GE) e um grupo de controlo (GC).

O estudo compreendeu três fases distintas mas complementares.

A investigação constou assim de uma primeira fase de avaliação mediante a aplicação de questionários (pré intervenção).

Na segunda fase, realizou-se o processo de intervenção ao GE que beneficiou de um programa de reabilitação psicomotora, sendo que simultaneamente, o GC realizou as suas habituais atividades de vida diária.

Finalmente, na terceira fase efetuou-se a reavaliação das variáveis estudadas (pós intervenção).

3.2.2 Local e período do estudo

Este projeto-piloto decorreu em quatro instituições que recebem pessoas idosas do Concelho de Évora. Os participantes do Lar de São Paulo e do Lar da Boa Fé fizeram parte do GE, os participantes do Lar de Nossa Senhora da Visitação e do Lar dos Pinheiros constituíram o GC. Estas instituições selecionadas são instituições com características idênticas ao nível da estrutura e condições de trabalho.

Quanto ao período da intervenção do estudo, esta durou dez semanas, tendo sido realizadas duas sessões semanais de intervenção ao GE, perfazendo um total de vinte sessões, tendo-se iniciado a intervenção no mês de Março de 2013, até meados do mês de Junho de 2013. As avaliações para a recolha de dados deste estudo efetuaram-se nas fases de pré-intervenção e pós-intervenção.

3.2.3 Participantes

Depois de estabelecida a relação protocolar entre as instituições de acolhimento de idosos e a Universidade de Évora, os potenciais participantes foram então convidados a participar na investigação, explicando-se claramente o programa que integravam e os testes a que seriam submetidos. Contudo, para evitar o enviesamento dos resultados, os objetivos do estudo não foram divulgados.

Foi apresentada a Declaração de Consentimento Informado para a autorização da participação do estudo, tendo esta sido assinada por cada um dos participantes ou pelo seu representante legal.

A amostra foi assim constituída por idosos institucionalizados de quatro instituições de acolhimento de idosos em regime de lar que se voluntariaram para o estudo. Importa salientar que as quatro instituições que integraram o estudo têm características muito similares, assim como os seus utentes. A escolha das duas instituições cujos participantes constituíram o GE e das duas instituições que constituíram o GC foi aleatória. Os participantes das quatro instituições foram selecionados para integrar o estudo consoante obedecessem aos critérios de inclusão em seguida apresentados. Acresce que estando este estudo integrado num projeto de investigação com mais valências, no próximo ano, os participantes que integraram este ano o GC vão beneficiar desta mesma intervenção.

É ainda importante salientar que todos os participantes do estudo são pessoas idosas institucionalizadas com um nível de dependência e funcionalidade física e/ou cognitiva que não lhes permita viver autonomamente, mas que lhes permita participar nas sessões de reabilitação psicomotora.

3.2.3.1 Critérios de inclusão

Os voluntários que fizeram parte do estudo, foram considerados elegíveis, desde que apresentassem determinados critérios de inclusão. Em primeiro lugar, os voluntários teriam de ter idade igual ou superior a 65 anos, etapa definida pela OMS para ser considerada pessoa idosa.

Os voluntários que apresentassem um défice cognitivo grave ou mesmo que padecessem de alguma patologia que afetasse a sua capacidade de raciocínio, como por exemplo, alzheimer ou demência, seriam excluídos do estudo. Para verificar este critério, e de maneira a rastrear perdas cognitivas foi aplicado o *Mini Mental State Examination* (MMSE), sendo que os participantes que apresentassem uma pontuação menor ou igual a 9 pontos eram excluídos, pois, esta pontuação pode indicar um défice cognitivo grave (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

3.2.3.2 Caracterização dos participantes

A amostra inicial, como se pode verificar no diagrama 1, foi constituída por 52 pessoas idosas institucionalizadas, sendo que 10 participantes foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Assim, apenas 42 participantes foram considerados elegíveis. A amostra final situou-se numa faixa etária compreendida entre os 70 e os 94 anos, apresentando uma média de idades de 84 anos (D.P=6.2).

Relativamente ao número de participantes elegíveis que constituem cada grupo, 21 participantes fizeram parte do Grupo Experimental (GE), enquanto 21 participantes constituíram o Grupo de Controlo (GC). Dos 21 participantes que constituem o GE, 3 são do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Já relativamente ao GC, dos 21 participantes, 4 pertencem ao sexo masculino e 17 ao sexo feminino.

Relativamente à idade, o GE tinha uma média de idades de 82.7 anos (D.P=6.6), enquanto o GC tinha uma média de idades de 83.2 anos (D.P= 6.9).

Por motivos de doença ou desistência 5 voluntários do GE e 4 voluntários do GC abandonaram o estudo durante o período de intervenção.

Em acordo com o critério de participação, previamente estipulado pelos responsáveis do estudo, só se consideravam elegíveis para apresentação de resultados, os participantes com uma participação nas 20 sessões igual ou superior a 65%.

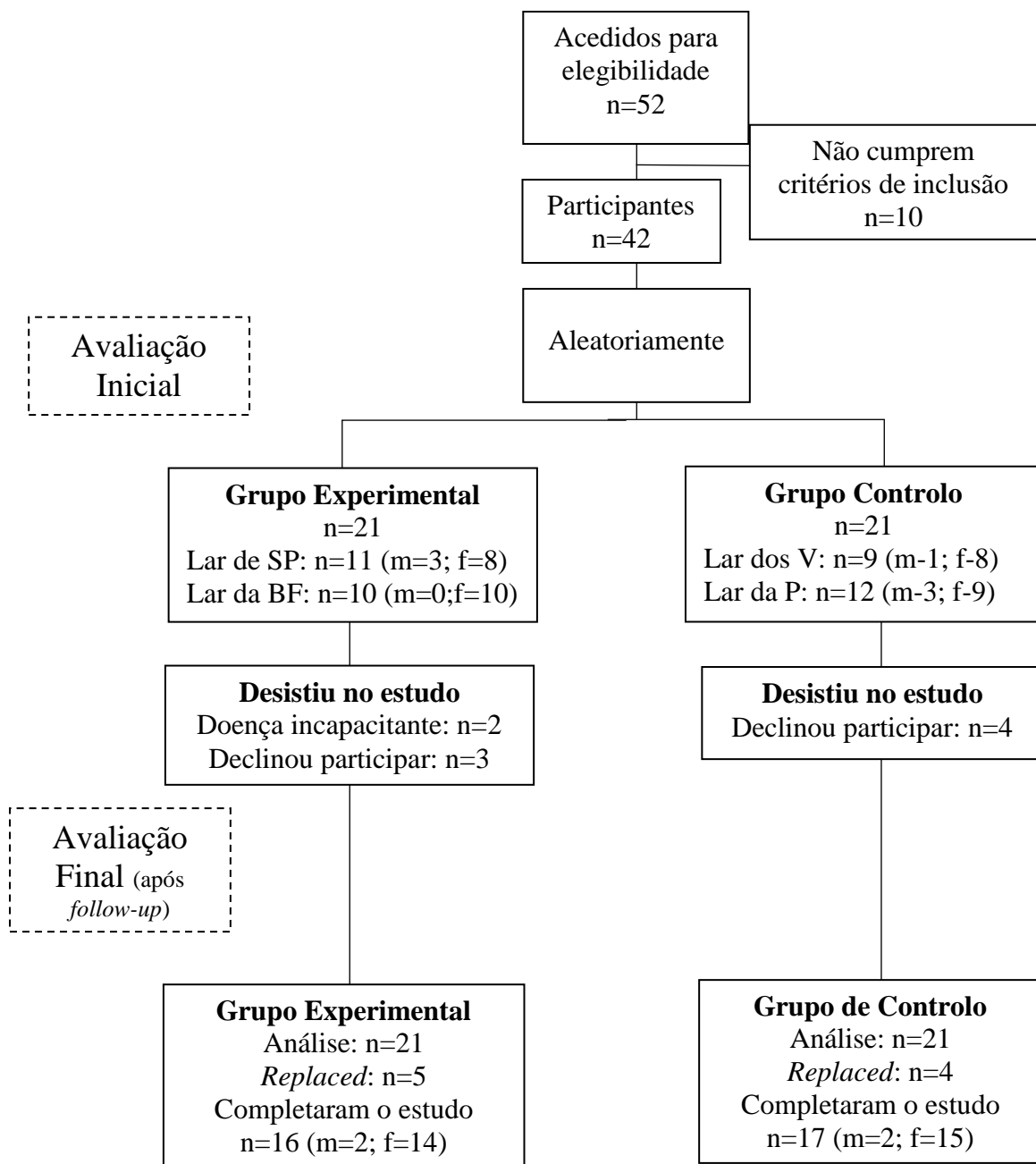


Diagrama 1- Seleção da amostra

No quadro 1 será apresentado a taxa de analfabetismo, bem como os anos de escolaridade que os participantes dos 2 grupos apresentam. Será importante salientar na

caracterização da amostra o baixo nível de escolaridade do GE e do GC que varia entre 0 e 7 anos.

Quadro 1 - Caracterização da amostra a nível de escolaridade

		n	%
Analfabetos	GC	10	47.6
	GE	13	61.9
1 a 4 anos	GC	10	47.6
	GE	7	33.4
> 4 anos	GC	1	4.8
	GE	1	4.7

GC: Grupo Controlo (n=21). GE: Grupo Experimental (n=21).

3.2.4 Descrição do programa de Reabilitação Psicomotora

As sessões de intervenção foram ministradas por alunos estagiários de licenciatura em Reabilitação Psicomotora. Cada sessão tinha uma duração aproximada de 1 hora, e a periodicidade das sessões foi de duas vezes por semana.

O local da intervenção foi nas 2 instituições onde os idosos do GE eram residentes. Foi realizado um projeto terapêutico com objetivos idênticos e com a mesma estrutura para os 2 lares que serviram de GE.

A sessão tipo de intervenção era iniciada com o ritual de entrada e conseqüente um diálogo inicial, com o objetivo de criar um ambiente tranquilo e de confiança entre o grupo e o psicomotricista informar acerca do que constaria a sessão. Seguidamente, numa fase ainda inicial, era realizado o aquecimento/ativação de vários grupos musculares e era provida uma elevação dos parâmetros fisiológicos e neurofisiológicos, induzindo uma predisposição e preparação para a ação.

Seguidamente dava-se início à fase fundamental com o trabalho dos principais conteúdos psicomotores definidos para a sessão onde se incluíam objetivos específicos, como promover a focalização da atenção, melhorar o processamento simultâneo e

sucessivo, e desenvolver a capacidade de resolução de problemas, em combinação com a prática motora. Numa fase final era realizado o retorno à calma, através de por exemplo da realização de um método de relaxação, cumprindo-se finalmente o diálogo final, onde se partilhavam as experiências e sensações sentidas durante a sessão.

Importa salientar que as sessões realizadas eram sessões de treino intervaladas, em que uma parte da sessão era de maior solicitação motora (com uma duração mínima de 10 minutos), seguido de um intervalo mais curto, com menor solicitação motora e maior solicitação cognitiva. Desta maneira, permitia-se a recuperação dos parâmetros fisiológicos dos idosos, devido ao facto de estarem incluídos numa população com um elevado nível de risco cardiovascular.

Relativamente ao GC, como já foi descrito, os participantes deste grupo continuavam a realizar o seu dia-a-dia normalmente, com as suas habituais atividades recreativas.

3.2.5 Instrumentos de avaliação

3.2.5.1 Avaliação dos estados emocionais e de humor

O questionário Profile of Mood States (POMS), construído por McNair, Lorr & Droppleman (1971), tem sido um dos instrumentos mais utilizados para avaliar os estados emocionais e de humor, embora, inicialmente tenha sido orientado para populações psiquiátricas, com o tempo, passou a ser utilizado em populações de natureza não clínica.

Segundo Viana, Almeida & Santos (2001) o instrumento é de fácil e rápida utilização, o que contribuiu para a sua boa aceitação e ampla utilização na investigação e na intervenção, principalmente na medição das variações emocionais associadas ao exercício e bem-estar psicológico.

Como se tornou bastante popular, surgiram adaptações para outras línguas; em Portugal, inicialmente, foi utilizada uma versão reduzida elaborada por Cruz e Viana (1993) constituída por 49 adjetivos dos 65 adjetivos originais de McNair, Lorr & Droppleman (1971).

A versão que utilizámos no nosso estudo é a versão reduzida da escala original, e adaptada por Viana e Cruz (1994). É composta por 22 itens, agrupados em seis dimensões. Os itens são respondidos numa escala tipo Likert, de cinco pontos codificados, de forma

a que zero corresponda a “de maneira nenhuma” e quatro a “muitíssimo”. A distribuição dos itens foi baseada na análise fatorial nas seis dimensões, da seguinte forma:

1. Depressão – indica um estado emocional e de humor depressivo, bem como uma sensação de incapacidade pessoal e futilidade – itens 5, 9,12,14 e 18;
2. Tensão – estado emocional e de humor que reflete a elevada tensão dos músculos esqueléticos – itens 1, 10, 13 e 17;
3. Fadiga – estado emocional e de humor que representa o cansaço, inércia, fadiga e baixo nível de energia – itens 2, 11,16 e 19;
4. Vigor – estado emocional e de humor que se caracteriza pelos estados de exuberância, vigor psíquico e elevada energia – itens 3, 6, 8 e 21;
5. Irritação – reflete um estado emocional e de humor de exteriorização de hostilidades e agressividade do sujeito para com os outros, assim também como rebeldia e mau temperamento – itens 7, 20 e 22;
6. Confusão – estado emocional e de humor caracterizado pela confusão, falta de clareza mental e embaraço que caracteriza o sujeito – itens 4 e 15.

A classificação das dimensões pode variar entre um mínimo de zero e de um máximo de vinte para a “depressão”, dezasseis para a “tensão”, dezasseis para a “fadiga”, dezasseis para o “vigor”, doze para a “irritação” e oito para a “confusão”. O valor médio de cada dimensão emocional e de humor foi obtido somando a classificação de cada item, dividindo o resultado pelo número de itens que dele fazem parte.

Para se obter um resultado total (Perturbação total emocional e de humor) soma-se as cinco dimensões de sinal negativo (T+D+H+F+C escrever por extenso) subtraindo o resultado da dimensão positiva (-V escrever por extenso), e pela soma de uma constante de 100 para evitar um resultado global negativo (Viana, Almeida, e Santos 2001, p. 79)

Nas instruções de resposta o investigador solicitou ao participante que responda como se tem sentido durante a última semana, incluindo o próprio dia. A aplicação do questionário foi procedida sempre da mesma forma em modo de entrevista, havendo uma breve explicação e de seguida o preenchimento do mesmo pelo entrevistador. Se surgisse dúvidas, seria cedida novamente uma explicação. Este procedimento foi sempre executado com um carácter não influenciador da resposta inquirida.

3.2.5.1.1 *Fiabilidade/Consistência dos estados emocionais e de humor*

Fez-se o estudo de fiabilidade/consistência das respostas dadas ao entrevistador pela aplicação do questionário com respetivo registo em base de dados através do *alpha de cronbach*. No cálculo do valor superior a 0,700 encontramos consistência nas respostas, segundo Bryman & Cramer (1993): contudo, aceitou-se um valor mínimo no alfa *alpha de cronbach* de 0,500.

Quadro 2 – Cálculo do valor de *alpha de cronbach*

Dimensão	α
Depressão	0,702
Tensão	0,851
Fadiga	0,922
Vigor	0,516
Irritação	0,216
Confusão	0,913

Dados os resultados apresentados no quadro, optou-se por se manter a dimensão “Vigor”, enquanto a dimensão “Irritação” primeiramente foi retirada/não foi considerada na determinação do POMS Total posteriormente optou-se por apresentar e discutir os resultados deste teste com e sem a dimensão “irritação”

3.2.5.2 *Avaliação da percepção de estado de saúde*

Em Maio de 1987, um grupo de investigadores de vários países e áreas disciplinares, partilhavam um interesse comum: medição da qualidade de vida relacionada com a saúde. Este grupo denominou-se *EuroQol* e o seu instrumento genérico para descrever e medir a qualidade de vida relacionada com a saúde de EQ-5D (Ferreira, 2003).

O EQ-5D usado neste estudo foi o EQ-5D-3L e consiste essencialmente em duas partes, na primeira o sistema descritivo e a escala analógica visual (EQVAS) na segunda parte. O sistema descritivo EQ-5D-3L compreende as cinco dimensões seguintes: mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor / desconforto e ansiedade / depressão.

Cada dimensão tem três níveis: não há problemas, alguns problemas, problemas extremos. Neste estudo utilizou-se apenas o EQVAS. Este regista a percepção de estado de saúde do entrevistado numa escala visual analógica vertical em que os pontos finais estão marcados como 'melhor estado de saúde que se possa imaginar "e" pior estado de saúde que se possa imaginar ". Esta informação pode ser usada como uma medida quantitativa do resultado de saúde, tal como avaliado pelos respondentes individuais.

O questionário foi escolhido porque abrange, os aspetos da saúde de forma geral, e em pouco tempo é possível obter uma perspetiva da qualidade de vida relacionada com a saúde.

3.2.5.3 Avaliação da intensidade da dor

O instrumento P4 é composto por quatro itens que tratam da intensidade da dor na parte da manhã, tarde, noite, e com atividade nos últimos dois dias. Cada item é pontuado numa escala de 0 a 10, por conseguinte, as pontuações totais podem variar de 0 (sem dor) a 40 (o mais elevado nível possível de dor). A maioria dos pacientes pode completar o P4, em menos de um minuto e os clínicos podem marcar a medida em 5 segundos sem a utilização de aparelhos computacionais (Spadoni, Stratford, Solomon & Wishart, 2004).

3.2.5.4 Avaliação do nível de independência física

O Índice de Barthel é um instrumento de avaliação do nível de independência na realização das atividades básicas da vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2007).

Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente.

Este índice é composto por 10 ABVD. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação.

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Apóstolo, 2012).

3.2.6 Procedimentos

3.2.6.1 Recolha de dados

A recolha dos dados realizou-se antes do início e depois da intervenção de Reabilitação Psicomotora no GE. Os questionários foram sempre aplicados na forma de entrevista pelo mesmo investigador, recebendo formação prévia para a sua execução. Primeiramente, os questionários foram aplicados ao GE e em seguida ao GC. Na fase de pós-avaliação, foi seguido o mesmo procedimento.

Quanto ao local designado para a aplicação dos questionários, estes foram sempre aplicados nas quatro instituições em que estavam os participantes em questão, deslocando-se o investigador até aos locais. Privilegiou-se sempre um local calmo, numa sala ou espaço onde pudesse estar somente o investigador e um participante de cada vez, de modo a não existir ruído ou outros estímulos que perturbasse a sua concentração e a garantir a privacidade.

A realização dos questionários teve uma duração total média de cerca de 25 minutos, após uma breve introdução aos participantes, em que se criava um ambiente calmo e harmonioso, necessário para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o investigador e os participantes, explicava-se então os questionários que se iriam realizar.

Para rastrear as perdas cognitivas foi aplicado o MMSE de Folstein, Folstein & McHugh (1975) como primeiro questionário. Seguidamente, o investigador começava então pela apresentação e realização do POMS, do EQ-5D-3L e finalmente terminaria na Escala de Dor. O Índice de Barthel foi decidido que seriam as auxiliares a preencher devido à sua proximidade às pessoas idosas.

A realização dos testes cognitivos previamente descritos, com a intenção de recolher dados para o estudo não apresentou nenhum risco à integridade física, psicológica ou emocional dos participantes.

3.2.6.2 Análise e tratamento dos dados

Os dados recolhidos foram codificados e lançados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22, para posterior análise descritiva e inferencial. Para garantir a privacidade e confidencialidade dos participantes, foi atribuído um código a cada participante. Deste modo foi mantido o anonimato e identidade destes. Para cada participante foram lançados numa base de dados os resultados da primeira avaliação e da segunda avaliação em todas as variáveis avaliadas.

Realizou-se primeiro um estudo da distribuição dos dados, nomeadamente, a verificação da normalidade de todas as variáveis estudadas nos 2 grupos, utilizando o teste de Shapiro-Wilk. Como se verificou que em grande parte das variáveis não existia normalidade das distribuições, optou-se por realizar técnicas estatísticas de comparação não-paramétricas. Utilizou-se então o Teste U de Mann-Whitney, de duas amostras independentes para comparação inter-grupo dos valores dos dois grupos no antes (pré intervenção) e no depois (pós intervenção). Utilizou-se o Teste de Wilcoxon, para comparação intra-grupo dos valores pré e pós no GC e dos valores antes e depois no GE em separado.

Os “missing” dados perdidos ou “emitidos” foram alvo de “intention to treatment” fazendo a técnica do replacing “recolocamento” usando a regressão linear para estimar os valores perdidos.

Utilizou-se a técnica do Replacing dada as características dos participantes, e dado o número elevado de missings provocado pela desistência e pouca assiduidade dos participantes, optou-se por esta técnica estatística afim de minimizar os erros inerentes à existência destes missings.

Os participantes que desistiram e os que tiveram menor assiduidade, à partida tinham características similares aos outros, variadas razões deram origem às desistências.

O nível de significância considerado neste estudo foi de um erro de 5%, com $p < 0.05$.

3.3 Resultados

Uma vez apresentados os fundamentos teóricos e a metodologia que abrangem este estudo, serão expostos em seguida os resultados da análise estatística, centrados nas avaliações de pré e pós-intervenção.

No quadro 3 serão apresentados os resultados relativamente ao nível dos estados emocionais e de humor nas suas dimensões: tensão, depressão irritação, vigor, fadiga e confusão. Também são apresentados os resultados do score total do estado emocional e de humor, tendo-se optado por apresentar os resultados a contabilizar e a não contabilizar a dimensão irritação por causa dos valores do *alpha de cronbach* obtidos no estudo de fiabilidade/consistência apresentados anteriormente no item 3.2.6.1.1.

Quadro 3 - Efeito da intervenção de reabilitação psicomotora ao nível dos estados emocionais e de humor. (Resultados apresentados como média e desvio padrão (DP) nas avaliações de pré e pós-intervenção)

	Grupo	Pré (Média ±D.P)	Pós (Média ±D.P)	P
Tensão (pontos)	GC	6.5±3.4	4.2±2.0	.001
	GE	7.4±2.6	5.3±3.0	<.001
Depressão (pontos)	GC	6.5±3.1	5.8±2.5	.286
	GE	6.5±3.9	4.9±3.0+	.001
Irritação (pontos)	GC	1.6±0.9	1.7±1.0	.969
	GE	1.9±1.7	1.3±1.1*+	.008
Vigor (pontos)	GC	4.6±1.1	3.4±1.2	<.001
	GE	5.0±2.3	4.8±2.3*+	.160
Fadiga (pontos)	GC	6.5±2.5	6.7±2.3	.302
	GE	6.6±2.6	6.3±3.6	.260
Confusão (pontos)	GC	1.8±1.9	1.4±1.5	.281
	GE	2.3±2.2	1.8±2.1+	.019
Total sem a dimensão irritação (pontos)	GC	117.6±10.3	115.7±7.7	.150
	GE	119.7±10.3	114.6±11.1	<.001
Total com a dimensão irritação (pontos)	GC	116.5±9.5	114.3±7.6	.106
	GE	117.8±9.6	113.4±10.3	<.001

*Diferenças significativas do grupo no Pré e Pós. P <0.05

+Diferenças significativas dos grupos no Pós. P <0.05

P: Valor de P da comparação entre os valores Pré e Pós.

Pela observação do quadro 3 verifica-se que houve diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo experimental nos resultados da avaliação pós intervenção na variável *Irritação* (GC: 1.7±1.0 vs. GE:1.3±1.1, p=0.046, d=-0.40) e na variável *Vigor* (GC: 3.4±1.2 vs. GE:4.8±2.3, p=0.021, d=1.17). Nas restantes variáveis não se verificaram diferenças significativas entre grupos.

Relativamente à comparação intra-grupo observou-se o seguinte: ambos os grupos diminuíram significativamente a variável *Tensão*, tendo o GC diminuído cerca de 2.3 pontos (ES: -0.68, p=.001) e o GE diminuído cerca de 2.1 pontos, (ES: -0.81, p<.001); na variável *Depressão* apenas se observaram diferenças significativas no GE com uma diminuição de cerca de 1.6 (ES: -2.60, p=.001); na variável *Irritação* observou-se uma diminuição significativa de cerca de 0,6 pontos no GE (ES:-0.35, p=.008); na variável *Vigor* observou-se uma diminuição pouco acentuada no GE com apenas 0.2 pontos (ES: -0.09, p=.160), na variável *Confusão* observou-se melhorias significativas no GE com uma diminuição de cerca de 0.5 (ES: -0.23, p=.019), na variável *Total sem Irritação* observou-se melhorias significativas no GE com uma diminuição de cerca de 5.1 pontos, (ES: -0.50, p= <.001), na variável *Total com Irritação* observou-se melhorias significativas no GE com uma diminuição de cerca de 4.4 (ES: -0.46, p= <.001).

Quadro 4 - Efeito da intervenção de reabilitação psicomotora ao nível da intensidade da dor.

	Grupo	Pré-intervenção (Mean ±S.D)	Pós-inter (Mean ±S.D)	P
ESCALA_DOR1	GC	3.0±1.8	3.7±1.8+	.002
	GE	2.3±1.9	1.9±1.6+	.005
ESCALA_DOR2	GC	2.7±1.6	3.5±1.8*	<.001
	GE	2.3±2.1	2.2±1.9+	.279
ESCALA_DOR3	GC	2.9±1.6	3.8±1.5	.006
	GE	2.2±1.6	2.6±1.9+	.062
ESCALA_DOR4	GC	4.1±1.7	4.3±1.7	.386
	GE	3.2±2.0	3.1±1.9	.894
Score_Total_Escala_Dor	GC	12.6 ±5.1	15.3±6.0*	<.001
	GE	10.0±5.8	9.7±6.2	<.001
Media_Score_Total_Escala_Dor	GC	3.2±1.3	3.8±1.5*	<.001
	GE	2.5±1.4	2.4±1.6	<.001

*Diferenças significativas do grupo no Pré e Pós. P <0.05

+Diferenças significativas dos grupos no Pós. P <0.05

P: Valor de P da comparação entre os valores Pré e Pós.

Relativamente à comparação intra-grupo, quadro 4, observou-se o seguinte: na variável *Escala de Dor1* observaram-se diferenças no GE com uma diminuição significativa de cerca de 0.4 pontos (ES: -0.21, p=.005) enquanto que no GC observou-se um aumento significativo de 0.7 pontos (ES:-0.39, p= .002), na variável *Escala de Dor2* observaram-se diferenças significativas no GC com um aumento de 0.8 pontos (ES: -0.50, p= <.001) enquanto o GE manteve, na variável *Escala de Dor3* observaram-se diferenças no GC com um aumento significativo de 0.9 pontos (ES: -0.57, p=.006) enquanto que no GE o aumento não é significativo, na variável *Score Total Escala de Dor* observaram-se diferenças significativas nos dois grupos, no GC observou-se um aumento significativo de 0.6 pontos (ES: -0.46, p= <.001), enquanto que no GE observou-se uma diminuição significativa de -0.1 pontos (ES: -0.07, p= <.001).

3.4 Discussão

Verificados os resultados faremos então a discussão dos mesmos com base nos objetivos específicos propostos inicialmente, reforçando também os resultados obtidos mediante uma confrontação com outros estudos realizados sobre as mesmas variáveis.

O fenómeno do aumento da população idosa face às outras faixas etárias tem sido alvo de preocupação e de investigação em variados campos das ciências. A maior parte das pesquisas realizadas foram efetuadas ao nível de saúde, exercício físico e qualidade de vida. Neste sentido, o estudo presente pretendeu investigar os benefícios de um programa de reabilitação psicomotora em idosos institucionalizados ao nível das alterações dos estados emocionais e de humor, da dor, da saúde e da dependência física. E compreender de que forma podemos contribuir para a promoção, manutenção ou restabelecimento deste bem-estar em pessoas idosas, num ambiente de institucionalização.

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que pessoas idosas com uma elevada faixa etária, altos níveis de dependência e mesmo institucionalizados, podem melhorar os seus estados emocionais e de humor como também minimizar ou manter a sua dor, através da prática de reabilitação psicomotora de duas sessões semanais. Especificamente, o presente estudo demonstrou que a intervenção psicomotora induziu melhorias nos estados emocionais e de humor, designadamente nas variáveis *depressão*, *irritação*, *confusão* e *total com e sem irritação*; promoveu melhorias ao nível da dor, nomeadamente nas variáveis *Escala dor1* e *média total escala dor*, além de promover a manutenção da independência na realização das atividades da vida diária e da perceção da saúde. Relativamente à variável *fadiga* não se observou melhorias significativas em nenhum dos dois grupos, apenas que não pioraram nesta dimensão.

Observou-se que as melhorias com maior impacto resultantes desta intervenção foram ao nível dos estados emocionais e de humor e na escala da dor, equacionadas pelas variáveis *depressão*, *irritação* e *score total escala dor*, com um efeito sobre as variáveis estudadas variando de baixo a moderado.

Para fazer a comparação entre o nosso estudo e outros já realizados concluiu-se que ainda nada ou pouco se fez, já que a literatura sobre os efeitos de um programa de reabilitação psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas ao nível de indicadores de saúde e do bem-estar da pessoa idosa é escassa e difusa, sendo como tal pertinente o

desenvolvimento de estudos sobre essa problemática. Portanto, como não encontramos nenhum estudo diretamente relacionado com o nosso, fomos procurar aqueles que estão associados a intervenções psicomotoras em contextos geriátricos e efeitos da atividade física nas emoções e estados de humor das pessoas idosas, de forma a fazer a comparação e dar corpo à discussão dos nossos resultados.

É sabido que a psicomotricidade tem a ver com a relação existente entre o pensamento e a ação, cujo processo envolve conseqüentemente a emoção (Loureiro, 2005). Segundo este mesmo autor esta ciência procura educar o movimento, através de atividade física, envolve a pessoa em todas as suas dimensões. Daqui poderemos constatar que a intervenção psicomotora envolve a pessoa idosa no movimento e conseqüentemente daí advém a emoção. Por isso não será descabido o confronto entre o exercício físico e os estados emocionais das pessoas idosas na intervenção psicomotora. Da mesma forma Santos (2006) afirma que a psicomotricidade está associada à afetividade e à personalidade, visto que o ser humano utiliza o corpo como forma de demonstrar o que sente.

Em relação à gerontopsicomotricidade, Madeira (2005), diz que visa um maior autodomínio pessoal e corporal da pessoa idosa, ao capacitá-la para interagir com o seu EU, com o outro e com o envolvimento, Morais (2007) vai mais longe e afirmar que permite que seja diminuída angústia que o idoso começa a sentir, que os efeitos da deterioração causada pela patologia sejam retardados, que ocorra o estabelecimento de relações interpessoais importantes para combater isolamento social, tendo sempre como objetivo final proporcionar a melhor qualidade de vida possível ao idoso.

Desta forma, podemos dizer que estes resultados vão de encontro aos estudos que afirmam que esta intervenção de reabilitação psicomotora tem revelado bastante utilidades na prevenção e tratamento de incapacidades, associados ao envelhecimento, tais como disfunções psicomotoras, problemas de circulação, artrites e artroses, para além de diversas doenças emocionais, como a depressão (Pontes, 2004). Fiske, Wetherell & Gatz (2009) vão ao encontro do estudo de Pontes (2004), ao afirmarem que a prevenção de perturbações como a depressão, ou melhorias no estado de saúde de pessoas idosas com doenças crónicas, podem ser facilitadas através de um programa de atividade física ou de estimulação cognitiva.

Juhel (2010) na sua investigação também afirma que a reabilitação psicomotora ao trabalhar simultaneamente a componente motora, a cognitiva, e relacional utilizando

exercícios físicos como mediador, pode ser considerado como um método viável de tratamento da depressão e ansiedade aumentando assim o seu bem-estar em geral.

Outros autores como Cisneiros (2005), Martins, Rosado, Cunha & Teixeira (2008) confirmam os nossos resultados ao afirmarem que a atividade física regular traz benefícios em várias dimensões, como por exemplo, a tensão, o stress e a ansiedade e sobretudo a elevação dos estados emocionais e de humor. Identificaram-se alguns benefícios ao nível psicológico, como a melhoria da saúde mental e da autoconfiança, ajudando o tratamento de várias doenças mentais, incluindo depressão e ansiedade nervosa.

Começando por analisar o primeiro objetivo específico proposto, ou seja, analisar o *efeito de uma intervenção de reabilitação psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas nos estados emocionais e de humor, nomeadamente ao nível da depressão, da tensão, da fadiga, do vigor, da irritação da confusão e, também, ao nível geral*, avaliado pelo POMS, constata-se que foi neste objetivo onde se verificaram melhores resultados/benefícios provenientes da intervenção.

Ao observarmos os resultados podemos observar que houve diferenças estatisticamente significativas em quatro variáveis, na *depressão*, na *irritação*, na *confusão* e no *vigor*, tendo as três primeiras variáveis diminuições significativas e na última uma diminuição menos acentuada. A *tensão* e a *fadiga* não apresentaram diferenças estatisticamente significativas para ($p=0,05$). Assim, verifica-se que onde a intervenção teve mais impacto foi sem dúvida nas variáveis *depressão*, *irritação* e *confusão*.

Da mesma forma, Cisneiros (2005) na sua pesquisa utilizou o questionário POMS para avaliar, antes e depois da prática do exercício físico, as seis dimensões do estado de humor. Os resultados deste estudo mostraram que houve uma diminuição significativa na depressão, tensão, fadiga, irritação. Na depressão observou um decréscimo estatisticamente significativo de $p=0,002$. Seguidamente, na dimensão irritação, antes e depois da aplicação do exercício físico, observou uma diminuição aproximadamente para metade apresentando melhorias estatisticamente significativas $p=0,000$.

Segundo o estudo de Gabriel, Santos & Salles (2013) na dimensão confusão do questionário POMS “ (...) foi observada diferença entre os resultados pré e pós a realização da atividade física, o Teste T mostrou que as diferenças eram significativas com $p= 0,03$ para essa dimensão.”

Estes estudos vêm reforçar os nossos resultados nas variáveis *depressão*, *irritação* e *confusão* onde se observou no GE em relação ao GC uma diminuição de 1.6 pontos para a *depressão*, uma diminuição de 0.6 pontos para a *irritação* e uma diminuição de 0.5 pontos para a *confusão*.

Em relação às variáveis *tensão*, *vigor* e *fadiga* não obtivemos melhorias significativas, mas também não obtivemos resultados negativos, o que quer dizer que nestas variáveis a intervenção de reabilitação psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas proporciona uma manutenção dos estados de humor. Verificados todos os resultados constatamos que o programa de intervenção de reabilitação psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas proporciona uma melhoria significativa nos estados de humor, produzindo um bem-estar emocional.

No objetivo específico análise do *efeito de uma intervenção de reabilitação psicomotora em idosos institucionalizados ao nível do seu estado de saúde, mais especificamente, ao nível da percepção do seu estado de saúde*, analisado pelo questionário de saúde EQVAS verificamos que não houve melhorias significativas, no entanto é importante realçar que não diminuiu no grupo de intervenção, o que nestas idades avançadas é um aspeto bastante positivo, contrariando assim as teorias sobre o envelhecimento, que segundo alguns autores, este é o fenómeno das alterações progressivas que ocorrem nas células, nos tecidos e nos órgãos (Ferreira, 2013). Em contraste, observou-se uma diminuição desta variável avaliada no GC, o que comprova o efeito benéfico da intervenção de reabilitação efetuada relativamente a esta dimensão da saúde e bem-estar. Da mesma forma, Ovando & Couto (2010), nesta mesma intervenção em pessoas idosas hospitalizadas, observaram melhorias que se traduziram num melhor desempenho, na sua própria imagem e autoestima e contribuindo principalmente para a saúde e qualidade de vida destes indivíduos.

Por sua vez, o objetivo específico sobre análise do *efeito de uma intervenção de reabilitação psicomotora em idosos institucionalizados ao nível da intensidade de dor física*, analisado pelo instrumento P4 da escala de dor verificamos que os resultados foram positivos, observando-se melhorias significativas em duas variáveis *Escala dor1* e *média total escala dor*. A prevenção e o tratamento da dor são um direito da pessoa e um dever dos profissionais de saúde e uma peça fundamental para humanização dos cuidados (DGS, 2003). Nas pessoas idosas a dor é encarada como parte do envelhecimento e/ou associada às doenças graves. Mas no nosso programa de intervenção realizado a percepção

da dor foi minimizada, observaram-se benefícios após a intervenção de reabilitação psicomotora.

Especificamente no nosso estudo observamos uma diminuição significativa de cerca 0.4 pontos no GE em relação ao GC que aumentou em cerca de 0.7 pontos na percepção de dor da parte da manhã nos últimos dois dias. Tudo indica que a percepção de dor iria aumentando ao longo do dia, à tarde e à noite, observou-se uma manutenção da percepção da dor no GE, enquanto no GC o aumento é significativo de 0.7 pontos de manhã e 0.9 à noite, enquanto à tarde observamos 0.8 pontos. Na variável *média total escala dor* observamos uma diminuição de 0.1 pontos em comparação com o aumento significativo de 0.6 pontos no GC.

Para fazermos a comparação dos nossos resultados com outros estudos deparamo-nos com a escassez de literatura às variáveis em análise direcionadas para a pessoa idosa. Mesmo os estudos realizados no âmbito do exercício físico em pessoas idosas não vão de encontro aos resultados obtidos nesta intervenção.

Finalmente, o objetivo específico sobre *o efeito de uma intervenção de reabilitação psicomotora em idosos institucionalizados ao nível da independência física* analisado pelo Índice de Barthel verificou-se que os resultados foram benéficos já que mostraram uma manutenção das capacidades funcionais para realizar as atividades básicas de vida diária.

Para Pires (2014) no seu estudo sobre o papel da intervenção psicomotora na autonomia e independência da pessoa idosa institucionalizada observou que o desempenho na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) os resultados demonstram uma melhoria significativa a este nível por parte do GE.

Comparando os nossos resultados com os de Pires (2014) podemos afirmar que a intervenção psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas promove um aumento significativo da capacidade de equilíbrio e controlo postural, melhora o desempenho ao nível das atividades de vida diária e consequentemente o nível de independência funcional e finalmente promove a manutenção e/ou recuperação da autonomia e independência.

Verificados os resultados é importante realçar que houve melhorias significativas em algumas variáveis nos participantes, independentemente da sua situação psicológica ou física, após a intervenção em reabilitação psicomotora. Estes benefícios observados após a intervenção são importantes na vida diária da pessoa idosa e por isso mesmo é fundamental que se promovam estes programas.

É sabido que as modificações causadas pelo envelhecimento interferem fortemente na capacidade funcional das pessoas idosas, as quais experimentam dificuldades em realizar tarefas diárias. A pessoa idosa torna-se mais dependente, desenvolvendo um sentimento de inaptidão, deixando-se levar muitas vezes por estados de depressão e solidão.

Nestes resultados verificamos que a pessoa idosa institucionalizada, neste tipo de intervenção, ganha confiança sobre si mesmo, melhorando os seus estados de humor e de saúde minimizando a sua percepção de dor. Por isso mesmo, comprovou-se a importância das relações, entre as pessoas idosas e os próprios técnicos da intervenção psicomotora, na vida diária destes indivíduos favorecendo o seu bem-estar psicológico, social ou até mesmo afetivo. Observou-se a importância destes momentos de diálogo, que separam a pessoa idosa do isolamento e a colocam num espaço relacional com outras pessoas estimulando sentimentos de valorização pessoal. Desta forma, consideramos que esta intervenção é sempre uma forma de evitar a solidão ou diminuição dos estados de humor.

3.5 Limitações

Relativamente às limitações, é importante salientar primeiro que tudo o tamanho da amostra que participou no estudo, pois, para além de ser uma amostra pequena, o facto de terem ocorrido desistências, a juntar ao critério de participação nas sessões ($\geq 65\%$ do número de sessões), fez com que muitos participantes não pudessem ser incluídos.

Devido a motivos como o analfabetismo ou mesmo que padecessem de alguma patologia que afetasse a sua capacidade de raciocínio, muitos participantes não conseguiram realizar todos os inquéritos, o que diminuiu ainda mais o tamanho da amostra e a potência estatística dos resultados na sua globalidade.

A idade dos voluntários era muito elevada (idade média de 84 anos), representando uma limitação na participação e prevalência das pessoas idosas no estudo, bem como o desempenho durante as sessões e avaliações.

3.6 Conclusão

O envelhecimento enquanto processo contínuo e inevitável coloca-se como prioridade da investigação científica, que o tenta compreender no sentido de contrariar as consequências que ele acarreta para a grande maioria dos seres vivos. A intervenção psicomotora assume neste sentido um papel de promoção de competências e funcionalidade, para que as pessoas possam viver este período com um máximo de qualidade.

Respondendo ao objetivo geral, conclui-se que a intervenção de reabilitação psicomotora em pessoas idosas institucionalizadas conseguiu melhorar e promover a saúde e o seu bem-estar.

Analisados os resultados obtidos em função dos diferentes objetivos específicos propostos do estudo, conclui-se que, onde a intervenção psicomotora teve mais impacto e onde se verificaram os melhores resultados, foi ao nível dos estados emocionais e de humor e intensidade de dor, especificamente nas variáveis *vigor*, *irritação* e *Media Score Total Escala Dor*.

Estas descobertas evidenciam que, urge a necessidade da implementação de programas de gerontopsicomotricidade nas diversas instituições, com vista à promoção e manutenção das capacidades da pessoa idosa a nível físico, social e emocional, pois, como se concluiu neste estudo, relativamente em pouco tempo de intervenção as melhorias tornaram-se visíveis, no grupo que beneficiou da intervenção, comparativamente ao grupo que manteve a rotina habitual nos lares.

A intervenção psicomotora favorece à pessoa idosa uma relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo que o cerca. Ela está associada à afetividade. Os movimentos, as técnicas e tudo o que é inerente a este mecanismo da psicomotricidade fazem com que a pessoa idosa se envolva na emoção. Em futuras pesquisas podemos ainda aprofundar melhor esta questão da afetividade geradora de saúde e bem-estar nas pessoas idosas.

4. Referências Bibliográficas

ACSM (2009). *Exercise and Physical Activity for older adults - Position Stand*. Medicine & Science in Sports Exercise, 15, 10-1530.

Apóstolo, J. L. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Documento de apoio*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Assis, M. (2005). *Envelhecimento ativo e promoção da saúde: Reflexão para as ações educativas com idosos*. Revista APS, 8 (1), 15-24.

Barreiros, J., Espanha, M., & Correia, P. (2006). *Atividade Física e Envelhecimento*. Lisboa: FMH edições.

Barros, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Editora Legis.

Barry, H.C., & Eathorne, S.W (1994). *Exercícios e envelhecimento*. In: McKeag, O.B. Clínicas Médicas da América do Norte. Rio de Janeiro: Interlivros.

Benedetti, T. R. B., Gonçalves, L. H. T., & Mota, J. A. P. S. (2007) *Uma proposta de política*. Texto Contexto Enferm 2007 jul-set; 16(3): 387-98.

Botelho, A. (2005). “*A funcionalidade dos idosos*”. In Paúl, C.; Fonseca, A. (coord.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climpesi Editores.

Bryman, A., & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em Ciências Sociais – Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora.

Caetano, L. M. (2004). Prescrição de atividade física para idosos. Revista Horizonte, 10.

Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Revista Estudos Demográficos, 32, pp. 185-208. INE, Lisboa.

Castro, C., & Mendonça, A. (2005). *As doenças e demências em Portugal*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas.

Cisneiros, P. M. (2005). *Influência de um programa de exercício físico sobre a capacidade física funcional e os estados de humor numa população idosa*. Monografia de Licenciatura em Ciências do Desporto e Educação Física. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física Universidade de Coimbra, Coimbra.

Colcombe, S., & Kramer, A. F. (2003). *Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study*. *Psychological Science*, 14 (2), 125-130.

Cruz, J.F., Gomes, A.R., Roriz, F., Parente, F., Amorim, P., Dias, B., & Paiva, P. (2008). *Avaliação das dimensões psicológicas nos comportamentos de exercício, desporto e actividade física em estudantes universitários: Características psicométricas de medidas das atitudes face ao exercício físico e dos estados de humor e afectivos associados à sua prática*. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Deforche, B., & De Bourdeaudhuij, I. (2000). *Differences in psychosocial determinants of physical activity in older adults participating in organised versus non-organised activities*. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 40(4), 362-372.

Diener, E., & Suh, M. (1998). *Subjective well-being and age: international analysis*. In K. Schaie Ed.), *Annual Review of gerontology and geriatrics, Focus on emotional and adult development*. New York: Springer .

DGS (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Doblas, J. (2005). *Siglo XX, siglo de poblaciones que envejecen*. In S. Pinazo & M. Sánchez (Coord). *Gerontologia: Actualizacion Innovacion y propuestas*. Pearson Educación.

Envelhecimento. Revista. Brasileira. Educação. Física. Esporte, 20, p.135-137.

Eurostat. (2011). Active ageing and solidarity between generations - A statistical portrait of the European Union 2012.

Feio, M. (2006). *Teorias de envelhecimento*. In H. Firmino (Ed). Psicogeriatrics. Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica.

Fernandes, J. M. (2000). *Qualidade de vida e auto eficácia em idosos institucionalizados*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Fernandes, A. A. (2002). *Investigação, Formação e Intervenção - Reflexão em torno dos condicionantes à intervenção no campo da gerontologia social*", in Futurando, nº5/6/7, ISSS-CESDET.

Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e ciências da educação do Porto para obtenção do grau de mestre.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo*. Contribuciones de la Psicología. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ferreira-Alves, J., & Novo, R, F. (2006). *Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal*. International Journal of clinical and health psychology, 1, 65-77.

Ferreira, A. L. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Ferreira, L. N. (2003) *Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, pp. 51-63.

Ferreira P. (2013). *Contribution for the validation of the portuguese version of EQ-5D*. Acta Med Port, Nov-Dec; 26(6):664-675.

Fleck, M. (2008). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: edições Artmed.

Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOLOLD: *Método e resultados de grupos focais no Brasil*. Revista da Saúde Pública, 37 (6), 793-799.

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. R. (1975). *Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.

Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Edições Climepsi.

Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Edições Climepsi.

Fonseca, A. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Almedina.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climpse Editores.

Fonseca, A., Paúl, C., Martin, I., & Amado, J. (2005). *Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal*. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi editores.

Fonseca, V. (1998). *Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese*. São Paulo: Artes Médicas.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Edições Climepsi.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*, Loures, Lusodidacta.

Fox, K. (1999). *The influence of physical activity on mental well-being*, Department of Exercise and Health Sciences, University of Bristol, Public Health Nutrition: 2(3a), pp. 411–418.

Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjetivo: Fatores cognitivos, afetivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.

Garcia, P. M. C. (2002). *Hablamos de Ancianos: Problemática y Propuesta Educativa*. Madrid: San Pablo.

Garcia, S. R. L. (2009). *Atividades de lazer dos reformados: o caso de Aveiro*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro.

Guerreiro, M., Silva, A. P., & Botelho, M. A. (1994). *Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE)*. Revista Portuguesa de Neurologia, 1, 9-10.

Helfer, F. (2009). *Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien*. Université Paul Sabatier.

Hortelão, A. P. S. (2003). *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Lisboa: Universidade Aberta.

Instituto Nacional de Estatística (2005). *Envelhecimento em Portugal*. Disponível em <http://www.ine.pt>.

Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-1060. Relatório anual de 2009*. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESmodo=2

Instituto nacional de Estatística. (2011). *Estatística demográfica 2011*. INE, I.P. Lisboa.

Juhel, J. (2010). La psychomotricité au service de la personne âgée- Réfléchir, agir et mieux vivre. Chronique sociale. France.

Kong, B. W., Bean, J. A., & Stephens, D. (1995). Assessment of the Vital Signs Quality of Life Questionnaire in three studies on hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 9(4), 255-262.

Lai, K.L., Tzeng, R.J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L., & Kao, S. (2005). Health related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. Quality of life research: International *Journal of Quality of Life Aspects of Treatment Care & Rehabilitation*, 14 (4), 1169-1180.

Le Bouch, J. (1982) *O Desenvolvimento Psicomotor: do Nascimento aos 6 anos*. Porto Alegre: Artes Medicas.

Leal, C. (2008). Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida. Açores: Universidade dos Açores.

Leme, L., & Silva, P. C. (2002). O Idoso e a Família", in NETTO, M. Papaléo, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, São Paulo: Atheneu.

Levet, M. (1998). *Viver Depois dos 60 Anos*. Lisboa: Edições Instituto Piaget.

Lobo, I. (2006). Padrão de atividade física diária dos idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem*, 14 (4), 21-24.

Lopes, M. A., & Siedler, M. J. (2004). Atividade Física: agente de transformação dos idosos. *Texto e Contexto*, 6 (2), 330-338.

Marcelino, C. (2007). *A Inclusão da Terceira idade Dentro do Contexto Sócio-Afetivo-Cultural*. Tese de Pós- Graduação em Psicomotricidade. Rio de Janeiro: Instituto A Vez do Mestre.

Martins, A. M. (2010). *Qualidade de vida no trabalho, satisfação profissional e saliência das atividades em adultos trabalhadores* Lisboa: Universidade de Lisboa.

Matsudo, S., Matsudo, V., & Marin, R. (2008). Atividade Física e Envelhecimento Saudável. *Atividade Física e Medicina Esportiva*, 13(3), 142-147.

Matsudo, S., Matsudo, V., & Neto, T. (2001). Atividade Física e Envelhecimento: Aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7 (1), 2-13.

Mazo, G. Z. (2008). *Envelhecimento, Qualidade de Vida e Atividade Física* (1ª ed.). Porto Alegre: Meridional LTDA.

McConatha, J., McConatha, J., Jackson, J., & Berger, A. (1998). The control factor: Life satisfaction in later adulthood. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4(2), 159-168.

McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.

Melo, L., & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (1), 107-121.

Meneses, F. R. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Miguel, A., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, saúde e qualidade de vida em jovens adultos. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Atas do terceiro Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* Lisboa: ISPA.

Monteiro, M. (2012). *Psicomotricidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados*. Universidade Católica de Brasília, Brasília.

Moreira, P., & Oliveira, C. (2005). Fisiopatologia da Doença de Alzheimer e de outras Demências. In Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (Coord.). *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Mota, J., & Esculcas, C. (2002). Leisure-time physical activity behavior: structured and unstructured choices according to sex, age, and level of physical activity. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9(2), 111-121.

Netto, M., & Borgonovi, N. (2002). *Biologia e Teorias do Envelhecimento*, in Netto, M. P, Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu.

Netto, M. P., & Ponte, J. R. (2002). *Envelhecimento: Desafio na Transição do Século*, in Netto, M,P, Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu.

Novo, R. F. (2003). *Para além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia/Ministério da Ciência e do Ensino Superior. Coimbra: Dinalivro.

Ogden, J. (2004). Exercício, In *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, A. I. M. (2006). *Fatores Determinantes e Barreiras para a prática de atividade física nos idosos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Técnica de Lisboa, para obtenção do grau de mestre em educação física.

Oliveira, S., & Duarte, A. M. (1999). “As atitudes dos idosos face à atividade física”. In Mota, J.;Carvalho, J. (edit.). *Atas do Seminário “A Qualidade de Vida no idoso: O Papel da atividade física”*. Porto: Universidade do Porto.

Organização Mundial de Saúde (1998). Promoción de la salud: Glosario. Genebra: World Health Organization

Organização Mundial de Saúde (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37 (2), 74-105.

Paschoal, S., Jacob, W., & Litvoc, J. (2008). Development of Elderly Quality of Life Index - EqoLI: Item reduction and distribution into dimensions. *Clinics*, 63 (2), 179-188.

Paterson, D.H., Jones, G. R., & Rice, C. L. (2007). Ageing and physical activity:evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Applied Phsyology Nutrition &Metabolism*, 32, 69-108.

Paul, C., & Fonseca, A. M. (2005).*Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, M. (1992). *Satisfação de vida em idosos*. *Psycologica*, 8, 61-80.

Pereira, A., & Silva, C. (2001). *Quality of life in the academic context: Contributions to the promotion of student`s health behaviours*. In 10th Biennial conference of international study association on teachers and teaching. Faro. Universidade de Algarve.

Pinho, M. M. (2005). *Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do lar “x”, comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Pinto, M. M. (2001). *O Fenómeno da Longevidade*, in PINTO, Anabela, M, *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ramos, H. V. (2001). *Qualidade de vida e envelhecimento*. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald & M. Renaud (Cords.). *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora.

Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Analise Psicológica*, 2 (12),179-191.

Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2011). *Envelhecimento Ativo*. In O. Ribeiro & C. Paúl (Coord.),

Rocha, M. (2009). O Envelhecimento Ativo - uma análise à luz de uma ética educativa crítica. *A Terceira Idade*, 20 (45), 38-52.

Santos, R. P. (2006). *Psicomotricidade*. São Paulo: Course Pack.

Sequeira, A., & Silva, M. N. (2003). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Edições Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas.

Shephard, R. (2002). *Envelhecimento, atividade física e saúde*. São Paulo: editora Phorte.

Shephard, R. (1991). Exercício e Envelhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 5 (4), 49-56.

Silva, T. E., & Resende, C. H. A. (2005). Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de Centros de conveniência e institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQOL- BREF. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia.

Simões, A. (1992). Alguns mitos respeitantes aos idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24, 109-121.

Simões, R. (1998). *Corporeidade e Terceira Idade: a Marginalidade do Corpo Idoso*. Piracida:Unimed.

Spadoni, G. F., Stratford, P. W., Solomon, P. E., & Wishart, L. R. (2004). *The Evaluation of Change in Pain Intensity: A Comparison of the P4 and Single-Item Numeric Pain Rating Scales*. *J Orthop Sports Phys Ther*: 34(4): 187-93.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem – estar dos idosos. Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 365-371.

Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. The University of Texas: Human Kinetics Publisher Inc.

Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. The University of Texas: Human Kinetics Publisher Inc.

Sprinthall, N., & Collins, W. (1999). *Psicologia do Adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tamer, N., & Petriz, G. (2007). *A qualidade de vida dos idosos*. In A. Osório, & F. Pinto (Coord.). *As pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Vale, R.G.S. (2005) Avaliação da autonomia funcional do idoso. *Fitness & Performance Jornal*, 4 (1), 4, 10-18.

Velasco, C. G. (2006) *Aprendendo a envelhecer: a luz da psicomotricidade*. São Paulo: Phorte.

Veras, R. (2003). A Longevidade da População: Desafios e Conquistas, in *Serviço Social & Sociedade*, 75, 5-18.

Viana, M., Almeida, P., & Santos, R. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica* 19 (1): 77-92.

Viana, M., & Cruz, J.F. (1994). *Perfil dos Estados de Humor (POMS – Versão reduzida): Tradução e adaptação*. Braga: Universidade do Minho.

Videira, L. A. (2005). *Efeitos de um programa de exercícios cardiovasculares sobre a aptidão física e pressão arterial em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado

apresentada à Universidade da Beira Interior para obtenção do grau de mestre em educação física.

WHO. (2012). *Ageing and Life Course*. Genebra: World Health Organization.

Yuaso, D. R., & Sguizzatto, G. (2002). Fisioterapia em Pacientes Idosos, *in* Netto, M. P, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.