

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

**CONTRIBUTO DE ACTIVIDADES
RELACIONADAS COM A SAÚDE
DAS PESSOAS IDOSAS PARA
FORTALECER AS SUAS
RELAÇÕES FAMILIARES**

SANDRA CRISTINA PEREIRA GORGULHO

Mestrado em Gerontologia Social

2011

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

**CONTRIBUTO DE ACTIVIDADES
RELACIONADAS COM A SAÚDE
DAS PESSOAS IDOSAS PARA
FORTALECER AS SUAS
RELAÇÕES FAMILIARES**

Trabalho de projecto

Para obtenção de grau de mestre em Gerontologia Social

Orientado por:

Professora Doutora Aurizia Anica

SANDRA CRISTINA PEREIRA GORGULHO

Mestrado em Gerontologia Social

2011

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A.C. – Antes de Cristo

ADN – Ácido desoxirribonucleico

APA - American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direcção-Geral de Saúde

DP - Desvio Padrão

Dra - Doutora

ESSaF - Escola Superior de Saúde de Faro

IE - Índice de Envelhecimento

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

ISF - Índice Sintético de Fecundidade

m- Média

M - Moda

N.º - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

P. – Página

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Sr. - Senhor

UAlg - Universidade do Algarve

Uma viagem de mil quilómetros começa com um simples passo.

(LAO-TZU)

AGRADECIMENTOS

Com a exigência que a realização de um trabalho desta natureza implica, vários são os momentos de ausência e isolamento social, porém, são muitas as pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para que esta investigação se concretizasse. Apesar de não ser possível nomeá-las a todas, há algumas a quem não posso deixar de manifestar o meu apreço e agradecimento sincero.

Primeiramente quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Aurízia Anica que aceitou orientar esta investigação e por tê-lo feito de forma tão motivadora.

Obrigado a todos os elementos da Associação Ancora de Santa Luzia, pessoas idosas e sua família pela aceitação, disponibilidade e confiança sentidas no decorrer de toda a Investigação.

Obrigado a todos os professores e colegas do curso de Mestrado em Gerontologia Social, que me ensinaram muito daquilo que sei hoje.

Obrigado aos meus avós paternos com quem mantenho fortes relações e aos avós maternos que já partiram, mas deixaram a saudade e inesquecíveis recordações que me inspiram para caminhar na direcção da Gerontologia.

Finalmente, e não menos importante, agradeço com todo o meu amor, aos meus pais e ao Carlos pela compreensão das horas que lhes roubei da minha companhia, pelos incentivos, pelo amor e por terem acreditado em mim.

Aos meus pais, uma palavra de reconhecimento muito especial, por tudo o que me proporcionam e, pela forma tão adequada como ao longo destes anos me têm ensinado e ajudado a ser o que sou...

A todos, muito obrigado!

RESUMO

A importância que as relações familiares têm na qualidade de vida da pessoa idosa tem sido sobejamente realçada. Tendo em atenção esta problemática e considerando as carências identificadas pelas pessoas idosas utentes do Centro de Dia da Associação Ancora de Santa Luzia tomou-se a decisão de aí intervir de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e em particular para o fortalecimento das relações familiares dos seus beneficiários.

Dada a receptividade que se verificou existir entre os utentes e seus familiares relativamente a actividades de promoção da saúde, foi desenhado um projecto de investigação-acção no qual se utilizou como estratégia um conjunto de actividades de promoção da saúde dos idosos com o objectivo geral do fortalecimento das suas relações familiares.

Para avaliação de diagnóstico, foram aplicados questionários a vinte e quatro pessoas idosas beneficiárias do Centro de Dia da Associação e feitas entrevistas a duas funcionárias que estavam em contacto directo com os idosos. O desenvolvimento do projecto compreendeu um conjunto de quatro actividades de formação teórico-práticas sobre as principais patologias dos idosos institucionalizados as quais foram sujeitas a avaliação individualizada.

Para avaliação final global do projecto foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a quatro dos participantes idosos. Os resultados da avaliação permitiram concluir que as actividades desenvolvidas provocaram uma alteração nas relações familiares dos idosos envolvidos. Os participantes no projecto revelaram maior autonomia e conhecimento da sua saúde e reconheceram a melhoria da disponibilidade e da comunicação nas relações familiares e a promoção da partilha de experiências. Foi ainda pelos mesmos reconhecida a melhoria do acompanhamento familiar e institucional dos idosos.

Palavras-Chave:

Pessoa idosa; envelhecimento; família; relações familiares; saúde da pessoa idosa.

ABSTRACT

The importance that family has in an elderly person's quality of life is widely known. That is why it is necessary to intervene in order to strengthen the family relations of the elderly living at the Âncora de Santa Lusia Association Daycare Center.

To be able to reach out to this group of elderly people a Research-action approach was used embedded in the systemic paradigm and with resource to an inductive and qualitative methodology to try and answer the following problem: Can health promotion strategies help strengthen the family relations in an elderly person's life?

Surveys were made to twenty four elderly people, resident at the Associations Daycare Center. Aside from that, two Daycare attendants, who stand in direct contact with the elderly, were also interviewed, to better access the prioratory needs.

Hence emerged an imminent need to promote activities for the elderly and their families; these were to focus on Health. There were four training sessions scheduled, focusing on the main pathologies of institutionalized elderly people, followed by questionnaires after the sessions.

With the continuance of the research-action, many were the criteria that limited the initial sample to four elderly people. A content analysis on the interviews was performed, and from there a conclusion was reached: The developed activities had an impact on the family relations. These activities improved the communication between the family members, promoted a sharing of experiences, and increased the family's availability to spend time with the elderly person. It also had impact in the elderly follow up by the family as well as by the Daycare Center. Benefits were also observed to the elderly person's health at an autonomy and cognitive level.

Keywords:

Elderly; Aging; Family; Family Relations; Elderly person's health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Envelhecimento Demográfico	15
1.1.1. Envelhecimento em Santa Luzia	21
1.2. Envelhecimento	23
1.2.1. Envelhecimento biológico	28
1.2.1.1. Repercussões do envelhecimento na saúde das pessoas	32
1.2.2. Envelhecimento psicológico	36
1.2.3. Envelhecimento social	37
1.3. O idoso e a sua família	39
1.3.1. Cuidados familiares ao idoso	47
2. DIAGNÓSTICO	57
2.1. Identificação das necessidades	57
2.2. Estado da Arte	59
2.3. Justificação do Tema	63
2.4. Formulação do problema	78
2.5. Caracterização do contexto	80
3. PLANEAMENTO	84
3.1. Objectivos	87
3.2. Metodologia	87
3.2.1. Tipo de Estudo	87
3.2.2. Participantes	90
3.2.3. Técnicas e instrumentos	95
3.3. Cronologia das actividades	97
3.4. Recursos utilizados	98
4. APLICAÇÃO/ EXECUÇÃO	99

4.1. Divulgação	99
4.2. Actividades desenvolvidas para idosos/família	100
4.3. Avaliação das actividades desenvolvidas	104
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	106
5.1. Dados recolhidos nos questionários	106
5.1.1. Avaliação da Actividade <i>Viver melhor com a diabetes mellitus</i>	106
5.1.2. Avaliação da Actividade <i>Viver melhor com a hipertensão de doenças do coração</i>	111
5.1.3. Avaliação da actividade <i>Viver melhor com doenças dos ossos</i>	114
5.1.4. Avaliação do <i>Atelier Saúde e Bem Estar</i>	119
5.2. Dados recolhidos nas entrevistas aos idosos	124
6. AVALIAÇÃO	144
REFLEXÃO CRÍTICA	148
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
APÊNDICES	156
ANEXOS	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1	Pirâmides etárias de Portugal	19
Gráfico n.º 2	Pirâmides etárias do Algarve	21
Gráfico n.º 3	Alteração da composição corporal do idoso	30
Gráfico n.º 4	Redução do peso dos órgãos com o envelhecimento	31
Gráfico n.º 5	Taxa de incapacidade com o envelhecimento	50
Gráfico n.º 6	Motivos de satisfação de idosos	60
Gráfico n.º 7	Resposta de idosos a afirmação <i>Estou com a minha família.</i>	71
Gráfico n.º 8	Resposta de idosos a afirmação <i>A minha família pede-me</i>	72

	<i>opinião sobre decisões a tomar.</i>	
Gráfico n.º 9	Resposta à afirmação <i>Sinto-me sozinho.</i>	73
Gráfico n.º 10	Resposta à afirmação <i>Quando chego a casa tenho companhia para conversar.</i>	74
Gráfico n.º 11	Resposta à afirmação <i>Gosto de estar com a minha família.</i>	75
Gráfico n.º 12	Resposta à afirmação <i>Sinto-me bem com a minha família.</i>	75
Gráfico n.º 13	Resposta à afirmação <i>Passo muito tempo com a minha família.</i>	76
Gráfico n.º 14	Resposta à afirmação <i>A minha família vai comigo ao médico.</i>	77
Gráfico n.º 15	Género das pessoas idosas	92
Gráfico n.º 16	Residência dos idosos	93
Gráfico n.º 17	Com quem vivem os idosos	93
Gráfico n.º 18	Família que reside com o idoso	94
Gráfico n.º 19	Com quem o idoso passa a maior parte do tempo	94
Gráfico n.º 20	Resposta à questão <i>Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo nesta actividade?</i>	107
Gráfico n.º 21	Família que acompanhou a pessoa idosa na actividade	107
Gráfico n.º 22	Resposta à questão <i>Costuma ser acompanhado por algum familiar na realização das actividades, aqui na Associação?</i>	108
Gráfico n.º 23	Resposta à questão <i>Considera que esta sessão poderá ajudá-lo a conversar sobre este tema com o seu familiar?</i>	108
Gráfico n.º 24	Resposta à questão <i>Parece-lhe importante que a sua família participe nas actividades desta Associação?</i>	109
Gráfico n.º 25	Resposta à questão <i>Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo nesta sessão?</i>	112
Gráfico n.º 26	Resposta à questão <i>Considera que esta sessão poderá ajudá-lo a conversar sobre este tema com o seu familiar?</i>	112
Gráfico n.º 27	Resposta à questão <i>Parece-lhe importante que a sua família participe nas actividades desta Associação</i>	113
Gráfico n.º 28	Resposta à questão <i>Pensa que a relação com a sua família poderá ficar mais forte após a partilha de experiências como</i>	114

	<i>esta?</i>	
Gráfico n.º 29	Resposta à questão <i>Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo nesta actividade?</i>	115
Gráfico n.º 30	Resposta de idosos que contaram com a participação de familiares na actividade	116
Gráfico n.º 31	Resposta à questão <i>Considera que esta sessão poderá ajudá-lo a conversar sobre este tema com o seu familiar?</i>	116
Gráfico n.º 32	Resposta à questão: <i>Pensa que a relação com a sua família poderá ficar mais forte após a partilha de experiências como esta?</i>	118
Gráfico n.º 33	Resposta à questão <i>O que mais lhe agradou neste atelier?</i>	120
Gráfico n.º 34	Resposta à questão: <i>Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo(a), neste dia?</i>	121
Gráfico n.º 35	Resposta à questão <i>Que familiar acompanhou o idoso na Actividade?</i>	121
Gráfico n.º 36	Resposta à questão: <i>Considera que este dia foi importante para a sua relação familiar?</i>	122
Gráfico n.º 37	Resposta à questão <i>Pensa que a sua relação familiar poderá ficar mais forte após a partilha de experiências como esta?</i>	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1	Índice de envelhecimento em Portugal (2001)	21
Figura n.º 2	Multidisciplinaridade da Gerontologia	25
Figura n.º 3	Pilares do envelhecimento activo	38
Figura n.º 4	Análise de recolha de dados	70
Figura n.º 5	Organograma da Associação	82
Figura n.º 6	Análise de conteúdo	126
Figura n.º 7	Impacto das actividades nas relações familiares	128
Figura n.º 8	Organograma das categorias resultante da Investigação-Acção	128

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1	Modificações fisiológicas do envelhecimento	30
Tabela n.º 2	Teorias Sociais do envelhecimento	39
Tabela n.º 3	Perfil do prestador de cuidados	53
Tabela n.º 4	Modo de apoio ao idoso dependente	54
Tabela n.º 5	Idosos que participaram nas actividades	82

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional verificado nas últimas décadas tem provocado interesse no estudo dos idosos e do envelhecimento. Já que se torna possível que as pessoas vivam mais tempo, deve-se assegurar que esse tempo seja de qualidade.

Segundo a Direcção-Geral de Saúde (DGS), o processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver, associado às mudanças verificadas nos comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas (2004).

Todos envelhecemos. Todos vamos sofrer estes impactos sociais, pelo que se torna pertinente mobilizar esforços para que vivamos com a maior qualidade possível.

Da necessidade de pesquisa sobre a temática do envelhecimento, do interesse pelas relações familiares das pessoas idosas, da prática diária de intervenção na saúde das pessoas idosas e suas famílias e da vontade de contribuir para um envelhecimento com qualidade nasce esta investigação-acção. Este trabalho envolve estes três conceitos fundamentais: envelhecimento, relações familiares e saúde das pessoas idosas/família.

A família é a base, é a raiz da estrutura social (Netto, 2002) e apesar de ter um papel importante em qualquer estágio da vida, torna-se particularmente relevante durante dois períodos polares: a infância/adolescência e a velhice (Netto, 2002).

O envelhecimento é um processo contínuo que pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2004).

Uma pessoa idosa com saúde é essencial para que se possa manter com qualidade de vida e assegure os seus contributos na sociedade. As pessoas idosas activas e saudáveis,

para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (DGS, 2004).

O envelhecimento não é um problema mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

O envelhecimento reporta para uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, dos familiares, dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social e de saúde (DGS, 2004). Daqui resulta a necessidade de se desenvolverem estudos, investigações de forma a controlar estas alterações demográficas e promover uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social a estas novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada (DGS, 2004).

O trabalho de projecto intitulado “Contributo de actividades relacionadas com a saúde das pessoas idosas para fortalecer as suas relações familiares” teve por objectivo fortalecer as relações entre pessoas idosas e seus familiares, através de estratégias de saúde que ajudaram os idosos e seus familiares a lidar com as patologias mais frequentes.

O trabalho de projecto que agora se apresenta decorreu ao longo dos anos de 2009-2010 com as pessoas idosas utentes do Centro de Dia da Associação Âncora de Santa Luzia e seus familiares que aceitaram participar.

A apresentação do trabalho de projecto “Contributo de actividades relacionadas com a saúde das pessoas idosas para fortalecer as suas relações familiares” está organizada em seis capítulos onde se tratam o enquadramento teórico, o diagnóstico, o planeamento, a aplicação/execução de actividades, a análise e discussão de resultados, a avaliação da investigação e a reflexão crítica sobre o mesmo.

No enquadramento teórico faz-se a revisão da bibliografia sobre o tema, incluindo a elucidação dos conceitos importantes para a investigação.

No capítulo sobre o diagnóstico serão apresentados os resultados das entrevistas a elementos directamente relacionados com as pessoas idosas participantes, Dra. Luísa Gomes (directora técnica da secção sénior da Associação) e D^a Elisabete (auxiliar principal de cuidados directos) e também os resultados obtidos nos questionários aplicados aos vinte e quatro utentes idosos. O capítulo sobre o planeamento revela as opções necessárias para delinear este projecto de investigação-acção. No capítulo sobre a execução serão apresentadas as quatro actividades desenvolvidas sobre a saúde para pessoas idosas e seus familiares. No capítulo relativo à análise e discussão dos dados serão apresentados os resultados dos instrumentos de avaliação por cada uma das actividades desenvolvidas: questionários e entrevistas. No capítulo sobre avaliação da investigação será considerado o processo na sua globalidade. Na reflexão crítica será feita uma retrospectiva da investigação reconhecendo o seu contributo, as limitações encontradas e as expectativas futuras.

Para a elaboração do presente trabalho recorreu-se a pesquisa bibliográfica nas Bibliotecas da Universidade do Algarve, Bibliotecas Municipais de Faro e Tavira. Foi também realizada pesquisa em motores de busca e bases de dados da Internet. Após pesquisa e recolha de material bibliográfico sobre o tema, procedeu-se à leitura crítica, à selecção e à reflexão sobre os conteúdos abordados.

Quanto à organização e apresentação das referências bibliográficas do presente documento foram usadas as normas definidas pela APA (American Psychological Association).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento Demográfico

Pessoas idosas sempre existiram na história da Humanidade, porém, este aumento exponencial do número de pessoas mais velhas deve-se ao nascer de uma situação relativamente nova: o envelhecimento populacional diz respeito ao aumento da proporção de idosos na população (Netto, 2002). O envelhecimento populacional não é mais do que o aumento da proporção de indivíduos idosos em relação à população no geral (Fernandez-Ballesteros, 2009).

O envelhecimento populacional observado mundialmente representa um fenómeno recente e causa uma das mais notáveis alterações demográficas na história da humanidade.

Importa clarificar que os dados evidenciam a inevitabilidade do envelhecimento da população, no entanto não nos podemos alhear que o envelhecimento, para além de resultar de inúmeros factores intrínsecos e extrínsecos, resulta também da fixação de uma idade cronológica definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os 65 anos, idade a partir da qual se considera a pessoa idosa. Assim, entende-se por idosos todos os indivíduos que completaram 65 anos de idade (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Também Berger e Mailloux-Poirier (1995) descrevem o envelhecimento como o aumento relativo do número de pessoas idosas (idade igual ou superior a 65 anos) em relação ao conjunto da população.

O índice de envelhecimento (IE) representa a relação existente entre o número de idosos e a população total:

$$IE' = ((P'_{65y+}/P') \times 100)$$

Em que P'_{65y+} representa o numero de indivíduos com 65 e mais anos de idade num determinado ano (t) e, P' representa a população total no mesmo momento (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Em 2005 a população idosa representava 17,1% da população total, comparativamente com 16,8% em 2004 (INE, 2005).

Berger e Mailloux-Poirier (1995) mostram três factores que explicam o envelhecimento de uma população: natalidade, migrações e mortalidade.

Também Netto (2002) responsabiliza estes três motivos básicos pelo envelhecimento da população: diminuição da mortalidade que leva ao aumento da expectativa de vida, diminuição da fecundidade, coeficiente cujo significado é o número de filhos por mulher em idade fértil e, a migração que ajuda a alterar a distribuição etária.

O aumento da esperança média de vida, diminuição da natalidade e elevadas taxas de migração ocorrem em todo o mundo, mas de forma diferente, o que se manifesta no envelhecimento a nível mundial (Netto, 2002).

A esperança média de vida tem aumentado em todo o Mundo, inclusivamente, nos países menos desenvolvidos, devido à melhoria das condições de vida e trabalho, do nível educacional, de escolaridade e do atendimento às necessidades de saúde da população (Netto, 2002). Também à medida que vão melhorando as condições de vida e de trabalho da população, um número cada vez maior de pessoas sobrevive até idades avançadas. Porém, a imortalidade não existe e assim que as pessoas se aproximam do limite biológico da vida humana, por volta dos 85 anos, a taxa de mortalidade aumenta abruptamente (Netto, 2002).

Segundo dados do INE (2005), na Europa, desde meados do século XX que se tem verificado uma diminuição do Índice Sintético de Fecundidade (ISF), tendo o valor descido abaixo do limiar de substituição das gerações (2,1 crianças por mulher) em 1975, atingindo cerca de 1,5 em 2003; simultaneamente, verifica-se também o aumento da esperança média de vida à nascença que em 1960 era de 67 e 73 anos (respectivamente para homens e mulheres). A mesma fonte refere que, em 2002, a esperança média de vida à nascença passou a ser de 75 anos para os homens e 81 anos para as mulheres. É ainda de salientar que, em 2050, se adivinha uma relação de cerca

de dois idosos por cada jovem, sendo esta relação maior nas regiões do Alentejo, onde se prevê que seja de cerca de três idosos por cada jovem, o que demonstra o progressivo envelhecimento populacional esperado.

Curiosamente, em 2001 contavam-se seis homens por dez mulheres com mais de 65 anos, um homem por cada duas mulheres com mais de 75 anos e 1 homem por cada 4 mulheres com mais de 90 anos (INE, 2005).

Portugal tem cerca de um milhão e meio de pessoas com mais de 65 anos, numa população de 10 milhões de habitantes (INE, 2005).

O INE (2005) prevê que a população idosa atinja um valor próximo de 3 milhões de indivíduos, ou seja, represente cerca de 32% do total dos efectivos populacionais e que em 2020, 18,1% da população tenha mais de 65 anos. Especificamente *para 2020 tudo indica que a população idosa atinja cerca de 2 027 000 indivíduos* (Paúl & Fonseca, 2005, p.15). As previsões apontam para que *dentro de aproximadamente 15 anos, um em cada cinco portugueses terá 65 ou mais anos e, em meados do século XXI essa relação será praticamente de um para cada três portugueses!* (Paúl & Fonseca, 2005, p.15).

Resumindo, Simões (2006) afirma que a população idosa excede cada vez mais a população juvenil (0-14 anos) e que, por outro lado, a população já é bastante idosa e cada vez o será mais.

As estatísticas demográficas indicam que o segmento mais velho da população idosa é aquele que mais cresce (Simões, 2006). Neste contexto, este autor faz referência às subdivisões de Neugarten (1976) do período extremo da vida adulta: jovens idosos (*young-old*): abrangia indivíduos com idades compreendidas entre os 65-74 anos; muito idosos (*old-old*): 75 ou mais anos.

Da mesma maneira Beatty e Wolf (1996, p.3) tiveram a necessidade de especificar melhor estas faixas etárias e começaram a distinguir três categorias de idosos:

- *Idosos jovens (65 aos 74 anos);*
- *Idosos médios (75 aos 84 anos);*
- *Muito idosos (85 ou mais anos.*

Ora, é justamente nesta última categoria que se tem registado um maior crescimento nos últimos anos. Pois, de acordo com Simões (2006), enquanto que o conjunto da população idosa aumentava 26,1% de 1991 para 2001, o subgrupo dos 65-74 anos crescia 21,8%, o subgrupo dos 75-84 anos crescia 25,9% e o de 80 ou mais anos crescia 66,0%.

A tendência para o crescimento da população idosa é considerada como um dos traços mais evidentes da sociedade portuguesa actual (Paúl & Fonseca, 2005).

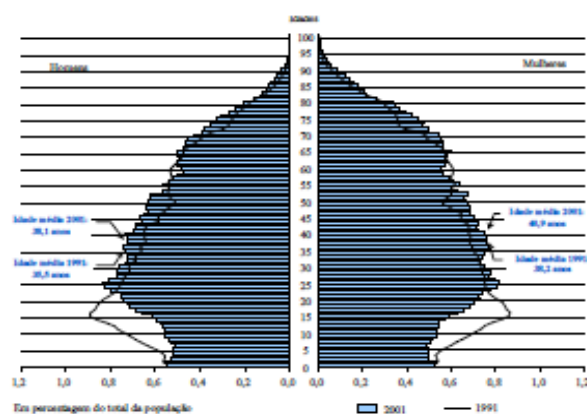
Projeções recentes (INE, 2005) apontam que, no futuro, o envelhecimento demográfico se vai agravar, pois, em 2050, a população jovem atingirá os 13%, ao passo que os idosos representarão 32% da população, o dobro do valor percentual registado em 2001.

No entanto, curiosamente, o subgrupo de população idosa com 85 anos ou mais, era constituído na sua grande maioria por mulheres (Simões, 2006). Isto é, para 47.920 homens, existiam no último Recenseamento, 103.674 mulheres com 85 ou mais anos. Igualmente, o aumento da esperança média de vida das mulheres é marcante, uma vez que se verifica que a proporção de indivíduos do género masculino relativamente ao género feminino é cada vez menor à medida de se avança na escala da idade (Simões, 2006).

O INE (2005) destaca que brevemente seremos o quarto país da Europa com maior percentagem de pessoas idosas e menor percentagem de população activa.

Este fenómeno de envelhecimento demográfico pode ser mais facilmente entendido através da observação das pirâmides etárias de Portugal, realizadas em três momentos de estudo: 1960, 2004 e 2050. Estas estão representadas no gráfico 1 e correspondem à distribuição percentual da população por sexos e idades até aos 100 anos de idade.

Gráfico n.º 1 – Pirâmides etárias em Portugal



Este envelhecimento demográfico decorreu em todas as regiões do território Português, no entanto, foi no Norte e nas duas Regiões Autónomas que se manteve uma proporção de jovens (0-14 anos) superior à de idosos. O Alentejo é a Região mais envelhecida de todo o território nacional, registando a maior proporção de idosos (22,3%) e, simultaneamente, a menor proporção de jovens (13,7%) (Censos, 2001).

O aumento da esperança média de vida, aliado ao envelhecimento no topo da pirâmide etária, tem causado um peso substancial na sociedade portuguesa (Moniz, 2003). Hoje verificam-se mais idosos, quer em proporção à população total, quer em termos absolutos e este “duplo envelhecimento” da população causa um desequilíbrio entre o peso relativo das diferentes gerações e poderá estar na origem de graves problemas sociais (Pimentel, 2005). Devido a este envelhecimento populacional, não será possível a renovação das gerações (Paúl & Fonseca, 2005). Consequentemente, a prestação de cuidados familiares ao idoso encontra-se comprometida devido à diminuição do número de filhos e ao aumento do número de idosos.

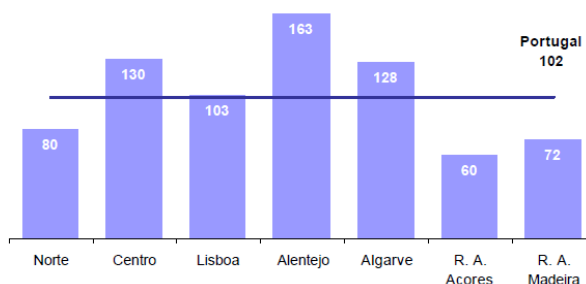
Em síntese, temos uma população idosa que supera e cada vez excederá mais a população juvenil e temos uma população idosa que já é bastante idosa e que cada vez o será mais. Também sabemos que é o segmento mais idoso da população que mais crescerá (Pimentel, 2005).

Relativamente a esta temática torna-se indispensável conhecer os dados do INE (2005) que também apurou um marcado aumento da população com mais de 80 anos, sendo que esta quase quadruplicou entre 1960 e 2004, prevendo-se que em 2050 10,2% da

população portuguesa tenha 80 ou mais anos de idade. Com efeito, a tendência confirma que *não só a população em geral está a envelhecer, como a própria população idosa está a envelhecer* (Figueiredo, 2007, p. 92).

O envelhecimento populacional não é uniforme no território nacional como se pode verificar quando se compara o índice de envelhecimento por regiões (Censos, 2001).

Figura n.º 1 - Índice de Envelhecimento em Portugal (2001)



A figura n.º 1 mostra a disparidade regional do índice de envelhecimento: as regiões Centro (130), Alentejo (163) e Algarve (128) apresentam valores acima do valor da média nacional, ou seja 102 idosos por cada 100 jovens (Censos, 2001).

Os dados atrás referidos despertam-nos para a necessidade de mobilização de estruturas formais e informais para preparar e adaptar a sociedade para lidar com esta nova realidade.

O fenómeno de envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que implica. Se por um lado, nos congratulamos com a conquista de mais anos, que poderá corresponder a uma melhor qualidade de vida, por outro lado, esta conquista poderá representar uma verdadeira catástrofe porque ao assistir ao prolongamento da vida, a pessoa vai-se expondo também, a doenças, nomeadamente crónicas, mentais e incapacitantes, decorrentes do próprio processo de envelhecimento (Moniz, 2003).

O aumento de pessoas idosas só se torna preocupante porque se desenvolve num contexto desfavorável associado à diminuição da taxa de natalidade, à crescente instabilidade nos laços familiares, à indisponibilidade da família em dar apoio efectivo aos seus idosos, à crise dos sistemas de protecção social, à crescente despersonalização das relações pessoais, à exclusão dos idosos dos sectores produtivos da sociedade,

contexto em que se agravam as condições de vida das pessoas mais velhas (Pimentel, 2005).

Portanto, as estimativas sobre envelhecimento reflectem uma realidade em mudança que vem colocar novos desafios à sociedade e sobretudo, às famílias, uma vez que estas têm um papel fundamental na assistência e manutenção do idoso.

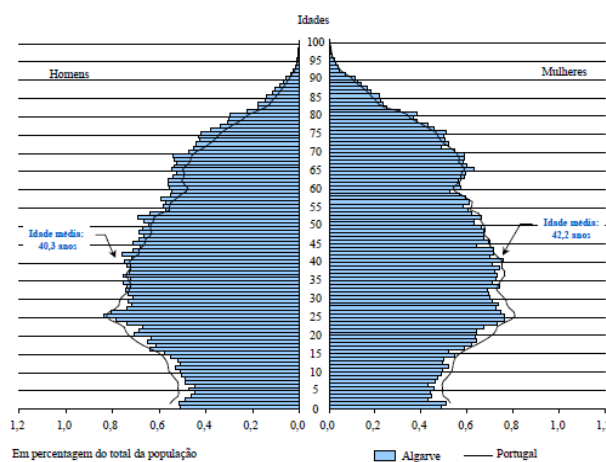
1.1.1. Envelhecimento em Santa Luzia

Santa Luzia é uma freguesia situada no extremo sul de Portugal continental, pertencente ao Concelho de Tavira, Algarve.

O Algarve recenseou 395.218 indivíduos, dos quais 195.725 homens e 199.493 mulheres, com idades médias que se situam nos 40,3 anos nos homens e nos 42,2 anos nas mulheres (Censos, 2001). Esta é a região portuguesa onde consta a maior população com nacionalidade estrangeira (6% da população total), sendo igualmente a população de homens idosos superior à observada no restante território nacional (Censos, 2001).

Estas variações relativamente ao resto do País podem ser verificadas na pirâmide etária do Algarve (2001) que se reproduz no gráfico n.º 2:

Gráfico n.º 2 - Pirâmide etária, Algarve (2001)



A Vila de Santa Luzia consta de uma área de 4,46 km², onde, segundo dados do INE (2001), a população residente é de 1 729 habitantes. Nesta fonte verifica-se que as famílias clássicas residentes são 611, sendo que não existem famílias institucionais, sendo os núcleos familiares residentes 532. A origem desta freguesia remonta a 1577, e o seu nome é uma invocação à Santa do mesmo nome, siciliana, protectora dos doentes dos olhos. Santa Luzia foi elevada a vila em 13 de Maio de 1999.

Esta vila de características piscatórias é um aglomerado populacional em processo de envelhecimento, pelo que surgiu a necessidade de criar a Associação e Centro Comunitário Âncora para dar resposta às necessidades sociais daí resultantes.

A Associação Âncora de Santa Luzia é uma IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social) que abrange as áreas da infância, terceira idade e comunidade, funcionando nos dias úteis das 9 às 18 horas. O horário de funcionamento restringe o tempo de permanência do idoso na Associação, mantendo-o no seu ambiente familiar.

O facto das famílias serem na sua maioria nucleares e terem elementos a trabalhar fora da vila, faz com que o recurso ao centro de dia e ao apoio domiciliário da Associação Âncora sejam uma prática corrente. De acordo com a entrevista realizada à Dra. Luísa (Entrevista n.º1), o principal motivo que leva as famílias a procurarem um sítio para o idoso ficar ao longo do dia é *conseguirem ter alguma supervisão e evitar que eles fiquem sozinhos e sem redes de apoio durante um período de tempo tão longo.*

Os vinte e quatro idosos utentes do centro de dia da Associação Âncora têm idades compreendidas entre os 50 anos e os 86 anos, sendo a moda de idades de 83 anos. A população feminina prevalece, pois estão institucionalizados dez homens e catorze mulheres no centro de dia, o que corresponde, respectivamente a 42% e 58%. Os idosos institucionalizados formam um grupo bastante heterogéneo, com *características específicas em que o gosto pelo mar se torna comum* (Entrevista n.º1). Salienta-se que a população de Santa Luzia *não é activa, nem participativa e, são culturalmente, simples mas valorizam as relações interpessoais e têm espírito de entreaajuda* (Entrevista n.º1).

1.2. Envelhecimento

O interesse pela velhice e pelo processo de envelhecimento têm vindo a desenvolver-se com o passar do tempo. Desde sempre que os seres humanos têm mostrado interesse por prolongar a vida e pela possibilidade de uma eterna juventude mas o fenómeno do envelhecimento da população nunca teve tão grandes proporções como no último meio século. O século XXI será o século dos idosos, o que exigirá o desenvolvimento do conhecimento científico sobre o tema.

Em 1903, Elie Metchiokoff propôs uma nova ciência, a Gerontologia, para o estudo científico dos idosos, a qual veio a desenvolver-se significativamente após a II Guerra Mundial, na América do Norte, através da criação da *Society of Gerontology* (Sequeira, 2007).

De acordo com Fernandez-Ballesteros (2009), vários são os precursores da Gerontologia: no Antigo Testamento, Lehr destaca as virtudes que envolvem os idosos; nos textos egípcios e gregos encontram-se alusões à sabedoria dos mais velhos e ao reconhecimento destes pelos mais jovens. Na disciplina de filosofia podem-se encontrar vários antecedentes da Gerontologia. Platão (427-347a.C.) apresenta uma visão positivista, individualista e intimista do envelhecimento, considerando que é na juventude que se previne e prepara a velhice.

Paúl e Fonseca (2005) destacam outras referências como Hipócrates (460-377 a.C.) que foi o primeiro a formular hipóteses médicas relativas às causas do envelhecimento, considerando-o como um fenómeno natural, físico e irreversível, onde se estava mais predisposto à doença devido à diminuição da resistência. Por outro lado, Aristóteles (384-322a.C.) considera as seguintes etapas de vida do homem: a infância, a juventude, a idade adulta e a senescência, na qual prevalece o deterioração e a ruína pessoal. Esta ambiguidade de ideias tem-nos acompanhado ao longo de toda a História (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Neste momento, de acordo com Fernandez-Ballesteros (2009), podemos considerar cinco autores paradigmáticos numa inicial investigação científica acerca da velhice e do envelhecimento.

- No século XVII, *Francis Bacon* (1561-1626) inaugura a investigação científica em gerontologia com o seu trabalho *History of life and death*.
- O francês *Quetelet* (1796-1874) é o primeiro a expressar a importância dos princípios que implicam o processo através do qual o ser humano nasce, cresce e morre.
- *Francis Galton* (1832-1911) estuda as diferenças individuais que decorrem nas características físicas, sensoriais e motoras ao longo do envelhecimento.
- *Stanley Hall* (1844-1924) contribuiu para a compreensão da natureza e funcionalidades do envelhecimento, ajudando ao estabelecimento da gerontologia como ciência.
- *Pavlov* (1894-1936) comparou o sistema nervoso central e os processos de reflexo em animais jovens e velhos, concluindo que se verificam processos mais lentos em animais mais velhos, como consequência de uma menor condutibilidade das vias nervosas.

A Gerontologia é demarcada pelo norte-americano *Cowdry* (1939), com o seu testemunho *Problems of aging* (problemas do envelhecimento), considerado o primeiro tratado de gerontologia (Fernandez-Ballesteros, 2009). Assim, surge o crescimento desta ciência e é na segunda metade do século XX que a sua expansão é mais acentuada.

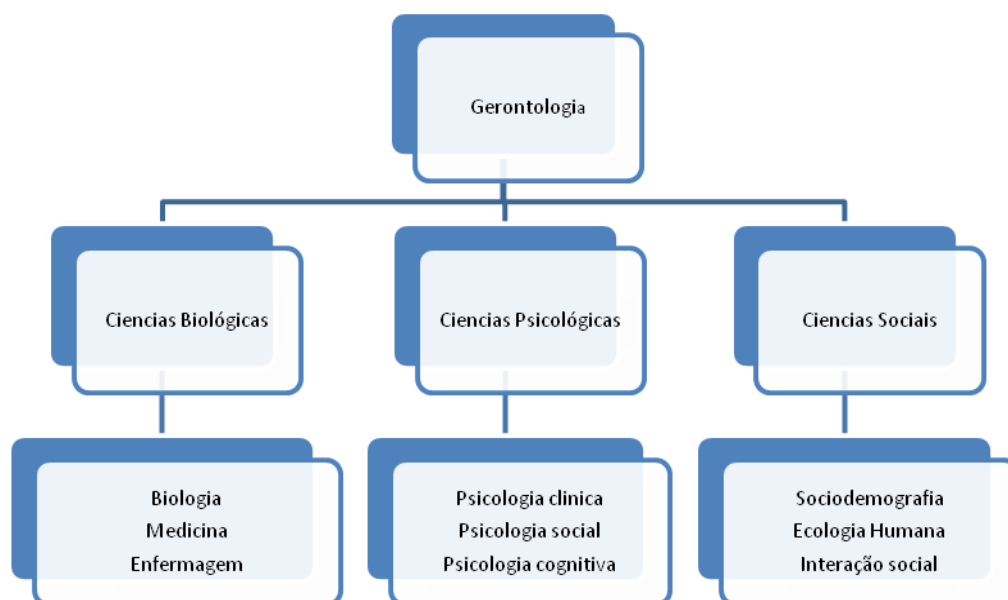
A gerontologia, do grego *gerontos* (velho), utilizado pela primeira vez em 1901, designa o estudo do processo de envelhecimento sob todos os aspectos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Foi a partir da década de 80 que se acentuaram os trabalhos de investigação e as publicações sobre o envelhecimento com impacto no desenvolvimento da Gerontologia, permitindo, em 1999, a concretização do Ano Internacional dos Idosos, implementado pelas Nações Unidas (Sequeira, 2007).

Actualmente, a Gerontologia tem como objecto de estudo o processo de envelhecimento, bem como, as diferenças de idade ou as condições que requerem especial atenção. Isto é, a Gerontologia estuda o idoso, a velhice e o envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2009).

A Gerontologia implica essencialmente as ciências biológicas (refere-se à investigação sobre as mudanças que ocorrem com a idade e o que o passar do tempo provoca nos sistemas do organismo); as ciências psicológicas (refere-se ao estudo das alterações que ocorrem com o passar do tempo nas funções psicológicas, como a atenção, a percepção, a aprendizagem, a memória e a afectividade) e, as ciências sociais (refere-se à pesquisa de alterações provocados pela idade no que diz respeito a mudanças sociais, intercâmbio e estrutura social, assim como de que forma as emergências sociais contribuem para essas mudanças) (Fernandez-Ballesteros, 2009). Esta concepção pode ser, esquematicamente apresentada através da figura n.º 2 que se segue.

Figura 2: Multidisciplinariedade da Gerontologia



Adaptado de: Fernandez-Ballesteros, 2009, p.35.

O conceito de envelhecimento tem sofrido várias alterações ao longo do tempo, tendo evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, valores, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2007).

Embora o processo de envelhecimento seja extremamente complexo e possa ser interpretado sob várias perspectivas, trata-se de um processo normal, universal, gradual, irreversível e contínuo (Figueiredo, 2007).

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995) o envelhecimento é um fenómeno perfeitamente natural, caracterizado por um conjunto de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo.

Netto (2002) descreve o envelhecimento sob várias perspectivas. Biologicamente é um processo contínuo que começa na puberdade e continua durante a vida. Socialmente, as características dos membros idosos da sociedade variam de acordo com o quadro cultural, o decorrer das gerações, as condições de vida e as condições de trabalho a que estão submetidos, sendo que as desigualdades nessas condições levam a desigualdades no processo de envelhecer. Intelectualmente, o envelhecimento é marcado pelo início de lapsos de memória, dificuldade na aprendizagem e diminuição da atenção, orientação e concentração, comparativamente com momentos anteriores. Economicamente, uma pessoa é idosa quando começa a receber a reforma e abandona o mercado de trabalho. Funcionalmente, é idosa a pessoa que começa a depender de outros para a satisfação das suas necessidades básicas.

Paúl e Fonseca (2005) referem ainda que os idosos são afectados por transformações físicas, psicológicas e sociais, experimentando sucessivos processos de transição e de mudança. Destes processos resulta a emergência de novos comportamentos, de novas percepções da realidade e de novas redes de relações interpessoais, implicando novas formas de adaptação pessoa-meio.

O envelhecimento, para além de ser um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, é também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano (Figueiredo, 2007) pois, face a mudanças funcionais e de papéis sociais é essencial uma plasticidade constante na busca de novos equilíbrios.

Não podemos descurar uma característica fundamental do envelhecimento que consiste na variabilidade inter e intra-individual, ou seja, existem padrões de envelhecimento diferentes tanto em indivíduos com a mesma idade cronológica, como nas distintas funções de um mesmo indivíduo. Pelo que, Sequeira (2007) sugere uma abordagem individual e diferenciada do envelhecimento de acordo com a história e percurso de vida de cada um.

Spar e La Rue (1998), consideram as pessoas idosas como homens e mulheres com idade superior a 65 anos, pelo que a idade da reforma constitui uma referência para a velhice, ainda que de uma forma variável, em função da profissão, país, sistema social, cultura, etc. Porém, para Paúl e Fonseca (2001) a idade cronológica não constitui um bom critério para se estudar o envelhecimento, pois o número de anos que um indivíduo vive não oferece qualquer informação sobre a qualidade da sua vida, da sua experiência psicológica ou social ou mesmo da sua saúde.

Para além da alteração da imagem corporal visivelmente observada com o envelhecimento, outras alterações denotam este processo. O envelhecimento processa-se ao longo do ciclo vital e ninguém fica “velho” de um momento para o outro. Considerando-se apenas as alterações progressivas das características físicas e mentais das pessoas como indicadores de velhice (Sequeira, 2007).

O processo de envelhecimento é bastante complexo e implica um conjunto de mudanças bio-psico-sociais e espirituais irreversíveis que, segundo Spar e Rue (1998), normalmente, conduzem a um aumento gradual de dependência.

A maioria dos indivíduos com mais de 65 anos, padece de, pelo menos, uma doença crónica, que poderá limitar a sua autonomia e diminuir a sua qualidade de vida (Figueiredo, 2007). Assim, a tendência para o envelhecimento da população acarreta, o aumento de situações incapacitantes e o aumento do grau de dependência que exigem suporte familiar e social. Paúl e Fonseca (2005) referem que esta nova situação social tem implicações e deve ser encarada sob três perspectivas:

- Perspectiva psicológica que implica a vivência de cada indivíduo, o significado que atribui ao acto de envelhecer;
- Perspectiva da saúde que tem a ver com uma maior probabilidade de ter doenças devido ao aumento do tempo de vida e a uma maior vulnerabilidade;
- Perspectiva da prestação de cuidados em que haverá uma necessidade de adequação nas tipologias de cuidados formais e informais e, uma maior diversificação dos modelos assistenciais de modo a ir ao encontro das necessidades das pessoas.

Schroots e Birren (1980) citados por Figueiredo (2007, p.31) distinguem três tipos de envelhecimento: o **biológico**, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, ou seja a senescência; o **psicológico**, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo das forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência; e o **social**, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade relativamente aos idosos.

1.2.1. Envelhecimento biológico

Para além dos cabelos embranquecidos e das rugas na pele como reflexo do aumento da idade, surgem outras alterações características do *envelhecimento biológico* e que interferem com as funções orgânicas e mentais do indivíduo, contribuindo para um desequilíbrio homeostático e, conseqüentemente, para o declínio progressivo de todas as funções fisiológicas. Também a diminuição da acuidade visual e auditiva, a lentidão dos movimentos e reflexos, a recuperação física mais demorada, algumas dificuldades no equilíbrio, menor flexibilidade, menor resistência a esforços físicos, o declínio do sistema imunitário, resultando numa resposta menos rápida e menos eficaz às infecções (Netto, 2002) e a menopausa nas mulheres, são muitas vezes, factores desencadeantes de dependência nos idosos (Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento biológico é um processo cujos efeitos são visíveis, mas cujo mecanismo interno permanece em grande medida desconhecido (Fonseca, 2006).

Considerando o envelhecimento como biológico, várias são as teorias existentes. Embora o envelhecimento seja um processo universalmente conhecido, nenhuma dessas teorias está cientificamente comprovada e aceite. Porém, sabe-se que o envelhecimento é um fenómeno multidimensional resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula de ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética. Procurando explicar o envelhecimento biológico, Berger e Mailloux-Poirier (1995) descrevem algumas das teorias elaboradas:

- Teoria imunitária: Num organismo em envelhecimento, o sistema imunitário deixa de ser capaz de distinguir o “eu” do “não eu” e, neste caso, o sistema imunitário ataca certas pequenas partes do corpo como se fossem invasores, provocando a perda de controlo ou a auto-destruição.
- Teoria genética: No ser humano o envelhecimento é a ultima etapa de um processo genético, dado que as células do corpo humano, quando cultivadas em laboratório, se dividem cerca de cinquenta vezes, mas cessam a sua divisão lentamente e morrem.
- Teoria do erro na síntese proteica: Os investigadores sugerem que erros provocados a nível da síntese de ADN, conduzem a formação de proteínas incapazes de desempenhar as suas funções e são esses erros responsáveis pelo envelhecimento e morte celular.
- Teoria do desgaste: O organismo humano comporta-se como uma máquina e o seu desgaste provocaria anomalias, daí advindo uma paragem no mecanismo.
- Teoria dos radicais livres: o envelhecimento e a morte celular provêm dos efeitos nefastos provocados pela formação dos radicais livres. Os radicais livres poderiam provocar o envelhecimento por mecanismos como a peroxigenação dos lípidos não saturados, levando à formação de substâncias tóxicas para as células das quais não se podem libertar.
- Teoria Neuro-endócrina: O sistema endócrino funciona em harmonia com o sistema nervoso de forma a manter a homeostase do organismo e são as alterações na produção hormonal que provocam as mudanças associadas ao envelhecimento.

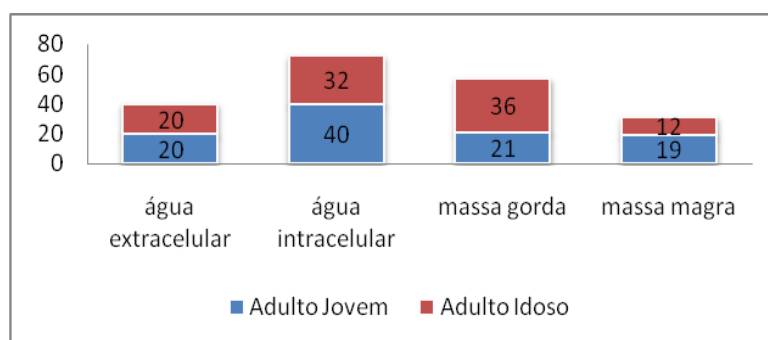
O envelhecimento pode ser conceptualizado como um processo dinâmico e progressivo, no qual se verificam alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que acabam por levá-lo à morte (Netto, 2002).

O envelhecimento biológico não é homogéneo, nem igual para todas as pessoas, dependendo de alguns factores, que Berger e Mailloux-Poirier, agrupam em causas genéticas como a hereditariedade, a ausência de uso, os factores de risco (tabagismo, alimentação inadequada) e ainda, doenças intercorrentes (1995).

Várias são as alterações orgânicas, como, por exemplo, a da estatura que se mantém até aos quarenta anos, sendo que, a partir desta idade reduz-se cerca de um centímetro por década, acentuando-se essa redução até aos setenta anos. Devido a alterações da composição corporal no idoso, há uma tendência para a redução do peso após os sessenta anos de idade (Netto, 2002).

As alterações corporais mais marcantes com o envelhecimento são apresentadas no gráfico n.º 3, que se segue.

Gráfico 3- Alteração da composição corporal no idoso, adaptado de Netto (2002, p. 63).



Morfologicamente, Netto (2002) destaca o aumento da circunferência do crânio, aumento da amplitude do nariz e dos pavilhões auditivos, aumento do diâmetro Antero-posterior e redução do diâmetro transversal do tórax, aumento do diâmetro antero-posterior do abdómen e bígubo, redução da prega cutânea tricipital e manutenção da subescapular.

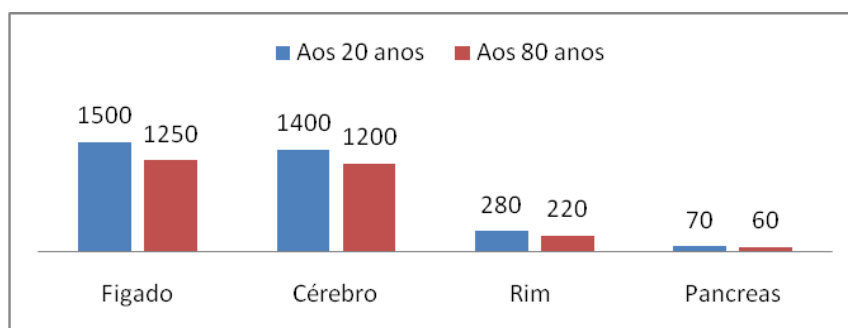
Berger e Mailloux-Poirier (1995) enunciam as alterações estruturais e funcionais evidentes no envelhecimento, na tabela n.º 1, que se segue.

Tabela n.º1 - Modificações fisiológicas do envelhecimento	
Alterações estruturais	<ul style="list-style-type: none"> • Células e tecidos; • Composição global do corpo e peso; • Músculos, ossos e articulações; • Pele e tecido subcutâneo; • Tegumento

Alterações funcionais	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema cardiovascular • Sistema respiratório; • Sistema renal, urinário e reprodutor; • Sistema gastrointestinal; • Sistema nervoso e sensorial; • Sistema endócrino e metabólico; • Sistema imunitário; • Ritmos biológicos e do sono.
-----------------------	---

As alterações funcionais dependem grandemente das alterações orgânicas desencadeadas ao longo do envelhecimento (Netto, 2002), nomeadamente, a redução do peso dos órgãos representada no gráfico n.º4, que se segue.

Gráfico n.º 4 - Redução do peso dos órgãos com o envelhecimento



Todas as alterações verificadas a nível biológico vão colocar o idoso numa condição de susceptibilidade e exigem que a população esteja desperta para minimizar a problemática.

Figueiredo (2007) descreve que todas as mudanças associadas ao processo de senescência vão levar a uma perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo, colocando o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade à doença que podem limitar a sua vida quotidiana.

1.2.1.1. Repercussões do envelhecimento na saúde das pessoas

A saúde é um conceito que tem sido debatido e definido de inúmeras formas, sendo que a OMS (1948) apresenta-a como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência da doença ou enfermidade.*

A promoção de um envelhecimento saudável implica múltiplos sectores que envolvem a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus (DGS, 2004).

Segundo Fernandez-Ballesteros (2009), o envelhecimento pode ser normal ou patológico. Por envelhecimento normal entende-se aquele que se desenvolve sem patologias, por envelhecimento patológico entende-se aquele que está associado a várias patologias, frequentemente crónicas.

Assim, o envelhecimento deve ser tido em conta como um processo que poderá dar origem ao Envelhecimento Bem-Sucedido/Activo ou ao Envelhecimento Patológico.

Simões (2006) mostra o Modelo do envelhecimento bem sucedido, baseado nos seus criadores Rowe e Kahn no estudo da Fundação Mac Arthur sobre o envelhecimento na América, em 1999, que consideram o envelhecimento bem sucedido como o conjunto de factores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista físico, como mental.

Para Rowe e Kahn, citados por Rocio Fernandez-Ballesteros (2009, p. 41) o envelhecimento bem-sucedido comporta uma probabilidade mínima de doença e incapacidade e, está associado a um bom funcionamento cognitivo, capacidade física funcional e compromisso activo com a vida.

Na perspectiva da OMS, o Envelhecimento Bem-Sucedido pode ser entendido como *o processo de optimização das oportunidades para a saúde, a participação e a*

segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (2002, p. 14).

Para se minimizar o impacto das possíveis limitações decorrentes do envelhecimento nasce em 2004 o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que deve ser respeitado por todas as entidades que dão apoio às pessoas idosas de forma a que se alcancem os objectivos de promover autonomia e bem-estar nas pessoas idosas.

Com base na sua duração, costumam distinguir-se dois tipos de doenças: as crónicas e as agudas. Sendo que as últimas são doenças de início súbito e passageiro. A incidência de doenças agudas diminui com a idade, porém, os efeitos secundários são mais evidentes e duradouros entre os idosos (Simões, 2006).

As doenças crónicas são doenças duradouras, a longo prazo ou permanentes. Figuram entre elas as doenças do coração, as trombozes, a hipertensão, o cancro, a diabetes mellitus e a artrite. Não só a sua prevalência aumenta com a idade, como são causa de elevada mortalidade ou de sequelas mais ou menos graves (Simões, 2006).

Squire (2005) destaca que a saúde da população é medida através de taxas de mortalidade. As taxas de mortalidade das pessoas idosas reflectem padrões semelhantes às do resto da população e mostram as quatro principais causas de morte nas pessoas com mais de 64 anos: doenças cardíacas, doenças respiratórias, cancro e doenças cerebro-vasculares, nomeadamente os acidentes vasculares cerebrais (AVC).

A DGS (2004) realça que em Portugal as principais causas de mortalidade a partir dos 64 anos, tanto para homens como para mulheres, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, sendo que estes têm um peso particularmente grave na mortalidade masculina. A morte consequente de doenças do aparelho respiratório está também a aumentar em ambos os géneros. É de realçar o facto de Portugal ser o país da União Europeia com a mais elevada mortalidade masculina e feminina, acima dos 65 anos.

Sousa, Mendes e Relvas (2007), destacam que a doença crónica atinge milhões de pessoas de todas as idades, apesar de a maior incidência e prevalência se verificar entre os mais idosos, limitando-as no seu funcionamento físico e/ou mental.

Fonseca (2005) destaca que a importância da variável saúde/doença no envelhecimento é de tal forma relevante que está na origem da distinção entre o envelhecimento normal/primário (que não implica a ocorrência de doença) e o envelhecimento patológico/secundário (aquele em que há doença e esta se torna a causa mais próxima da dependência e da morte).

A preocupação com a saúde dos idosos torna-se ainda maior quando pensamos não apenas na necessidade de promover um envelhecimento normal, mas sobretudo em potenciar um envelhecimento óptimo, o qual se fundamenta numa base funcional e é sinónimo de um envelhecimento saudável, competente e bem sucedido, genericamente conceptualizado em termos de uma baixa probabilidade de doença e incapacidade, associada a um elevado funcionamento cognitivo e a um compromisso activo para com a vida (Fernandez-Ballesteros, 2009).

A saúde dos idosos é uma preocupação prioritária, pois é uma variável determinante na satisfação das suas vidas. Se a saúde não é por si só condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento (físico e psicológico) e quebra no bem-estar, através de interacções complexas – directas ou indirectas - com outros factores da qualidade de vida. A doença mobiliza as capacidades de *coping* dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a sua actividade e recursos nesse problema e pode, ainda, fazer com que haja diminuição do poder económico (gastos elevados com a saúde), perda de autonomia, alteração das actividades diárias e das relações sociais, desconforto generalizado e, por vezes, medo da morte (Fonseca, 2005).

Falar de idosos obriga a que se atenda sempre à sua condição de saúde, um dos aspectos chave no seu bem-estar geral, por isso mesmo, é um dos aspectos a ter em conta em qualquer intervenção que tenha por objectivo a promoção de um envelhecimento óptimo.

O estado de saúde das pessoas deteriorara-se gradualmente a partir dos quarenta e cinco anos e é na idade adulta (entre os 45 e os 64 anos) que as consequências da dinâmica bio-psico-social, a que o indivíduo esteve sujeito, se fazem sentir (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A perda da função nos idosos representa a principal manifestação de uma patologia (Fernandez-Ballesteros, 2000). Não são apenas as patologias que afectam o aparelho locomotor (osteoartrites, artrites, fracturas), também as patologias sistémicas muito prevalentes, como a insuficiência cardíaca, a pneumonia, a depressão, a demência, a cardiopatia isquémica, o acidente vascular cerebral, a diabetes mellitus se manifestam como perda de função (Fernandez-Ballesteros, 2000). Esta perda de função vai provocar perda de autonomia e a dependência que, pouco a pouco, limitam a qualidade de vida das pessoas idosas.

Várias são as doenças crónicas que estão associadas ao envelhecimento, nomeadamente, as doenças do aparelho circulatório, a artrite, os reumatismos, as doenças da coluna, os tumores, as alterações do sistema digestivo e as perturbações mentais que afectam, quer a duração de vida, quer a sua qualidade, ou ambas (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Netto (2002) acrescenta que a função cardíaca do idoso é suficiente para as necessidades orgânicas básicas, porém, em condições de sobrecarga como esforços excessivos, emoções, febre, anemias, infecções, hipertiroidismo, podem-se desencadear descompensações cardíacas.

O aparecimento de doenças acontece, e sendo mais frequente nesta fase do ciclo vital, torna-se fundamental a adequação de intervenção médica, mas também que o idoso/instituição e familiares saibam incorporar na sua vida, de modo adequado, esta nova circunstância. Desta forma, emerge o reconhecimento e a importância de integrar aspectos sociais, biológicos, psicológicos, familiares e individuais no acompanhamento e tratamento de doentes e suas famílias (Sousa, Mendes & Relvas, 2007). Como resposta a estas necessidades, é fundamental investir em programas educativos que incluem componentes bio-psico-sociais e espirituais, de interesse para a pessoa idosa/instituição e suas famílias.

1.2.2. Envelhecimento psicológico

Pode-se dizer com bastante precisão que não existem teorias psicológicas do envelhecimento, uma vez que estas apenas permitem descrever as alterações que o passar do tempo e a idade provocam no funcionamento psicológico das pessoas (Fernandez-Ballesteros, 2000).

De acordo com Sequeira, *o envelhecimento psicológico depende de factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projecto de vida* (2007, p. 47). Portanto, este envelhecimento psicológico implica as repercussões psicológicas que todo o processo de envelhecimento causou ao idoso, bem como as atitudes e comportamentos adoptados e daí resultantes.

Portanto, considerando a dificuldade em encontrar uma teoria plausível para o envelhecimento psicológico, Fernandez-Ballesteros (2000) enunciou algumas teorias baseadas no desenvolvimento humano, ciclo vital, actividade e na continuidade de outras teorias. Assim, destaca-se como teoria do desenvolvimento psicossocial, a teoria de Erikson em que a vida está dividida em oito etapas, nas quais as pessoas terão de passar por crises/conflitos de forma a atingir a virtude.

Para Baltes e Baltes (1990) o modelo psicológico do envelhecimento bem sucedido, baseia-se no ideal de que o idoso saudável mantém a funcionalidade em domínios específicos que dão sentido e significado à sua existência e através da qual garantem uma compensação relativamente às possíveis perdas associadas ao envelhecimento.

Sequeira (2007) constata que o envelhecimento psicológico é um processo extremamente complexo e para o qual concorrem diversos factores, nomeadamente o desempenho cognitivo, o processamento da informação e a memória.

Netto (2002) destaca que os aspectos psicológicos do envelhecimento dependem fortemente das perdas significativas, como doenças crónicas que deterioram a saúde, viuvez, morte de amigos e familiares próximos, ausência de papéis sociais valorizados, das crises e da forma como as superamos.

Juntamente com alterações biológicas e psicológicas que decorrem ao longo do processo de envelhecimento, também a nível social ocorrem alterações nos papéis desempenhados ao longo da vida, o que exige a necessidade de adaptação às novas condições de vida.

1.2.3. Envelhecimento social

O envelhecimento social caracteriza-se pela mudança de papéis e, nomeadamente, a perda de alguns deles como, por exemplo, a perda do papel profissional que ocorre no momento da reforma, bem como perdas de papel a nível familiar e comunitário (Figueiredo, 2007). A reforma marca a perda de determinados papéis sociais activos, a diminuição de rendimentos económicos, a perda de oportunidade de contactos sociais e uma maior quantidade de tempo livre, o que exige que o indivíduo reformule os seus valores, rotinas, objectivos e energias (Figueiredo, 2007).

A interacção social fica muitas vezes comprometida devido a patologias que causam dependência, bem como a diminuição da capacidade cognitiva, sensorial (audição, visão) e capacidade funcional.

Relativamente à sua participação social, os idosos tendem a participar em redes sociais mais pequenas e a diminuir os contactos inter-sociais. Eles são socialmente activos principalmente com a família e com o grupo restrito de amigos íntimos (Sequeira, 2007).

Não só os idosos são agentes de mudanças, estes são também, frequentemente, vítimas das alterações que têm vindo a decorrer na sua rede social. Os idosos são alvo de alterações ao nível dos papéis a desempenhar no seio familiar, laboral e ocupacional; verificando-se uma tendência para a diminuição da sua intervenção de forma progressiva, de acordo com a idade (Paúl & Fonseca, 2005).

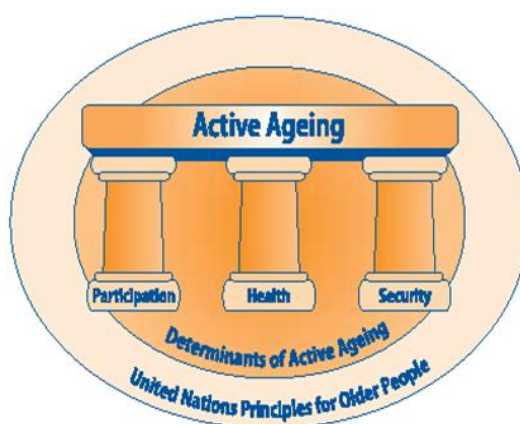
Spar e La Rue (2005) destacam que a participação e envolvimento em papéis sociais são determinantes para um envelhecimento bem-sucedido.

A nossa sociedade, onde o trabalho é altamente valorizado, deprecia os idosos que têm um papel mais passivo e muitas vezes considera-os como seres unicamente dependentes que vivem à custa da sociedade e não como construtores de valores seguros desta sociedade. As atitudes da sociedade face a pessoas idosas e ao envelhecimento são, na maioria das vezes, negativas. Para muitos, o envelhecimento é tido como uma doença incurável e um declínio inevitável. No entanto, parece importante abdicar destas ideias e passar a considerar o envelhecimento como um momento privilegiado da vida, uma vez que comporta toda a realização pessoal, satisfação e prazer.

Segundo Fonseca (2005), o processo de envelhecimento incorpora uma forte componente individual, ou seja, existem diferentes formas de envelhecer, consoante os percursos de vida de cada indivíduo, resultando em processos de envelhecimento com idêntica qualidade de vida.

O envelhecimento deve ser considerado de forma global e assenta em três pilares fundamentais como ilustra a figura n.º 3, que se segue. O pilar da saúde assegura uma maior qualidade de vida, se os níveis de promoção da saúde forem mantidos elevados e os níveis das doenças crónicas, bem como os das perdas funcionais, mantidos baixos. Será igualmente importante assegurar a participação activa na sociedade, no que diz respeito a actividades remuneradas ou não, de cariz socioeconómico, cultural ou espiritual. Por fim, o pilar da segurança, que assegura protecção e dignidade de ordem social, física e financeira (OMS, 2002).

Figura n.º3 - Os três pilares da estrutura política para o Envelhecimento Activo, adaptado de OMS (2002).



Existem várias teorias que procuram explicar a influência de factores socioculturais no processo de envelhecimento, destacando-se entre elas a teoria do descomprometimento, a teoria da actividade, a teoria do meio social e a teoria da continuidade. Estas estão brevemente apresentadas na tabela n.º 2, seguidamente indicada.

Tabela n.º2 - Teorias Sociais do Envelhecimento	
Teoria do descomprometimento	Pouco a pouco o indivíduo deixa de se envolver na vida da sociedade, cada vez menos a sociedade lhe oferece vantagens de toda a espécie.
Teoria da actividade	Um envelhecimento bem sucedido pressupõe a descoberta de novos papéis, ou novos meios de conservar os antigos. A sociedade deve favorecer este processo e reconhecer o valor da idade.
Teoria do meio social	O comportamento no decorrer do envelhecimento depende do estado de saúde, dos recursos financeiros e da existência de apoios sociais (cônjuge, família, amigos)
Teoria da continuidade	A adaptação social ao envelhecimento, à reforma e os acontecimentos é determinada, principalmente, por experiências passadas.

Adaptado de Phaneuf. M. (1995, p. 191).

1.3. O idoso e a sua família

O termo “família” é pouco específico, pois cobre uma variedade de experiências e relações e exclui outras, verificando-se uma grande variabilidade quer a nível histórico, quer cultural, quer pessoal. Apesar de ser um conceito bastante antigo, a família tem sido alvo de vários estudos científicos e, com toda a variabilidade histórica e social, continua a desafiar qualquer conceito geral.

Fernandez-Ballesteros (2009) faz uma apresentação histórica do termo família. Família deriva de *famulus* (escravo doméstico) e foi inventado pelos romanos para criar um

novo organismo social que surge entre as tribos latinas ao serem introduzidas na agricultura e na escravatura. Este organismo caracterizava-se pela presença de um chefe que tinha sob sua supervisão a mulher, os filhos e um conjunto de escravos com poder de vida e morte sobre todos eles.

É fundamental que se conheça qual a definição de família para cada indivíduo ou sociedade pois, de acordo com Carter e McGoldrick (1995), a definição americana de família consiste na família nuclear intacta, incluindo outras gerações, frequentemente, apenas para traçar a genealogia familiar. Para os italianos, a família costuma referir-se a toda a rede ampliada de tias, tios, primos e avós que estão geralmente envolvidos nas tomadas de decisões familiares, que passam juntos épocas festivas, feriados e momentos de transição do ciclo de vida e que tendem a viver em estreita proximidade ou na mesma casa (Carter & McGoldrick, 1995).

De acordo com Carter e McGoldrick (1995), a família é mais do que a soma das suas partes, implicando a partilha de experiências pessoais envolvidas numa linha concordante de crenças e valores instituídos.

A família pode ter imagens contraditórias, como a família-refúgio: a família como lugar de intimidade e de afectividade, espaço de autenticidade, arquétipo de solidariedade, de dimensão privada; mas também existem imagens da família como lugar de inautenticidade, de opressão, de coacção, de egoísmo exclusivo, a família como geradora de monstros, de violência e ainda, a família que mata (Naldini & Saraceno, 2003). Também Carvalho, Szymanski et al (2002) referem que a família vive num contexto que pode ser fortalecedor ou minimizador das suas possibilidades e potencialidades sociais.

O primeiro grupo ao qual o ser humano pertence, convencionalmente denominado família, é algo muito velho e, paradoxalmente, muito novo, pois, de acordo com Carter e McGoldrick, trata-se de um conceito antigo se considerarmos que o homem, invariavelmente, nos primeiros anos de vida, necessita dos cuidados de outros, e qualquer que seja o vínculo que o prende aos adultos circundantes, deve contar com alguém ou com um grupo de pessoas que lhe ofereça os cuidados necessários para a sua sobrevivência. É um conceito permanentemente novo à medida que a família se vai

transformando e remodelando de acordo com os contornos da sociedade na qual esta inserida (1995).

Para os autores Carter e McGoldrick, o ciclo de vida individual acontece dentro de um ciclo de vida familiar que é o contexto primário do desenvolvimento humano (1995).

Gomes (1988) define a família como um grupo de pessoas que vive numa estrutura hierarquizada, com a proposta de uma ligação afectiva duradoura, que inclui uma relação de cuidar entre os adultos e destes para com as crianças e idosos que aparecem no contexto.

A família assume uma estrutura característica. Por estrutura entende-se *uma forma de organização ou disposição de um número de componentes que se inter-relacionam de maneira específica e recorrente* (Whaley & Wong, 1989, p. 21). Deste modo, a estrutura familiar compõe-se de um conjunto de indivíduos com condições e em posições socialmente reconhecidas e com uma interacção regular e recorrente também ela socialmente aprovada. A família actual tende a valorizar cada vez mais a afectividade e a privatização das relações, os papéis são menos hierarquizados e o poder distribuído de forma mais igualitária (Whaley & Wong, 1989).

Actualmente, estamos perante diferentes modelos de família devido a alterações demográficas como o envelhecimento populacional ou o controlo da natalidade, mas também devido às alterações sociais, económicas e culturais (Paúl & Fonseca, 2005).

A família pode então, assumir uma estrutura *nuclear* ou *conjugal*, que consiste num homem, numa mulher e nos seus filhos, biológicos ou adoptados, que habitam num ambiente familiar comum (Naldini & Saraceno, 2003).

Existem também famílias com uma estrutura de *pais únicos* ou monoparental, tratando-se de uma variação da estrutura nuclear tradicional devido a fenómenos sociais, como o divórcio, o óbito, o abandono do lar, a ilegitimidade ou a adopção de crianças por uma só pessoa. As famílias monoparentais são um fenómeno crescente em todos os países desenvolvidos, não só pela instabilidade conjugal, mas também pelo aumento da esperança média de vida que leva à viuvez (Naldini & Saraceno, 2003).

A família ampliada ou extensa (também dita consanguínea) é uma estrutura mais ampla, que consiste na família nuclear, mais os parentes directos ou colaterais, existindo uma extensão das relações entre pais e filhos (Naldini & Saraceno, 2003).

Fala-se em família reconstituída ou recomposta quando pelo menos um dos dois cônjuges provém de um casamento anterior e tem ou não filhos, geralmente as razões das famílias reconstituídas são separação, divórcio ou viuvez (Naldini & Saraceno, 2003).

Os mesmos autores fazem referência a outro tipo de estruturas familiares, as denominadas famílias alternativas, sendo elas as famílias comunitárias e as famílias homossexuais.

As famílias comunitárias, ao contrário dos sistemas familiares tradicionais, onde a total responsabilidade pela criação e educação das crianças se cinge aos pais e à escola, são famílias em que o papel dos pais é descentralizado, sendo as crianças da responsabilidade de todos os membros adultos. Nas famílias comunitárias verifica-se um tipo de convivência em que não são necessariamente decisivas nem as relações sexuais nem as de geração e que se distingue da simples partilha de um espaço habitacional por parte de um grupo de amigos, pela partilha de um projecto de vida comum, muitas vezes fundado também na partilha económica (Naldini & Saraceno, 2003).

Nas famílias homossexuais existe uma ligação conjugal ou marital entre duas pessoas do mesmo sexo que pode incluir crianças adoptadas ou filhos biológicos de um ou de ambos (Naldini & Saraceno, 2003). Este último tipo contrasta com a ideia tradicional de família como pacto de solidariedade entre gerações e de procriação.

Quanto ao tipo de relações pessoais que se apresentam numa família, estes autores referem três tipos de relação. São elas, a de aliança (casal), a de filiação (pais e filhos) e a de consanguinidade (irmãos). É nesta relação de parentesco, de pessoas que se vinculam pelo casamento ou por uniões sexuais que se geram os filhos.

Em todas as famílias, independentemente da sociedade, cada membro ocupa determinada posição ou tem determinado estatuto, como por exemplo, marido, mulher, filho ou irmão, sendo orientados por papéis. Papéis estes, que não são mais do que *as*

expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição na família ou no grupo social (Duvall; Miller cit. por Stanhope, 1999, p. 502).

As maiores expectativas referentes à família são que esta promova cuidados, protecção, afectos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertença, capazes de promover uma melhor qualidade de vida aos seus membros e efectiva inclusão social na sociedade em que vivem (Carvalho, Szymanski et al, 2002).

Fernandez-Ballesteros (2009) refere que a maioria dos direitos, obrigações e necessidades básicas das pessoas apenas se consegue nas famílias extensas de três gerações, em que o cuidado é dirigido tanto para as crianças como para os idosos.

Com o passar do tempo, comportamentos individuais e familiares aliados aos processos demográficos diversificados provocam algumas alterações na estrutura familiar. Fernandez-Ballesteros (2009) destaca que uma das funções da rede familiar, na maioria das culturas, consiste em providenciar substitutos nas relações familiares quando estas se perderam por morte ou emigração.

Desde o final da Segunda Guerra Mundial, diversos foram os fenómenos e tendências que provocaram essas alterações. Assim, assistiu-se ao aumento do número de famílias relativamente ao aumento da população; a uma redução da dimensão das próprias famílias e a uma diferente distribuição percentual dos vários tipos de estrutura familiar a favor tanto da conjugal-nuclear como da unipessoal, ou ainda monoparental, em detrimento da extensa e múltipla (Naldini & Saraceno, 2003).

Este aumento do número de famílias relaciona-se com o aumento da nuclearização da família. Com efeito, verifica-se uma alteração no ciclo de vida familiar, pois cada vez mais os indivíduos iniciam a sua vida familiar independentes dos mais idosos e terminam a sua história de vida vivendo sozinhos na sua própria casa (Naldini & Saraceno, 2003). Esta situação pode ser alterada, pelo fenómeno da re-coabitação que sucede quando um casal de meia-idade com filhos adolescentes ou já crescidos acolhe em casa um progenitor viúvo ou fragilizado, ou, ainda mais frequente, quando o casal idoso ou o progenitor viúvo acolhe na sua casa um filho(a) que terminou o seu casamento, dando possibilidade de regressarem as famílias mais extensas (Naldini &

Saraceno, 2003). Esta mesma fonte salienta que são os países mediterrâneos, em particular Itália, Espanha seguidos de Portugal e Grécia que mostram as taxas de permanência dos jovens na casa dos pais mais elevadas e mais prolongadas. Porém, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) descrevem que os pais idosos preferem ser independentes dos filhos, mantendo uma casa separada. Figueiredo (2007) destaca que no fim de vida, os filhos adultos, constituem pilares de apoio para a maioria dos idosos.

Cada família tende a modificar os seus papéis e os procedimentos que lhes são inerentes, tendo em conta não só a estrutura familiar mas também o ambiente (interno e externo) da unidade familiar (Carter & McGoldrick, 1995). Assim, todas as famílias independentemente da sua estrutura têm certas funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros individualmente e ainda, às expectativas da sociedade.

Carter (1995, p.261) enuncia que *os mitos sustentam que a maioria dos idosos não têm família, ou no melhor dos casos, tem com ela contactos infrequentes, obrigatórios e conflituosos*. Seguindo este enunciado, os filhos adultos para além de não se importarem com os seus pais, ainda os abandonam ou desresponsabilizam-se institucionalizando-os. São estas concepções erróneas que levam a que os idosos sejam estereotipados como colocados de parte no seu contexto familiar. De qualquer modo, os relacionamentos familiares continuam a ser importantes durante a terceira idade.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) referem que a família no fim de vida, enfrenta um conjunto de desafios, aos quais tem de se adaptar, nomeadamente: a desocupação de papéis anteriores, ser avô, inversão de papel (*role reversal*), redução das redes sociais, doença, dependência e morte. As relações familiares vão-se alterando com o passar do tempo, requerendo um reajuste pessoal perante as novas necessidades.

Com a saída dos filhos de casa, os pais enfrentam um novo desafio (*ninho vazio*), entrando numa nova fase do ciclo familiar: a família pós-parental (Figueiredo, 2007).

No fim de vida, normalmente a família volta a ter a composição inicial: o casal sozinho, onde passam a valorizar aspectos mais expressivos como prestar cuidados e atenção ao outro, bem como reviver um conjunto de sentimentos que se foram manifestando ao longo da vida em conjunto, mas que se dissiparam por outras prioridades (Sousa,

Figueiredo e Cerqueira, 2006). Porém, Carter (1995) destaca que a redução estrutural da família, isto é, de uma família de duas gerações para a díade conjugal, representa uma separação de pais-filhos e uma mudança do investimento de pais-filhos para um investimento no seu casamento. Esta transição exige capacidade de adaptação ao “ninho vazio” e pode ser dificultada por um relacionamento conjugal insatisfatório e um apego excessivo ao filho.

Por outro lado, também *a satisfação conjugal na velhice depende de alguns factores como a saúde ou o estabelecimento de uma relação de dependência entre os cônjuges* (Figueiredo, 2007, p. 58).

Embora a maioria dos idosos prefira viver longe dos filhos adultos, o contacto frequente, os laços emocionais recíprocos, os vínculos estabelecidos e o apoio mútuo são mantidos pela maioria das famílias e assim permite que se viva uma “intimidade à distância” (Carter, 1995).

Mesmo quando não se verifica a coabitação entre pais e filhos, ambos desejam conservar o seu papel na família e manter laços estreitos entre eles, sendo que utilizam o recurso ao contacto telefónico “no mínimo semanal” (Carter, 1995, p. 261), acrescentando que em caso de necessidade, um dos filhos pode chegar a ele dentro de poucos minutos após contacto telefónico. O mesmo autor indica que *setenta por cento vivem com os cônjuges ou outros parentes, incluindo filhos, irmãos e pais idosos. A proximidade dos membros da família e o contacto por telefone são especialmente importantes para aqueles que vivem sozinhos* (1995, p.261).

O contacto intergeracional é normalmente sólido e próximo, especialmente entre mulheres (mães e filhas), onde a reciprocidade do apoio se encontra presente, especialmente em situações de dependência. Os filhos juntam-se aos pais idosos e funcionam como fonte de apoio emocional e instrumental. Simultaneamente, os idosos cuidam da geração mais nova, são avós (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

É curioso que a relação pais-filhos se fortalece e torna-se geralmente menos conflituosa à medida que os pais e os filhos envelhecem. Isto é, se as relações são más é porque assim foram ao longo da vida, uma vez que normalmente a qualidade das relações não

piora com as circunstâncias da relação na velhice (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Considerando que a família compreende todo o sistema emocional de pelo menos três e, frequentemente, quatro gerações (Carter & McGoldrick, 1995), há a necessidade de se considerarem as relações entre avós e netos, pois, setenta por cento dos indivíduos com mais de sessenta e cinco anos têm netos, e mais de um terço são bisavós (Carter que cita Streib & Beck, 1972).

Ser avô é um dos sonhos de quase todos nesta fase da vida e gera um sentimento de concretização do desejo de continuidade, proporciona o desempenho de uma multiplicidade de papéis e ainda permite o estabelecimento de interações significativas (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Ferland (2006) realça o benefício na relação de avós-netos, pois o idoso desenvolve e aumenta o seu bem-estar, atenuando ou evitando o seu desânimo ou a desmoralização resultantes de perdas ao longo da vida (viuvez, reforma, etc.) e ao mesmo tempo recebe dos netos assistência prática (acompanhamento na ida a médicos, às compras, actividade física) e assistência afectiva e emocional (convívio, lazer, etc.)

Por outro lado, as relações entre avós e netos têm influência em outras relações de proximidade familiares: os novos pais aproximam-se dos seus pais (os avós das crianças), consolidam-se as novas relações avós-netos e modificam-se as relações com as noras e os genros.

A relação entre irmãos tende a alterar-se ao longo da vida, pois a maior disponibilidade de tempo, a aproximação do fim e a valorização das memórias da vida ajudam a que os irmãos se reencontrem (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Perante uma situação de dependência, as relações familiares sofrem alterações. A doença ou dependência não afecta apenas o idoso, mas tudo o que o rodeia, começando pela família. No início da doença, as tarefas são redistribuídas por todos os elementos familiares. A responsabilidade de prestar cuidados a um familiar idoso, repercute-se a nível do relacionamento familiar e social. A relação entre o idoso e o seu cuidador provoca alterações na relação conjugal, nas relações filiais, fraternais e extra-familiares.

Na verdade, a prestação de cuidados afecta bastante todo o conjunto de redes relacionais em consequência de uma nova rotina. A dinâmica familiar sofre alterações, exigindo reajustamento e deslocando relações de poder, dependência e intimidade.

1.3.1. Cuidados familiares ao idoso

Ao longo do ciclo da vida, as redes sociais dos indivíduos comutam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, participação na comunidade, entre outros. Acontecimentos como a reforma ou a mudança de residência alteram profundamente esta rede. Com o passar do tempo, os pares vão morrendo e os sobreviventes ficam com menos amigos, consequentemente as redes degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade. Portanto, a existência de redes de apoio informal (nomeadamente a família) é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida essenciais para um envelhecimento bem-sucedido (Paúl & Fonseca, 2005).

Quando a capacidade funcional ou mental do idoso fica comprometida, há necessidade de apoio e este engloba quatro tipos de recursos: **a família** em que a prestação de cuidados é feita por membros da família; os **serviços formais de domicílio** que funcionam com profissionais remunerados que prestam cuidados de higiene, alimentação, etc; as **instituições como os Hospitais; lares de idosos** que promovem o alojamento colectivo e temporário ou permanente; e finalmente, a **prestação informal de cuidados** por parte dos vizinhos, amigos e/ou outros voluntários (Sequeira, 2007).

Portanto, os cuidados ao idoso dependente podem ser assegurados pela prestação de cuidados formais (actividade profissional) e pela prestação de cuidados informais. Os cuidadores formais (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) têm preparação específica para o desempenho deste papel. Os cuidadores informais são geralmente elementos da família, amigos ou vizinhos.

Sousa, Mendes e Relvas (2007) fazem referência ao modelo biopsicossocial que implicam o idoso doente, o sistema de saúde e a família ou outros membros da rede

social que estão envolvidos num quadro que representa o marco social (crenças, valores e cultura) dentro do qual, pessoa idosa e família vivem a doença.

Actualmente, a prestação de cuidados familiares e informais ao idoso ocupa cada vez mais relevância na nossa sociedade. Isso deve-se não só ao aumento do número de pessoas idosas, mas também à evidência de que a família proporciona a maior parte do cuidado aos seus membros (independentemente da sua idade), também pelo reconhecimento dos efeitos do cuidado nos cuidadores e em todo o sistema familiar e ainda pela insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e sociais na resolução das necessidades das famílias (Paúl & Fonseca, 2005).

Quando a doença crónica afecta o idoso, também os membros da sua família vivem angustiados com a gestão e evolução da doença e do idoso doente (Sousa, Mendes & Relvas, 2007).

Cuidar faz parte da história, experiência e valores da família e a maior parte dos cuidados de saúde têm lugar nos extremos do ciclo de vida, a infância e a velhice, e são essencialmente prestados pela família (Paúl & Fonseca, 2005).

A importância que a família assume na prestação de cuidados ao idoso é reconhecida, porém, são vários os factores que desproporcionam esta situação, nomeadamente as alterações demográficas (diminuição da taxa de fertilidade), transformações familiares (diminuição de casamentos e nascimentos, casamentos e nascimentos tardios, aumento de divórcios) e a entrada da mulher no mundo do trabalho (*ibidem*). Com o desenvolvimento da ciência médica, o lugar do cuidado passou gradualmente para o hospital, substituindo-se as famílias pela hospitalização. Porém, a crise dos sistemas de saúde e de protecção social nas últimas décadas transfere novamente para as famílias a responsabilidade maior dos cuidados a prestar aos familiares (*ibidem*).

A intervenção perante as doenças nos idosos requer adequada acção médica, mas exige igualmente, que tanto o doente como o seu contexto familiar sejam capazes de incorporar na sua vida, esta nova realidade (Sousa, Mendes & Relvas, 2007).

Os países do sul europeu consideram o cuidar dos familiares idosos como uma obrigação familiar, o que dificulta o desenvolvimento de medidas que facilitem à família assumir esse papel com qualidade. Também *a tradição cultural Portuguesa*

atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados (Figueiredo, 2007, p.100).

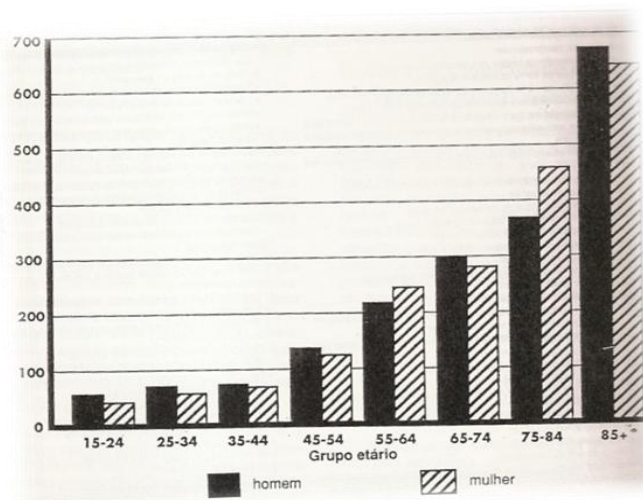
Contudo, a diminuição do número de famílias disponíveis e o aumento do número de idosos a necessitar de apoio exige que se organizem medidas que tornem possível as famílias continuar a cuidar dos familiares idosos. *A percentagem de famílias com pelo menos um idoso é 32,5% e, dentro destas 50,5% consistem em idosos a viverem sozinhos e 48,1% correspondem a casais de idosos, sendo a coabitação reduzida, ou seja, o número de famílias de idosos está a aumentar e as famílias multigeracionais a diminuir (Paúl & Fonseca, 2005, p.74).*

Apesar de ser velho não ser sinónimo de ser dependente (Paúl e Fonseca, 2005, p. 203), o envelhecimento populacional implica um aumento de situações crónicas e incapacitantes que comprometem a independência do idoso e que conduzem à necessidade de apoio familiar, social e de saúde a curto, médio ou a longo prazo. Quando surge uma condicionante da autonomia do idoso, nomeadamente, uma doença, um conjunto de consequências graves, tais como o sofrimento que se repercute em toda a família, a necessidade de reorganizar as tarefas e verificam-se ainda efeitos específicos no elemento que assume o papel de cuidador (Sousa, Mendes & Relvas, 2007).

Num estudo de Sousa e Figueiredo realizado em Portugal, no ano de 2003, com 1747 idosos de 75 ou mais anos, verificou-se que 12,5% eram totalmente dependentes; 14,7% muito dependentes; 54% completamente independentes; e 15,8% apenas com limitações nas actividades de vida diárias (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Figueiredo (2007) esclarece a definição de dependência como a necessidade de apoio para a realização de actividades de vida diárias, ou mais concretamente, como um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidades de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar actividades correntes da vida diária.

O gráfico nº 5, de seguida indicado, mostra a taxa de incapacidade segundo o grupo etário e o género.

Gráfico n.º5 - Taxa de incapacidade segundo a faixa etária e o género



Adaptado de Phaneuf. M. (1995, p. 142).

De acordo com os dados apresentados facilmente se percebe que com o desenrolar da idade há uma necessidade crescente de prestação de cuidados aos nossos idosos. Porém, a dependência não é uma condição exclusiva dos idosos (Sequeira, 2007).

Durante o século XX, assistiu-se a uma alteração no padrão de doenças, isto é, os principais problemas de saúde deixaram de ser patologias agudas e doenças infecciosas, para passarem a ser doenças crónicas, que persistem, recidivam e requerem terapêuticas e tratamentos por longos períodos (Sousa, Mendes & Relvas, 2007). Esta cronicidade produziu um conjunto de doenças crónicas associadas a tratamentos, cada vez mais complexos e stressantes para idosos doentes e suas famílias (*ibidem*).

A literatura distingue as perspectivas sobre a forma como a família de um idoso gere a doença crónica: poder e ter sido compreendida e envolvida nos cuidados de saúde, recurso, défice, influência e impacto (Sousa, Mendes & Relvas, 2007). Sendo o modo mais habitual a família constituir o recurso do idoso doente, pois colabora no transporte de doente para consultas e tratamentos, colabora na gestão da medicação e de factores de risco.

Os familiares apresentam como razões para cuidar dos seus pais ou parentes idosos um misto de dever, obrigação, amor e afecto. Já as razões ligadas às recompensas parecem

não contribuir muito no cuidar do idoso (Pimentel, 2005). Portanto, assume-se que a família, como base da sociedade, é vista como o principal pilar de apoio ao idoso.

Perante uma situação de dependência, não é só o idoso que fica atingido mas todo o agregado familiar sofre alterações (Figueiredo, 2007). No entanto, o que se presencia é que dentro da família, a prestação de cuidados a idosos não é repartida de forma igual pelos seus membros, uma vez que se elege um cuidador principal (*ibidem*). Normalmente, cuidar da pessoa idosa fica à responsabilidade de uma pessoa a quem é atribuído o título de cuidador principal, porém este cuidado não é exclusivo e vários são os intervenientes no cuidar.

O cuidador principal é aquele que proporciona a maior parte do cuidado ao idoso, aquele sobre quem recai maior responsabilidade e que não é remunerado por isso (Paúl & Fonseca, 2005). Este pode ser um familiar, um amigo, um vizinho, alguém que trabalha ou não a tempo inteiro e pode ou não viver com o idoso.

O cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados (directos ou indirectos) de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, é um familiar que dá apoio ao cuidador principal. Citando Sequeira este cuidador pode substituir o cuidador principal nas suas ausências ou em situações de emergência (2007).

O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo que ajuda muito esporadicamente ou apenas quando solicitado, em situações de emergência, mas não tem qualquer responsabilidade sobre o cuidar.

As características pessoais de cada membro da família influenciam na escolha do cuidador. Os valores culturais, atitudes face ao envelhecimento e ao cuidar têm importância na escolha e aceitação do cuidador (Sequeira, 2007, p. 99). Ser cuidador do idoso, nem sempre é uma actividade consciente, mas na maior parte das vezes tem por base motivações como a responsabilidade moral de cuidar da sua família, ou o sentimento do dever cumprido, marcado pela reciprocidade dos cuidados, ou ainda o reconhecimento social que isso implica (Figueiredo, 2007).

Corroborando Sequeira, existem essencialmente quatro factores que são determinantes na escolha do cuidador: a relação familiar, a coabitação, o género do cuidador e da

pessoa a cuidar e as condições relativas aos descendentes (2007). Também é proposto o modelo hierárquico compensatório, que sugere a uma hierarquia pré-definida para a adoção do papel de cuidador: cônjuge-filhos-outros familiares-amigos (Sequeira, 2007).

Culturalmente, existem papéis, nomeadamente o papel de cuidador, previamente atribuídos aos diferentes membros da família. De acordo com Paúl e Fonseca, *o arquétipo destes membros seria representado pelas mulheres solteiras, com estatuto laboral não activo e que residam com a pessoa dependente* (2005, p. 198).

Segundo vários estudos, verifica-se que a sociedade recai sobre a ideia de que a responsabilidade pelos cuidados aos idosos dependentes é, maioritariamente, assumida por mulheres e entre estas a esposa, seguindo-se as filhas e posteriormente as noras (Sequeira, 2007).

As mulheres costumam assumir a responsabilidade do cuidar, mesmo em famílias com filhos homens e são estas que prestam cuidados pessoais relacionados com as tarefas domésticas, enquanto os homens prestam cuidados relacionados com os transportes e gestão financeira. Fernandez-Ballesteros (2009) refere que as mulheres identificam-se mais com o cuidar da família do que com o trabalho. De acordo com Paúl e Fonseca (2005), a escolha habitual para cuidador é a filha economicamente mais desfavorecida, mais marcada pela tradição familiar, sem profissão ou reformada e solteira.

Também a proximidade da residência acabará por influenciar quem vai assumir o papel de cuidador principal, uma vez que a coabitação é relatada como necessária para prestar os cuidados. Assim, a coabitação constitui um factor muito importante também pela proximidade física e afectiva que existe entre o cuidador e o idoso.

Nas famílias unigeracionais a prestação de cuidados é assegurada pelo cônjuge (muitas vezes ele próprio idoso dependente) que é simultaneamente produtor e beneficiário dos seus cuidados (Sequeira, 2007).

O tipo de necessidade de cuidados, o grau de dependência do idoso e o tempo de intervenção vão determinar a frequência e intensidade dos cuidados a prestar. Estes factores são também fundamentais para se escolher o cuidador (Figueiredo, 2007).

Difícilmente amigos e vizinhos são cuidadores principais dos idosos. Isto verifica-se apenas em situações em que a família não existe, está ausente ou não coopera. Na tabela n.º3, seguidamente apresentada, verifica-se o perfil do cuidador do idoso dependente.

Tabela n.º 3 - O perfil do prestador informal de cuidados

Género	Predomínio do género feminino
Idade	Média etária = 45 a 60 anos
Parentesco	1º Cônjuge 2º Descendência (filha ou nora) 3º Amigos e/ou vizinhos
Estado Civil	1º Casados 2º Solteiros ou divorciados/separados 3º Viúvos
Proximidade Geográfica	Os prestadores de cuidados vivem próximo do idoso dependente
Emprego	Acumulação de uma profissão com a tarefa de cuidar (pouco frequente na União Europeia)
Duração dos cuidados	Tarefa de longa duração (mais de 15 anos)

Adaptado de Figueiredo (2007, p. 113).

A forma como cada cuidador apoia os seus idosos dependentes, varia consoante a disponibilidade e preferências quer dos cuidadores, quer dos seus idosos.

O papel do cuidador é algo complexo, uma vez que está inerente ao cuidar do idoso como ser holístico, dotado de atitudes, crenças e valores enraizados e exige do cuidador a capacidade de empatia e respeito. Sequeira (2007) refere que cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, é sim, uma forma de “estar com”, um acto solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade, sempre com vista à autonomia e ao máximo bem estar.

O desempenho do papel de cuidador pode assumir diversas formas como: orientação, vigilância, ajuda e apoio. Idealmente preconiza-se que o idoso deve ficar no seu ambiente o mais tempo possível, mas isso nem sempre é exequível, dadas as necessidade pessoais e profissionais dos seus cuidadores (Sequeira, 2007).

Na tabela n.º4, seguidamente indicada, estão apresentados os modos de apoio ao idoso dependente em diferentes países europeus.

Tabela n.º 4 - Modo de apoio ao idoso dependente nos diferentes países europeus. Adaptado de Figueiredo (2007, p. 95).

	Viver comigo/com outro familiar	Aproximação geográfica	Ir para lar de idosos	Permanecer no domicílio e receber apoio
Espanha	73,1	3,1	4,9	9,5
França	33,5	3,7	13,6	36,8
Grécia	70,7	16,6	0,6	10,8
Holanda	14,3	6	32,7	39
Itália	51,6	8,6	1,7	25,6
Portugal	67,1	2,4	9,1	12,2

Nos diferentes países europeus verifica-se o desejo comum de preservar a autonomia e dignidade da pessoa idosa, em que se pretende manter o idoso no seu domicílio. Nos países ocidentais desenvolveram-se medidas de desinstitucionalização ou, pelo menos, institucionalização o mais tardia possível. Paúl e Fonseca destacam que também em Portugal se prevê que *desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, o idoso deve permanecer no seu domicílio, permitindo conjugar autonomia e cooperação entre os membros da família* (1995, p. 205), pois quando o lugar da prestação de cuidados é o ambiente familiar, o idoso pode viver num meio conhecido e consegue preservar o carácter de intimidade e satisfação.

Actualmente, a prestação de cuidados familiares e informais ao idoso ocupa cada vez mais relevância na nossa sociedade, no entanto é cada vez mais difícil concretizá-la. Isso deve-se não só ao aumento do número de pessoas idosas, mas também à evidência que a família proporciona a maior parte do cuidado aos seus membros independentemente da sua idade, também pelo reconhecimento dos efeitos do cuidado nos cuidadores e em todo o sistema familiar, e ainda, pela insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e sociais na resolução das necessidades das famílias (Paúl & Fonseca, 2005).

Esta realidade desperta-nos para os motivos que levam as famílias a procurarem cada vez mais instituições para os idosos. Estes motivos são a gradual dependência física do

idoso, mas também a solidão, o isolamento, a precariedade das condições económicas e habitacionais e a ausência de redes de solidariedade que fornecem suporte em situações de carência (Pimentel, 2005).

É fundamental manter o idoso no seu domicílio o máximo tempo possível, de forma a otimizar-lhe a autonomia e a dignidade. Porém, o novo estilo de vida familiar em que se passa muito tempo fora de casa para trabalhar e estudar, aliado ao elevado número de idosos com algum grau de dependência, exige que cada vez mais as famílias recorram a instituições de apoio social. Porém, em contra-senso a ampliação dos cuidados formais comunitários é travada pelos preconceitos e atitudes adversas em relação à institucionalização de idosos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Os cuidados aos idosos são reconhecidos como um dever familiar e o recurso a instituições sociais é interpretado muitas vezes como um descartar e negligenciar uma obrigação inerente aos laços familiares, porém, cada vez mais, é reconhecido que os serviços são indispensáveis para o apoio aos idosos e suas famílias (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

A opção pela institucionalização passa normalmente pela consciência dos limites das respostas informais e pela prevenção de situações de maior dependência que se podem tornar drásticas (Pimentel, 2005).

Para os idosos, os serviços de apoio existentes são os centros de dia, os centros de convívio, os serviços de apoio domiciliário e os lares de idosos. Estes equipamentos sociais para idosos, apresentavam uma taxa média de utilização nos anos de 1998-2006 de 88,2% (Carta Social, 2009).

Sendo a Associação Âncora o local de aplicação do projecto, e sendo uma instituição que serve de centro de dia, importa conhecer a definição deste serviço. De acordo com a Direcção Geral de Acção Social, *O Centro de Dia é uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento* (1996). Tendo por base as diferentes tipologias das entidades e organizações que prestam o serviço de Centro de Dia e independentemente do número de utentes e da natureza da

actividade, exige-se a existência de serviços administrativos, cuidados pessoais, actividades socioculturais, produção alimentar, higiene, segurança e limpeza (Carta Social, 2009).

Assim considerado, o Centro de Dia é uma boa alternativa no combate à solidão e isolamento do idoso, bem como na promoção da sua autonomia e qualidade de vida, permitindo simultaneamente a manutenção de relações familiares e sociais. Porém, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) chamam a atenção para a possibilidade de surgirem relações difíceis entre cuidadores familiares e formais, pois cada um exerce a sua função enquanto cuidador sob a sua perspectiva, colocando muitas vezes o idoso numa teia complexa de relações. A institucionalização da pessoa idosa não deve conduzir a um enfraquecimento das relações familiares mas, acima de tudo, deve facilitar a continuidade dos cuidados.

2. DIAGNÓSTICO

Esta é uma etapa fundamental na elaboração de projectos de investigação-acção porque é o momento para identificar os principais problemas (Serrano, 2008).

2.1. Identificação das necessidades

Para Gil (1994), este é o momento em que se deve objectivar o campo de investigação, as expectativas dos interessados, bem como o auxílio que estes poderão oferecer ao longo do processo de pesquisa. Também Quivy e Campenhoudt (2005) escreve que é extremamente importante que a identificação das necessidades se faça em extensão e em profundidade, ou seja, não basta que a necessidade seja sentida, deve ser constatada com base em dados concretos até onde é real ou imaginária. Devemos questionar-nos sobre o que é preciso, quem o necessita, porquê e até onde (Serrano, 2008).

Numa investigação-acção a recolha de dados, durante o estágio de planeamento, depende do momento em que tem início o projecto: se começa com a análise da realidade em que se vai actuar ou se com a implementação (Streubert & Carpenter, 2002).

No caso do presente projecto, o planeamento começou com uma análise detalhada da situação real, sob ponto de vista dos idosos, realizada por meio de questionário (Anexo n.º1) e sob o ponto de vista dos funcionários da instituição, através da realização de entrevistas exploratórias semi-estruturadas (Anexo n.º 2). De acordo com Serrano (2008), cada tipo de necessidade sentida, expressa, normativa ou prospectiva, exige um tipo de procedimentos de recolha de dados diferentes.

A utilização da escala de Likert nos questionários tem como objectivo avaliar as atitudes (Ribeiro, 2007) de forma a identificar as necessidades sentidas.

A aplicação de entrevistas exploratórias junto dos profissionais que lidam diariamente com os idosos e conhecem o contexto da instituição Âncora teve igualmente o propósito de identificar as necessidades. Corroborando Quivy e Campenhout (2005), as entrevistas contribuem para descobrir aspectos a ter em conta e alargam ou rectificam o campo de investigação das leituras, economizando perdas de energia e tempo na leitura e na pesquisa. No mesmo sentido pode ser utilizada a entrevista exploratória que, para Ketele e Roegiers (1993), é um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou em grupo, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações.

Na investigação-acção a colheita de dados, pode também, incluir a observação das pessoas estudadas ao longo das actividades desenvolvidas diariamente (Streubert & Carpenter, 2002).

Para se conseguir uma análise detalhada foi fundamental que os profissionais da instituição fornecessem informações acerca das temáticas abordadas nos questionários, baseados na sua experiência no contexto, devido à sua natureza dinâmica do projecto que frequentemente apela à colaboração dos elementos envolvidos (Streubert & Carpenter, 2002).

Com base na recolha de informação junto das funcionárias da instituição e junto dos próprios utentes idosos, foram detectadas as principais necessidades. É muito importante ter em conta o estabelecimento de prioridades, na medida em que no campo social existem carências muito diversas que nem sempre é fácil seriar em função da sua premência. Esta fase do projecto exige do investigador uma grande capacidade de indagação, diferenciação e, em suma, de investigação para identificar com precisão as prioridades (Serrano, 2008).

Por outro lado, na investigação-acção é indispensável estabelecer uma relação entre a teoria já elaborada (estado da arte), o desenho do projecto e o contexto em que este vai ser desenvolvido (Guerra, 2007).

Tendo em conta as orientações metodológicas referidas, desenvolveu-se o projecto de investigação-acção intitulado *Contributo de actividades relacionadas com a saúde das pessoas idosas para fortalecer as suas relações familiares*. O período de implementação do projecto no terreno decorreu entre Maio de 2009 e Agosto de 2010.

2.2. Estado da Arte

Apesar de não serem conhecidos estudos especificamente orientados para o tema que se aborda neste projecto, encontra-se em algumas publicações o tratamento da problemática em questão, que passaremos a analisar.

O estudo “O contributo da família para um envelhecimento com dignidade” de Carla Passeira, realizado em 2008, é uma abordagem qualitativa realizada numa perspectiva fenomenológica hermenêutica, sendo a população inquirida constituída por oito idosos que residiam com a família. O objectivo do estudo foi conhecer que significado adquire a família no processo de envelhecimento condigno para os idosos a viver em contexto familiar. Os resultados obtidos na análise de entrevistas semi-estruturadas foram que a família pode ser considerada de diferentes formas:

- A família é expressa como fonte de dignidade. É através da família que o idoso sente que a sua dignidade é preservada.
- A família é vista como fonte de relações e sentimentos controversos. Por vezes, o próprio ambiente familiar e o conjunto de relações entre os diversos elementos gera relações e sentimentos controversos, quer sentidos pelo idoso, quer pela sua família, originando desta forma sentimentos menos positivos.
- A família é encarada como um ponto de equilíbrio na vida do idoso. Quando a experiência familiar se torna menos positiva, o idoso pode procurar outro ambiente familiar de modo a encontrar esse ponto de equilíbrio.

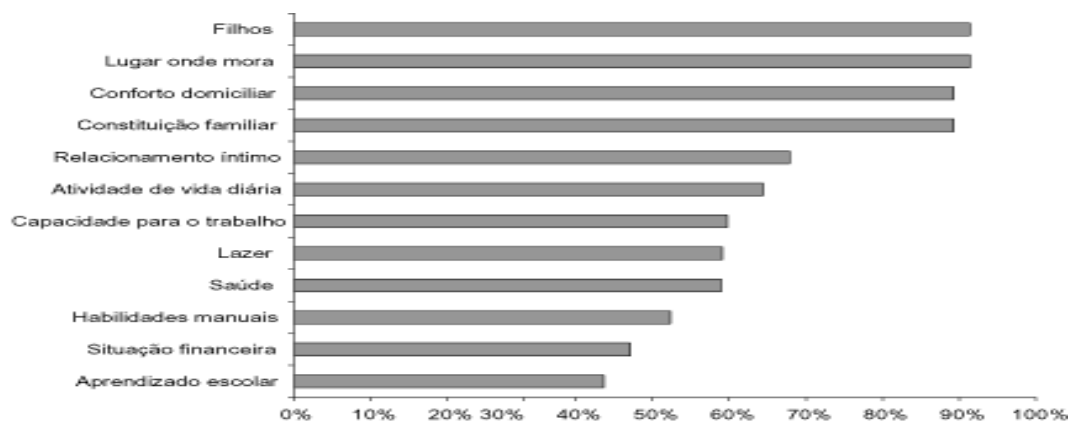
O estudo “Qualidade de vida e solidão na Terceira Idade” de Ana Filipa Santos, realizado em 2008, incidiu numa população de trinta e cinco pessoas idosas. Dos resultados obtidos na análise dos questionários aplicados, têm maior interesse para este estudo as seguintes conclusões:

- A qualidade de vida dos idosos residentes em casa é superior à qualidade de vida dos idosos institucionalizados.
- A maioria dos idosos refere experimentar momentos de grande solidão que são colmatados pela presença das funcionárias do centro de dia;
- Falta de estabelecimento de contactos regulares e frequentes com a família, vizinhos e amigos leva a que os idosos se sintam mais sós.
- As pessoas idosas que dizem viver em situação de solidão, associam este sentimento à falta de amor, de afecto, de companhia, ao isolamento, ao abandono pelas pessoas que os rodeiam nomeadamente os filhos e, ainda, à falta de saúde.
- Apesar de vastas redes familiares, os idosos sentem-se esquecidos no tempo, quer pelos filhos que foram trabalhar para o estrangeiro, quer pela perda do cônjuge, quer pela falta de recursos económicos e sociais.

Outro estudo relevante é o de Luciane Joia, Tania Ruiz e Maria Donalísio intitulado “Condições associadas ao grau de satisfação da vida dos idosos”, em que foram entrevistados trezentos e sessenta e cinco idosos e se verificou o seguinte:

- Relativamente à sua vida em geral, 51,5% dos idosos estavam satisfeitos, sendo que 43,6% dos idosos se disseram muito satisfeitos com a sua vida.
- Os motivos da satisfação são maioritariamente a existência de filhos, a residência, o conforto domiciliário e a constituição familiar, como se pode ver no gráfico n.º 6 que se segue.

Gráfico n.º6 – Motivos da satisfação dos idosos



Um outro estudo relevante para esta investigação foi o estudo de Nara Perlini, Marinês Leite e Ana Furini intitulado “Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares”, em que foram realizadas entrevistas abertas a seis familiares cuidadores. Daqui resultaram os principais motivos que levam a família à procura de instituições para idosos. Entre estes destaca-se que para alguns o encaminhamento para a instituição é resultado da ausência de descendentes directos; para outros é em virtude da impossibilidade dos filhos conciliarem o seu trabalho e o cuidar dos pais que são idosos, principalmente quando estes se encontram doentes e dependentes. Para outra parte dos cuidadores o motivo indicado para residir numa instituição é o desejo do próprio idoso.

Outro estudo de interesse intitula-se “Orfãos geriátricos: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento - estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados” da autoria de Vera Barroso e Ana Tapadinhas. Este estudo comparou a solidão e a depressividade em quarenta idosos institucionalizados e em quarenta idosos não institucionalizados no distrito de Lisboa, em 2006. Os resultados obtidos indicam que tanto no que se refere aos sentimentos de solidão, como de depressividade, são os idosos institucionalizados os que os sentem mais. Curiosamente, aqueles que tinham menos contacto e percepção de preocupação dos amigos e familiares, foram quem apresentou mais sentimentos de solidão.

O estudo de Hélder Fernandes, “Solidão em idosos do meio rural no concelho de Bragança”, foi realizado, no ano de 2006, tendo com universo de estudo dois grupos de idosos: idosos a habitar no meio rural do concelho de Bragança - Rio de Onor e idosos a residir em meio rural numa aldeia comunitária do concelho de Bragança - Parada. Neste estudo apreende-se que:

- A solidão era mais sentida entre os idosos mais velhos que viviam em zonas rurais do que os que viviam nos grandes centros urbanos. Igualmente os idosos que vivem numa aldeia comunitária, com características de maior interacção social e dinâmica cultural, ou seja, os habitantes de Rio de Onor sentem menos solidão social que os de Parada.
- Os idosos que têm um núcleo familiar forte, dispõem de uma estrutura sólida na qual os idosos têm a percepção de ancoragem e reforço positivo, o que os afasta da ideia de estarem sozinhos.

- Os idosos de Rio de Onor sentem mais solidão familiar que os de Parada, mas sem diferença estatisticamente significativa, o que determina alguma homogeneidade.

Desta vez mais direccionado com a família, refira-se o estudo de Rosangela de Souza, Thais Skubs e Ana Bretas intitulado de “Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem”. Neste estudo foram entrevistados nove idosos e nove familiares atendidos por duas equipas do Programa Saúde da Família, tendo-se verificado o seguinte:

- A família assume grande importância face ao cuidado para com o idoso.
- Tanto os familiares quanto os idosos mostram que as dificuldades nas suas relações estão mais ligadas ao lidar com as doenças e limitações físicas do que com o processo de envelhecimento.
- É difícil cuidar de um familiar idoso com incapacidades funcionais (físicas e cognitivas), pois está envolvido em relações afectivas pautadas nas histórias individuais e colectivas construídas ao longo da vida daquela família.
- Os idosos de famílias mais pobres mostram-se mais activos na dinâmica familiar, seja sustentando ou ajudando no sustento dos membros da família, seja executando tarefas domésticas e/ou cuidados com as crianças.
- A questão intergeracional é um ponto importante a ser trabalhado pelos profissionais da saúde, em particular pelos enfermeiros, em relação ao cuidado para com os idosos e sua família, pois, se por um lado a relação entre os mesmos traz conflitos, por outro, pode ser considerada um processo de ajuda mútua, uma vez que os idosos não são apenas cuidados e ajudados pelos seus familiares mas também cuidam e ajudam, facto este mais visível nas famílias mais pobres.

Vejamos ainda o contributo do estudo de Martins, Machado, Fonseca e Sampaio, intitulado “O significado da família e da saúde para os idosos”. Trata-se de um estudo qualitativo, que implica dez idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos de idade, institucionalizados numa unidade de longa duração há mais de seis meses. Através da aplicação do índice de Katz (escala que avalia a capacidade funcional e a autonomia) e entrevistas semi-estruturadas, havia como objectivo conhecer qual o

significado da família e da saúde para os idosos institucionalizados. Assim, os investigadores reconheceram o seguinte:

- Para os idosos, a família moderna actual está em modificação, representando um dos maiores motivos para a institucionalização desta população.
- Para os idosos e relativamente à sua saúde, há indícios de que a visão de boa saúde está relacionada com a questão da saúde psicológica.

Considerando os estudos acima apresentados percebe-se a importância que o idoso atribui ao bom relacionamento familiar bem como à sua saúde. Também para a família dos idosos, os problemas de saúde que estes apresentam com o envelhecimento passam por ser o principal motivo de *stress* e institucionalização. Assim, torna-se pertinente utilizar os conhecimentos práticos e científicos acerca da saúde dos idosos para, conjuntamente com a sua família, se desenvolverem estratégias que por um lado vão ajuda-los a viver melhor com os condicionantes de saúde e por outro lado vão estimular uma proximidade familiar, levando ao fortalecimento de relações.

Os estudos atrás apresentados demonstram a importância da relação entre saúde e relações familiares para a qualidade de vida dos idosos e a justificam as estratégias que envolvem este binómio quando o objectivo é o de melhorar a qualidade de vida do idoso utente dos serviços disponibilizados pelas respostas sociais e indirectamente das famílias daqueles.

2.3. Justificação do Tema

Em qualquer investigação convém especificar os antecedentes, a motivação, a justificação e a origem do mesmo (Serrano, 2008).

A motivação para a elaboração da presente investigação nasce a partir do interesse pessoal pela temática acerca da família e das relações familiares. De acordo com Bogdan e Biklen (1994), académicos e investigadores investigam aspectos pelos quais nutrem interesse, reunindo dados ou provas de situações inadequadas, de injustiça ou perigo ambiental, com o objectivo de apresentar recomendações tendentes à mudança. Também, sob outro ponto de vista, o tema da investigação define-se quer pela revisão

da literatura sobre o tema, quer pela contextualização teórica envolvente e, através da experiência das nossas acções, pois devemos sempre melhorar o que nos rodeia (Serrano, 2008).

Para conhecer a importância deste tema para além da revisão da literatura, foi feita uma conversa informal com o Director da Associação Âncora, Dr. João Manhita, foram feitas entrevistas a elementos da Associação que convivem diariamente com as necessidades dos idosos, nomeadamente a Dra. Luísa Gomes (entrevista n.º 1), directora técnica da secção sénior da Associação Âncora e a Sra. Elisabete (entrevista n.º 2), auxiliar principal na prestação de cuidados directos aos idosos no centro de dia.

A elaboração do guião da entrevista direccionada às funcionárias, bem como os questionários aplicados aos idosos, que foram analisados pela coordenação da Associação e pela orientadora deste projecto, permitiram a caracterização da população alvo do estudo.

As entrevistas foram feitas individualmente, mediante a autorização e disponibilidade das entrevistadas. O registo dos dados foi feito através de gravação áudio complementada pelas notas de campo escritas discretamente no momento em que se justificavam.

Após a gravação das entrevistas, foi feita a sua transcrição. Flick (2005) destaca que existem diferentes sistemas de transcrição, que variam no seu grau de exactidão, todavia foi estabelecida uma medida padrão. Assim, para além das regras claras de como transcrever afirmações, entradas, pausas, finais de frases e outros pormenores, uma segunda comparação do que foi transcrito com a gravação e o anonimato dos dados são características nucleares do processo de transcrição (Flick, 2005).

Ribeiro (2007) aconselha que após a transcrição, os dados devem ser organizados por tópicos, sendo-lhes atribuído um significado e esses significados devem ser codificados em categorias. Assim, das entrevistas realizadas aos elementos que convivem diariamente com os idosos, conseguiu-se uma recolha de dados que auxiliaram na identificação de um grupo de pessoas vulneráveis que viviam uma prática inconveniente (Bougan & Biklen, 1994), nomeadamente a desresponsabilização da família perante o idoso e que facultaram a informação e compreensão dos factos que tornaram a posição e

planos do investigador mais credíveis, facultando pontos susceptíveis de negociação (Bougan & Biklen, 1994).

Como resultado das entrevistas realizadas, seguidamente, apresentam-se as categorias resultantes das entrevistas às funcionárias supra referidas, que justificam as necessidades de intervenção junto destes idosos.

As categorias que se destacam são:

- Relação familiar do idoso.
- Participação da família nas actividades.
- Estimulação na relação familiar com o idoso.
- Importância de existirem actividades sobre saúde para os idosos e seus familiares.

No que diz respeito às **relações familiares**, espera-se sempre uma ambiguidade e provável discrepância, pois cada indivíduo tem o seu conceito familiar. No caso destes idosos, nota-se que estão divididos entre idosos com relação familiar mais forte e idosos com relação familiar mais fraca.

(...) diferentes idosos, têm diferentes relações. (...) podemos definir, aqui se calhar duas tipologias, aqueles idosos que têm famílias que são preocupadas e que são muito presentes e que aparecem e que querem e que estão interessados (...) aquelas famílias que são mais indisponíveis, (...) que aparecem pouco (com ênfase) quer no centro quer na vida deles e na casa (...) há aqui relações boas e há aqui relações um bocadinho mais distantes. (Entrevista n.º1)

Porém, a relação familiar da pessoa idosa, provoca-lhe sentimentos positivos ou negativos afectando-lhes o seu bem-estar, resultantes desta relação familiar.

Portanto, aqueles idosos em que as famílias estão mais ausentes, nós sentimos que há ali um sofrimento muito grande associado (...) nós temos, uma senhora que chega cá de manhã sempre muito triste, porque não passou com a filha em casa, ou porque a filha não estava (a) ela ficou sozinha, ou porque jantaram às dez da noite, quer dizer, (a...) é uma situação muito complicada (...)".
(Entrevista n.º1)

Na Associação existem casos em que há sofrimento dos idosos associado a famílias ausentes, bem como a evidência da solidão de alguns idosos.

(...) os idosos, (...) sentem-se muito sozinhos. (Entrevista n.º 2)

(...) e [a família] não ligam tanto aos problemas (...) de doença que eles [os idosos] têm. (Entrevista n.º 2)

(...) só que [os idosos] quando estão sozinhos connosco, sempre desabafam, que... gostavam de mais atenção do que têm. (Entrevista n.º 2)

(...) porque a família não tem tempo para eles [idosos], nem para vir ao centro de dia onde eles estão inseridos, nem mesmo em casa lhes dão um pouco de carinho, de apoio. (Entrevista n.º 2)

Por outro lado nota-se que há uma atitude positiva nos idosos com boa relação familiar.

(...) há os [idosos] que têm uma boa relação com a família e portanto, a sua atitude é muito positiva, tem uma atitude muito favorável de... de partilha e até vão para casa contar o que aconteceu no centro, é interessante (...) embora esta situação seja positiva, não quer dizer que eles apareçam muito no centro. (Entrevista n.º1)

Portanto, considerando a categoria “relações familiares”, percebe-se a importância que os idosos atribuem as relações familiares e qual o impacto que essas relações provocam nos mesmos. Assim, tornou-se evidente a necessidade de utilizar estratégias que combatam estes sentimentos de tristeza, solidão e abandono que afectam a qualidade de vida e bem-estar do idoso, através da estimulação de relações familiares.

Quando se analisa a necessidade que os idosos sentem da sua família participar nas actividades notam-se sentimentos positivos, de agrado e a importância que estes idosos atribuem à participação da família nas actividades do centro. Para além de outros, verifica-se a consciência da utilidade da família assistir às actividades para conhecer o estado de dependência e as dificuldades do idoso na realização das tarefas.

(...)claro que sim [refere-se à importância da participação da família nas actividades]. (Entrevista n.º 1)

(...) os pais até gostavam muito que os filhos participassem (...) terem uma ideia das dificuldades que eles (idosos) têm no dia-a-dia. (Entrevista n.º 2)

(...) sim, muito. (refere-se à importância da participação das famílias nas actividades) (...) Porque eles (idosos) sentem-se muito bem em ver que o filho “ta” [quer dizer está] ali ao lado dele. (Entrevista n.º 2)

Igualmente se verifica a disponibilidade e o interesse que os idosos mostram em que a sua família participe nas actividades.

(...) [os idosos] gostavam que os filhos tivessem mais tempo a fazer as actividades. (Entrevista n.º 2)

Quando se estuda a estimulação da relação familiar com o idoso, descobre-se que, para além de ser importante, os idosos disponibilizam tempo para partilhar experiências que foram impossíveis de concretizar noutros tempos, bem como mostram interesse em partilhar experiências e vivências familiares.

(...) é sempre importante haver estimulação da relação com a família. (Entrevista n.º 1)

(...) não é para os deixar aqui [aos idosos] e ir embora, e ficar desprovido de responsabilidade, (...) tem que haver co-responsabilização pela pessoa idosa, não somos só nós que estamos aqui que nos temos de preocupar com a pessoa. (Entrevista n.º 1)

(...) quando [os idosos] eram novos estavam mais desligados dos filhos (...) que ficavam com a avó, enquanto eles [os idosos] iam a trabalhar. (Entrevista n.º 2)

(...) agora sente-se que [os idosos] têm mais tempo para “tar” [quer dizer estar] com os filhos. (Entrevista n.º 2)

(...) [os idosos] gostavam que os filhos tivesse mais tempo a fazer as actividades. (Entrevista n.º 2)

(...) descobrir coisas novas, coisas que eles nunca fizeram e agora podem fazer. (Entrevista n.º 2)

Quando se analisa a importância de se implementar actividades sobre a saúde dos idosos, destaca-se que, na Associação não existem actividades que se dirijam aos cuidados de saúde. Ora, seguindo as indicações da DGS (2004) os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares e actividades que os promovam devem ser instituídas.

Por outro lado, destaca-se a importância dos cuidados de saúde, quer pelas características dos idosos institucionalizados, quer pelas suas necessidades, quer por ser uma fonte de conhecimento para a família e desta forma possibilitar a continuidade dos cuidados.

(...) os idosos que vêm para o centro de dia é porque já teve [tiveram] uns AVC's. (Entrevista n.º 2)

(...) a maior parte (...) ou já teve AVC, ou são diabéticos, ou caíram e tem uma paralisia (...) no lado direito ou esquerdo (...). (Entrevista n.º 2)

(...) [os idosos diabéticos] não têm cuidado nenhum e por mais que a gente tente há um descontrole muito grande, porque nós tentamos aqui no centro algumas restrições e depois vão para casa e vão comer. (Entrevista n.º 1)

Na instituição há idosos que sofreram de AVC, idosos diabéticos, idosos hipertensos e idosos com fragilidade óssea, sofrendo de quedas com frequência. Pelo que se realça a necessidade de oferecer a estes idosos estratégias para viver melhor com estas patologias. Na Associação existem cuidados específicos dirigidos às necessidades dos idosos, mas importa que haja uma continuidade dos cuidados em casa de forma a que a implementação destas estratégias seja produtiva, como reconhece uma entrevistada:

(...) [os idosos] não têm esse apoio da família, ou esse controlo da família que às vezes é necessário neste tipo de doenças. (Entrevista n.º 1)

Perante este diagnóstico, tornou-se evidente a importância da realização de actividades conjuntas entre idosos e a sua família em torno das questões de saúde presentes no quotidiano dos utentes da Associação.

(...) ainda não [existem actividades] ... mas era muito muito importante [refere-se à existência de encontros promovidos para discutir o estado de saúde dos idosos] (...) Se as pessoas aderissem seria o ideal porque nós não conseguimos dar resposta [às necessidades dos idoso] sozinhos. (Entrevista n.º 1)

(...) por enquanto não existe nada [actividades para discutir o estado de saúde dos idosos com a família]. (...) E era uma coisa boa (implementação das actividades sobre a saúde), a ser vista porque é uma grande necessidade que os idosos precisam. (Entrevista n.º 2)

(...) hoje podem aprender coisas que não pensavam (...) que antigamente não faziam e não podiam fazer e assim os filhos podem ver e fazer em conjunto com eles. (Entrevista n.º 2)

(...) nós aqui na associação tentamos fazer uma alimentação mais correcta possível, (...) mas se em casa não seguem o que nós aqui fazemos, não nos serve muito. (Entrevista n.º 2)

(...) nós falamos que têm de fazer certas dietas para perder peso, porque são diabéticos, porque são hipertensos, eles... dizem que sim na altura... mas não assimilam muito bem. (...) Umhas formações... basicamente com eles, às vezes sozinhos com eles primeiro para sensibilizar (...) depois conversando com a família (...) e depois mais tarde fazer em conjunto com eles e a família, para sensibilizar a própria família que eles necessitam dos cuidados. (Entrevista n.º 2)

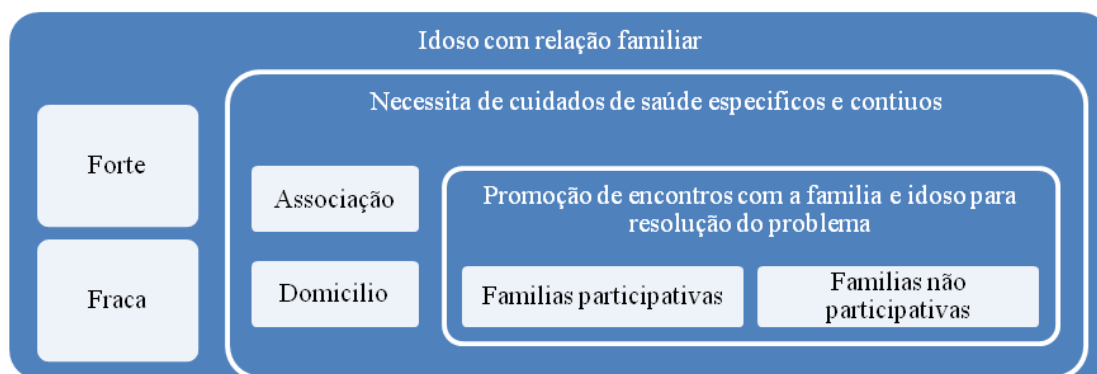
(...) para eles próprios [idosos] saberem que é importante para melhorar ... para poderem andar melhor, andar bem dispostos, e a família também se aperceber (...) apesar de não fazer por maldade (...), assim têm possibilidade de ajudar mais o pai ou a mãe, (...) na alimentação correcta em casa. (Entrevista n.º 2)

(...) porque acho que a família está um bocadinho esquecida dessa parte, da alimentação correcta conforme as doenças que eles têm. (Entrevista n.º 2)

Sucintamente, a recolha destes dados auxiliou no planeamento da estratégia e no desenvolvimento das actividades (Bouglan & Biklen, 1994) desta investigação-acção. Pois percebe-se a tentativa que a Instituição tem em inserir a família nos cuidados ao idoso de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde e simultaneamente, estimular as relações familiares, que na maioria dos casos, estão ausentes ou distantes. Nota-se que os idosos sofrem com a ausência dos filhos, mesmo quando existe a co-habitação e que sentem prazer e interesse em estar mais tempo com a família.

Seguidamente apresenta-se na figura n.º 4 o que resultou da análise indutiva por categorias, das entrevistas n.º 1 e 2.

Figura n.º 4 – Análise das entrevistas às funcionárias



Apesar das relações familiares dos idosos serem fortes ou fracas, estamos perante pessoas fragilizadas, com necessidades específicas que requerem uma continuidade de cuidados quer na Associação, quer no domicílio. Pelo que se tornou fulcral o desenvolvimento de um projecto que promovesse encontros entre os idosos e as suas famílias de forma a clarificar e informar sobre esses cuidados, nomeadamente, cuidados a ter com a saúde. Este projecto deveria envolver todos os idosos e seus familiares de referência, contando com a participação dos seus membros, conseguindo simultaneamente a estimulação das relações familiares.

Obviamente a opinião dos idosos também foi estudada antes de se formular o problema e desenhar o projecto através da aplicação de um questionário, no qual se utilizou a escala de Likert. Este questionário foi aplicado a todos os vinte e quatro idosos utentes do centro de dia, tendo estes sido assistidos no registo das respostas. Destes vinte e

quatro questionários foram validados vinte e três, porque o participante que quis preencher o questionário sozinho acabou por não responder às questões.

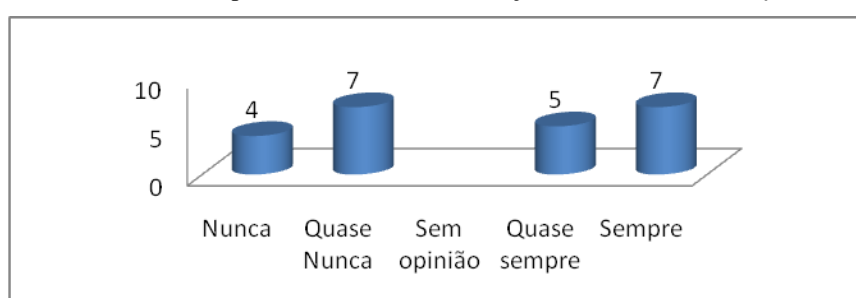
A escolha da escala de Likert para recolha de dados dos idosos, deve-se ao facto de ser uma escala simples, rápida e que avalia as atitudes (Ribeiro, 2007). Esta escala trata de produzir afirmações ou itens acerca de um assunto a que os sujeitos respondem assinalando uma posição numa escala do tipo *nunca, quase nunca, sem opinião, quase sempre, sempre* (Ribeiro, 2007).

Após a aplicação dos questionários com escala de Likert, os instrumentos de recolha de dados foram codificados por letras do alfabeto de forma a manter o anonimato, posteriormente os dados foram transcritos para Microsoft Excel® e tratados nessa base.

Os resultados obtidos nos questionários aplicados aos idosos estão apresentados no Anexo n.º 1b, no entanto, seguidamente, serão apresentadas as afirmações que fundamentam esta investigação, dado que apresentam correlação elevada entre os itens (Ribeiro, 2007). Os itens seleccionados devem incluir aqueles que melhor diferenciam os 25% de respostas com atitudes mais positivas e 25% de respostas com atitudes mais negativas (Ribeiro, 2007).

- **Afirmação: *Estou com a minha família.***

Gráfico n.º 7 - Respostas dos idosos à afirmação *Estou com a minha família*



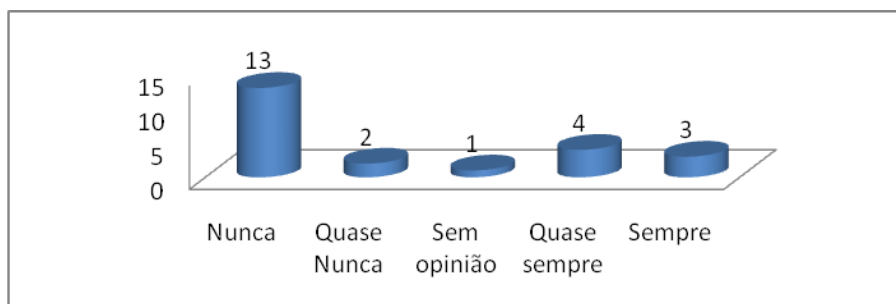
No gráfico n.º 7 pode-se observar a divergência no registo dos idosos, em que 17% dos idosos *nunca* está com a sua família, 30% dos idosos está *quase nunca* com a sua família, 23% dos idosos está *quase sempre* com a sua família e 30% dos idosos está *sempre* com a sua família, considerando a média (m) = 5,75 e o Desvio Padrão (DP) = 1,5.

Com base neste gráfico verifica-se que, apesar da diferença mínima, há mais idosos que consideram que estão com a sua família, no sentido de se considerarem acompanhados pela mesma. Nesta afirmação “estar com” foi explicado aos idosos que seria como ser “acompanhado por”.

A solidão associada aos idosos que referem *nunca estou com a minha família* ou *quase nunca estou com a minha família* é representativa e justifica a necessidade de intervenção.

- **Afirmação: A minha família pede-me opinião sobre decisões a tomar.**

Gráfico n.º 8 – Resposta dos idosos à afirmação *A minha família pede-me opinião sobre decisões a tomar.*

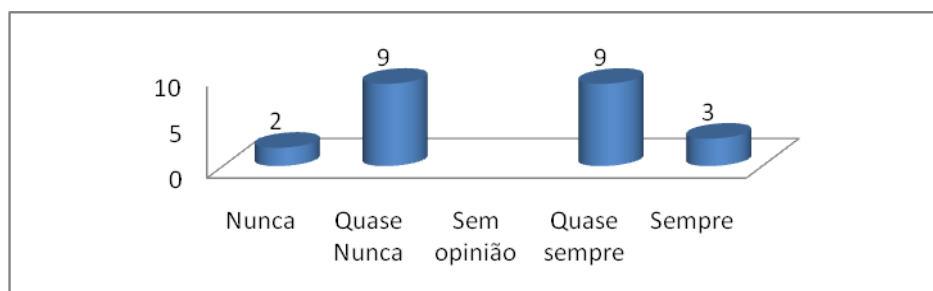


O gráfico n.º 8 apresenta os resultados daquilo a que poderemos chamar a exclusão dos idosos no seio familiar, a qual se consubstancia na tomada de decisões independentemente da vontade destes. Isto vem contrariar o facto de 30% dos idosos referirem que estão *sempre* acompanhados pela sua família (gráfico anterior). Afinal, 56% dos idosos *nunca* participa nas decisões de família, apenas 17% dos idosos participa *quase sempre* das decisões familiares e 13% dos idosos participa *sempre* nas decisões familiares, com $m = 4,6$ e $DP = 4,8$.

Verifica-se, pois, que a maioria dos idosos é relegada para uma postura passiva e pouco interactiva no seio familiar.

- **Afirmação: *Sinto-me sozinho*.**

Gráfico n.º 9 – Resposta dos idosos à afirmação *Sinto-me sozinho*



Mais uma vez o gráfico distingue os idosos em dois grandes grupos, os que se sentem acompanhados pela família e os que se sentem sós. Neste caso específico, 39% dos idosos *quase nunca* se sentem sós e 39% dos idosos *quase sempre* se sentem sós, com $m=5,75$ e $DP=3,7$.

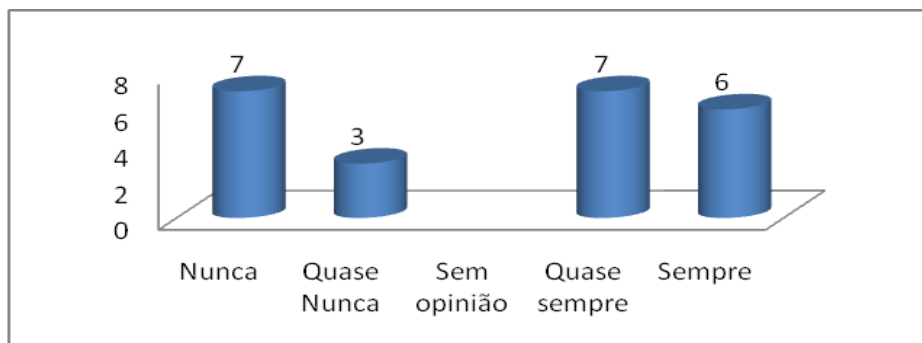
Como vimos na revisão da literatura vários são os autores que relacionam a solidão do idoso com a qualidade de vida minimizada.

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), é importante distinguir que “sentir-se só” é inerente à solidão, ao isolamento social e a viver sozinho, pois implica um sentimento subjectivo caracterizado pela falta de comunicação, privação de contactos e indisponibilidade por parte de outras pessoas para partilhar experiências sociais e emocionais.

Assim, este sentimento conduz os idosos a um estado de desânimo, tristeza e depressão que vão agravar a sua qualidade de vida e estado de saúde (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006), pelo que se torna imprescindível minimizar estes sentimentos e estas fontes de desprazer nos idosos.

- **Afirmação:** *Quando chego a casa tenho companhia para conversar.*

Gráfico n.º 10 - Resposta dos idosos à afirmação *Quando chego a casa tenho companhia para conversar*

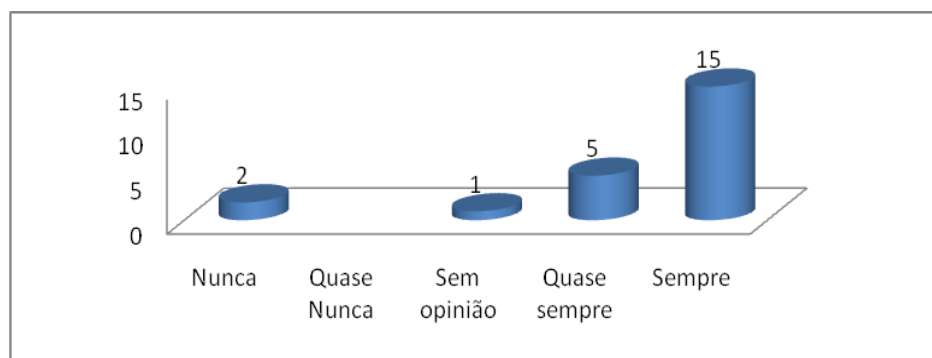


Nota-se que, neste caso, se mantém a solidão evidente em 30% dos idosos, desta vez manifestada por *nunca* ter companhia para conversar quando chega a casa, mas 30% dos idosos tem *quase sempre* companhia e 26% tem *sempre* companhia para conversar (com $m=5,75$ e $DP=1,9$), o que demonstra que grande parte dos idosos co-habita com a família, tendo alguém com quem comunicar quando chega a casa, mas mesmo assim a maioria continua a sentir-se só (gráfico n.º 10).

Utilizar estratégias para melhorar a comunicação e aumentar a disponibilidade entre os membros da família para partilha de experiências minimiza sentimentos de solidão e isolamento social (Figueiredo, 2007). Para isso pode ser eficaz a elaboração de sessões de formação para enquadrar conhecimentos e experiências dirigidas a idosos e família de forma a contornar a falta de comunicação entre os indivíduos. Muitas vezes a falta de comunicação deve-se à divergência de ideias e atitudes resultantes das diferenças de idades e características de idosos e seus familiares (Fernandez-Ballesteros, 2009), pelo que, encontrar um tema comum, de interesse e que promova conhecimento equitativo quer nos idosos, quer nos familiares, parece ser uma forma de resolver esta quebra de comunicação.

- **Afirmação: *Gosto de estar com a minha família.***

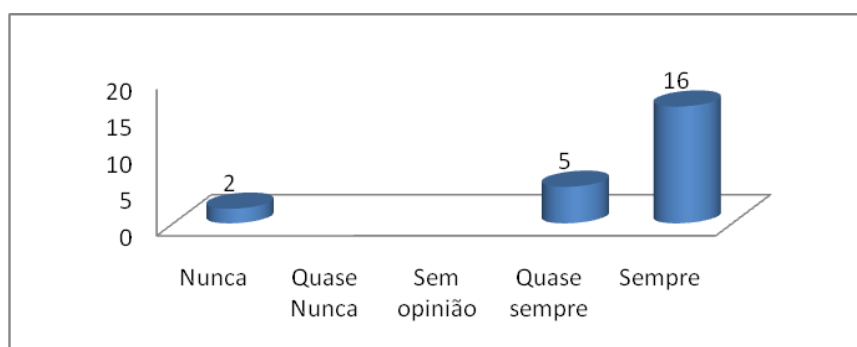
Gráfico n.º 11 – Resposta dos idosos à afirmação *Gosto de estar com a minha família.*



O gráfico n.º 11 evidencia a preferência do idoso por estar com a sua família, uma vez que os idosos *gostam de estar com a sua família*, mesmo que esta não tome sempre em consideração a sua vontade, como se verificou atrás que sucede. Conhecendo-se a relevância para a sua qualidade de vida dos vínculos familiares e das relações familiares fortes, parece óbvio que é necessária uma intervenção para minimizar a percentagem de idosos que se sentem sozinhos e não acompanhados pela família. Especificamente, neste gráfico verifica-se que apenas 9% dos idosos *nunca* gostam de estar com a família, que 22% dos idosos *quase sempre* gostam de estar com a família e que 65% dos idosos gostam de estar *sempre* com a família (com $m=5,75$ e $DP=6,4$). Desde logo, revela-se pertinente desenvolver um trabalho de forma a satisfazer 65% da população alvo. Todavia, considera-se que os 9% de idosos que *nunca* gostam de estar com a sua família também serão incluídos no projecto, consideradas as suas necessidades.

- **Afirmação: *Sinto-me bem com a minha família.***

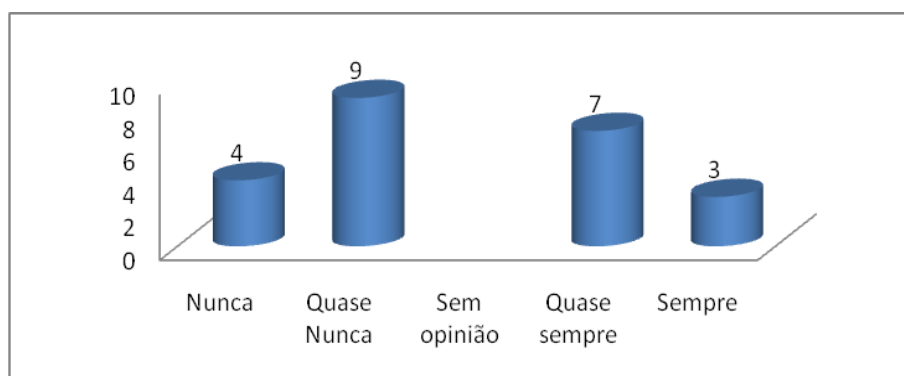
Gráfico n.º12 – Resposta dos idosos à afirmação *Sinto-me bem com a minha família*



Com base nestes resultados, mais uma vez se verifica que, apesar da divisão entre idosos mais ou menos acompanhados pela família, estatisticamente a moda (M) revela que os idosos sentem-se *sempre* bem com a sua família, representando 70% da população estudada (com $m=7,6$ e $DP=7,4$). OS dois idosos que não se sentem bem com a família também serão incluídos no estudo, sendo que cabe aos próprios a decisão de participarem com a família nas actividades propostas. O sentimento positivo que uma boa relação familiar provoca no idoso é uma forma consistente de lhe prevenir decadência física, moral e psicológica (Naldino & Saraceno, 2003) pelo que se torna importante fomentar estas relações familiares em prol de uma melhor qualidade de vida do idoso.

- **Afirmção: *Passo muito tempo com a minha família***

Gráfico n.º 13 – Resposta dos idosos à afirmação *Passo muito tempo com a minha família*



Com os resultados apresentados no gráfico n.º 13, mais uma vez se percebe que, apesar da maioria dos idosos gostar de estar com a sua família, apenas 13% dos idosos passam *sempre* muito tempo com a família, ao passo que 30% dos idosos passam *quase sempre* muito tempo com a sua família. Ao contrário, 17% dos idosos *nunca* passam muito tempo com a família e 39% dos idosos relata que *quase nunca* passa muito tempo com a família (com $m=5,75$ e $DP=2,8$). Neste caso, nota-se que a maioria considera que *quase nunca* passa muito tempo com a família, o que, associado à preferência pela companhia dos familiares atrás identificada, conduz à inferência de que se trata de pessoas que passam muito tempo sozinhas, desprovidas dos cuidados e atenção que o seu estado de fragilidade exige (Paúl & Fonseca, 2005).

Assim, de forma a conhecer outra perspectiva da mesma realidade, considerou-se a afirmação que se segue:

- **Afirmação: *A minha família vai comigo ao médico.***

Gráfico n.º 14 – Resposta dos idosos à afirmação *A minha família vai comigo ao médico*



Curiosamente, no que diz respeito a saúde do idoso, a grande maioria da família, acompanha o idoso ao médico. Assim, 39% dos idosos são *sempre* acompanhados pela família quando necessitam de ir ao médico, 35% dos idosos são *quase sempre* acompanhados pela família para ir ao médico e apenas 13% dos idosos *nunca* ou *quase nunca* são acompanhados pela família nas idas ao médico. Estes resultados demonstram que, independentemente da relação familiar existente, a saúde de idoso é uma condição que a família tenta controlar e assegurar. Pois, perante uma situação de doença no idoso, idosos e família vivem lutos antecipatórios, uma vez que os membros da família sentem a ameaça da perda do membro doente, o doente antecipa a perda da família e espera a incapacidade ou morte (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Desta forma, o controle da saúde do idoso ocupa uma fracção importante da disponibilidade da família para com o seu idoso (Figueiredo, 2007).

Tanto os idosos que *nunca* como os que *quase nunca* são acompanhados pela família para ir ao médico, referem que ou vão sozinhos, ou vão com as auxiliares da instituição.

A recolha destes dados permitiu conhecer melhor a realidade familiar dos idosos, bem como aumentar a consciência de que existe um problema que é preciso de algum modo resolver (Bougan & Biklen, 1994).

Com base na análise dos gráficos, facilmente se percebe a importância que a família tem para estes idosos e que, apesar dos idosos estarem equitativamente separados por idosos

mais acompanhados ou menos acompanhados pela família, a grande maioria sente-se bem com a família, gosta de estar com a família e deseja estar mais tempo com a família.

Assim sendo, parece ser de interesse social fomentar as relações familiares dos idosos de forma a minimizar os sentimentos de solidão e isolamento social que os afectam negativamente (Fernandez-Ballesteros, 2009). Levantadas as carências dos idosos da Associação Âncora e documentadas a inter-relação entre solidão e saúde do idoso, pois a solidão causa problemas de saúde nos idosos e a falta de saúde pode conduzir à solidão (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006), julgo justificadas as opções feitas no que respeita à estratégia da presente investigação-acção, cujo objectivo principal é o de contribuir para minimizar os sentimentos negativos nos idosos, promovendo a melhoria das suas relações familiares e do seu estado de saúde.

2.4. Formulação do problema

Na investigação-acção após a fase exploratória procede-se à formulação do problema (Gil, 1994). Um problema é de natureza científica quando envolve variáveis que podem ser tidas como testáveis (*ibidem*).

A escolha de uma problemática não depende do acaso ou da simples inspiração pessoal do investigador, existem sim, várias formas de pensar o real e de estudar fenómenos sociais (Quivy & Campenhoudt, 2005). Também, os interesses pelas escolhas de problemas de pesquisa podem ser vários, porém os mais importantes são os valores sociais do investigador e os incentivos sociais (Gil, 1994). No caso presente, em que se visa minimizar relações familiares fracas dos idosos, estamos perante um exemplo da preponderância do primeiro factor.

A problemática constitui o princípio de orientação teórica da investigação e a relação com o objecto de estudo (Quivy & Campenhoudt, 2005), porém, enquanto que na pesquisa clássica os problemas tendem a ser minimizados, na investigação-acção os problemas são valorizados (Gil, 1994).

As fracas relações entre idosos e familiares evidentes na recolha de dados constituem um problema social capaz de sustentar o objecto deste estudo. As fracas relações entre idosos e seus familiares representam um problema identificado um pouco por toda a Europa contemporânea, o que reforça a importância da realização deste projecto. Assim, propomo-nos contribuir para investigar de que forma o problema social da solidão do idoso associado a fracas relações familiares pode ser minimizado ou até resolvido em contexto de centro de dia.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2005), a problematização consiste em formular o projecto de investigação, articulando duas dimensões que nele se constituem mutuamente: uma perspectiva teórica e um objecto de investigação concreto o que se confronta com a realidade existente na vida das pessoas que constituem o universo do estudo.

Considerando os resultados do diagnóstico atrás descritos, atrair as famílias para a colaboração em actividades sobre a saúde, em conjunto com os seus familiares idosos, parece uma estratégia adequada para alcançar os objectivos pretendidos.

As actividades previstas para este projecto foram programadas em consonância com o plano de actividades da Associação e sob orientação e sugestão dos idosos e da equipa multidisciplinar da mesma instituição.

O diagnóstico feito na instituição aos idosos e aos seus familiares permitiu identificar os cuidados de saúde como a maior preocupação da família relativamente aos idosos. Assim, em vez da realização das actividades inicialmente pensadas, como a construção da árvore genealógica pelos idosos e seus familiares ou o portfólio familiar, preferi apostar em actividades relacionadas com a área da saúde. Para isso, a opção recaiu sobre actividades de apoio à saúde do idoso e dos seus familiares, incluindo sessões de informação dirigidas aos mesmos.

Estas actividades visam, por um lado, a aquisição de novos conhecimentos sobre a saúde dos idosos, o acesso destes e dos seus familiares a cuidados de saúde primários, possibilitando a continuidade dos cuidados ao idoso em casa e, por outro lado, permitem que as famílias se aproximem da Associação, que haja partilha de experiências entre

idosos e suas famílias e, conseqüentemente, que se estimulem as relações familiares fomentando o apoio mútuo.

Como se sabe, a formulação do problema na investigação-acção não se baseia apenas na análise prática, mas também importa considerar uma mediação teórico-conceptual (Gil, 1994). Assim, a definição do problema também teve como base uma pesquisa bibliográfica tão exaustiva quanto possível (Bogdan & Biklen, 1994) que foi apresentada no enquadramento conceptual deste documento.

Para Gil (1994), a formulação do problema deve constituir algumas regras práticas, tais como: o problema deve ser formulado como pergunta, o problema deve ser claro e preciso, o problema deve ser empírico, o problema deve ser susceptível de solução, o problema deve ser delimitado a uma dimensão viável. Considerando estas premissas, formulamos o problema nesta investigação da seguinte maneira:

Poderão as estratégias de promoção de saúde na pessoa idosa/família, fortalecer as suas relações familiares?

Geralmente nos processos de investigação concebidos segundo o paradigma qualitativo-interpretativo, como é o caso dos projectos de investigação-acção não devem existir hipóteses (Ribeiro, 2007), pois restringem o campo de acção (Streubert & Carpenter, 2002). A definição do problema e dos objectivos da acção são considerados mais do que suficientes para orientar a pesquisa (Guerra, 2007).

2.5. Caracterização do contexto

O presente trabalho de projecto foi desenvolvido na Associação Âncora: Centro Comunitário de Santa Luzia. Santa Luzia é uma pequena Vila pertencente ao Concelho de Tavira, Distrito de Faro, localizada no litoral do sotavento algarvio.

A Associação Âncora é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sediada em Santa Luzia que dispõe de várias valências nas áreas da Infância, Terceira Idade e Comunidade.

As IPSS são instituições constituídas sem fins lucrativos, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico.

As IPSS caracterizam-se por prosseguirem, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços, os seguintes fins:

No âmbito da Segurança Social

- Apoio a crianças e jovens, apoio à família, apoio à integração social e comunitária;
- Protecção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

No âmbito da Protecção na Saúde

- Promoção e protecção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

No âmbito da Educação

- Educação e formação profissional dos cidadãos.

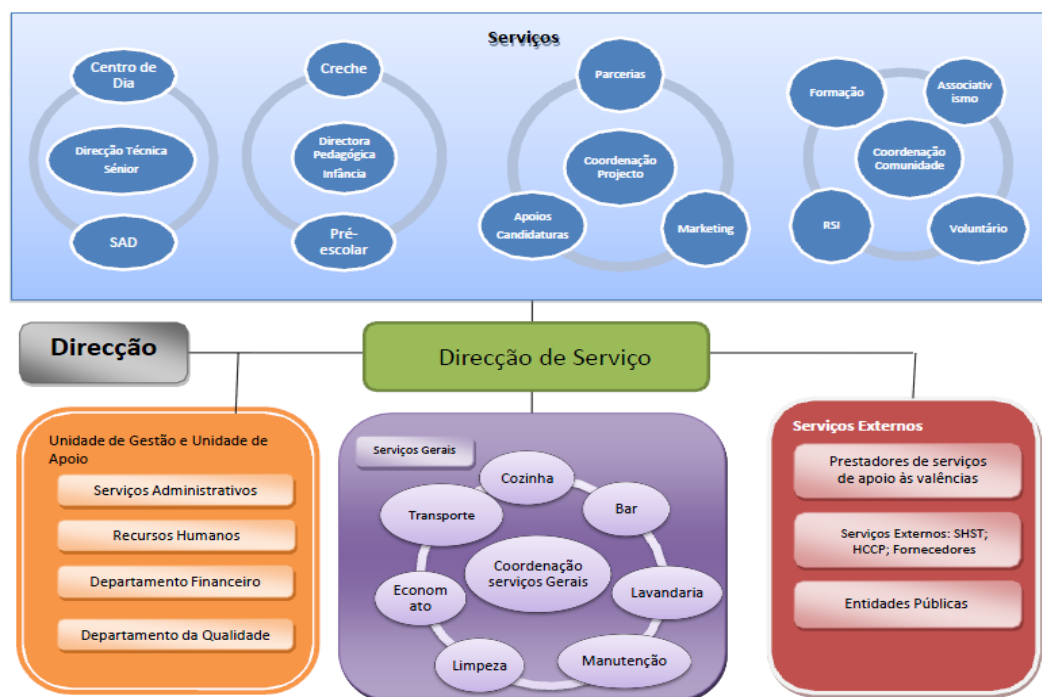
No âmbito da Habitação

- Resolução dos problemas habitacionais das populações.

Além dos enumerados anteriormente, as instituições podem prosseguir de modo secundário outros fins não lucrativos que com aqueles sejam compatíveis, bem como outras actividades que concorram para a sua sustentabilidade financeira.

A Associação Âncora: Centro Comunitário de Santa Luzia nasceu em 2008 para dar resposta às necessidades sociais locais e trabalha, essencialmente, com três públicos-alvo: crianças (respostas sociais de creche e jardim-de-infância), idosos (respostas sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário) e famílias carenciadas (através da medida de RSI (Rendimento Social de Inserção). O organograma organizacional está representado na figura n.º 5, que se segue:

Figura n.º 5 – Organograma da Associação Âncora de Santa Luzia, fornecido pela Instituição



Como se pode observar na tabela n.º 5, os utentes da Associação Âncora têm vindo a aumentar ligeiramente nos três últimos anos:

Tabela n.º 5 – Idosos que usufruem dos serviços da Associação em Janeiro dos anos 2009, 2010 e 2011.

	Centro de dia	Apoio domiciliário	Total de idosos
Janeiro 2009	24	8	32
Janeiro 2010	24	12	36
Janeiro 2011	28	10	38

Os idosos que frequentam o Centro de dia são transportados em viatura da Associação, diariamente, a partir das oito horas. Uma vez chegados à Associação, os idosos seguem o plano de actividades diárias, sendo as actividades de acesso gratuito e livre. Até as 17 horas, quando regressam a casa, os idosos podem permanecer na Instituição, ser visitados pela comunidade e pela família e têm direito às refeições (pequeno-almoço, lanches e almoço, podendo levar para o domicílio o jantar já confeccionado).

Ao longo do dia, os idosos recebem os cuidados prestados pela Associação, mas podem, mediante conhecimento da equipa, passear pelas ruas de Santa Luzia, ir à missa, ir a casa, ir ao médico, etc. Portanto, além de se responsabilizar pelos seus utentes e de *aliviar* a responsabilidade familiar dos idosos, a instituição procura manter o mais possível o idoso no seu meio natural, sabendo que para o idoso é vantajoso permanecer no seu ambiente o maior tempo possível (Figueiredo, 2007).

Após a consideração do contexto, Flick (2005) lembra que um projecto de investigação é uma intromissão na vida da instituição a estudar, é uma perturbação, rompe rotinas, aparentemente sem retorno a curto ou longo prazo para a instituição ou seus membros, pelo que a sua entrada exige o cumprimento de requisitos, entre os quais a autorização da pesquisa.

A entrada na Instituição exigiu o estabelecimento de uma relação, sendo necessário perceber as discrepâncias de interesses e perspectivas entre o investigador e a instituição. Estes inconvenientes podem ser minimizados com o estabelecimento de uma relação de confiança que permita uma aliança de trabalho para que se torne possível a investigação (Flick, 2005).

Tratando-se de uma instituição enquadrada no serviço social, Flick (2005) destaca que o investigador tem que fazer o pedido de autorização em termos formais (Anexo n.º3). Neste caso, o facto do investigador ser um elemento que dá apoio à instituição sob a forma de voluntariado, de conhecer os idosos institucionalizados e de ter o apoio dos funcionários da instituição facilitou a entrada na instituição e o processo de investigação.

Depois de ter obtido autorização para o acesso à instituição, o investigador enfrenta o problema de chegar às pessoas mais interessantes para a pesquisa (Flick, 2005). Neste caso, todos os idosos institucionalizados em centro de dia, foram incluídos no projecto de forma a não provocar desentendimentos, desinteresse e sentimentos de inutilidade nos idosos. Normalmente, o maior problema encontrado é a disponibilidade dos sujeitos estudados, sendo fundamental desenvolver competências relacionais (Flick, 2005).

3. PLANEAMENTO

De acordo com Ander Egg *a planificação consiste em introduzir organização e racionalidade na acção* (citado por Serrano, 2008, p. 37), isto é, planejar alguma coisa implica traçar o que se pretende fazer, quais os meus objectivos, como se pretende atingi-los e de que recursos é necessário dispor para a sua concretização.

A investigação-acção é um método específico que implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da acção desenvolvida. Para isso, os investigadores têm que conhecer o contexto particular o terreno da prática para identificar e descrever problemas ou áreas que necessitam de mudança (Streubert & Carpenter, 2002). Almeida (2001) defende que a investigação-acção tem sido *a componente descurada no campo das ciências sociais* porque é pouco falada, insuficientemente praticada, dadas as suas grandes potencialidades.

O planeamento da investigação-acção exige grande flexibilidade, pois envolve a acção dos pesquisadores e dos estudados, o que ocorre nos mais diversos momentos da pesquisa e torna difícil o cumprimento de um planeamento ordenado temporalmente (Gil, 1994). Por outro lado, a identificação de um problema existente não significa a ausência de soluções *apenas representa uma realidade negativa ou desfavorável que é que é preciso transformar* (González, 2000).

O plano que se apresenta seguidamente procura responder ao que Serrano (2008) define como características essenciais de um plano: flexibilidade para que se adapte às necessidades da população; abertura para que seja sujeito a qualquer reajustamento ou rectificação, descentralização de forma a ir ao encontro do grupo que desperta preocupação; participação para que todos os membros participem; autogestão, o que implica a participação dos idosos e seus familiares na gestão do projecto e a interdisciplinaridade que embarca as diferentes áreas implicadas no projecto.

Para se dar início ao projecto, foi fundamental a elaboração dos pedidos de autorização. Assim, foi elaborado o pedido de autorização dirigido ao director da Associação Âncora (Anexo n.º 3), foram elaborados consentimentos informados quer para a realização das entrevistas aos funcionários da instituição (Anexo n.º 4), quer para a aplicação de questionários aos idosos (Anexo n.º 5) e, finalmente, para as entrevistas aos idosos (Anexo n.º 6).

O consentimento informado seguiu as indicações de Ribeiro (2007), pois inclui um conjunto de informações que esclarecem os participantes.

Com a autorização e considerando os princípios éticos implícitos em qualquer investigação que envolva seres humanos, foi evitada a invasão desnecessária. Polit e Hungler (1995) defendem que os investigadores devem assegurar que a sua pesquisa não seja mais intrusiva do que o necessário e que a privacidade do participante seja mantida ao longo do estudo.

De forma a respeitar a individualidade e a privacidade dos participantes, os dados foram codificados e a cada instrumento de recolha de dados foi atribuído uma letra ou um número apenas conhecidos pela investigadora, de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade. Assim, ao fazer a transcrição não foi usado o nome dos participantes, mesmo que tenha sido citado durante o discurso, preservando assim a sua privacidade e confidencialidade. Bogdan e Biklen (1994) referem que as identidades dos sujeitos devem ser protegidas, para que a informação que o investigador recolhe não possa causar-lhes qualquer tipo de transtorno ou prejuízo.

O planeamento deste projecto, mediante o levantamento das necessidades da Associação, passou como já se afirmou, pela aplicação de um questionário aos idosos do Centro de Dia da Associação para diagnóstico dos principais problemas. Com o mesmo propósito foram feitas entrevistas a elementos essenciais no quotidiano dos idosos, Dra. Luísa, directora técnica da secção Sénior (Entrevista n.º1) e Elisabete, auxiliar principal (Entrevista n.º2). Feita a análise dos dados obtidos, evidenciaram-se as necessidades na estimulação de relações familiares nos idosos.

Posteriormente foram feitos os contactos com os familiares de referência dos idosos de forma a conhecer, através de conversa informal e presencial as características e as

necessidades dos idosos/famílias. Seguidamente, foram definidas as actividades a realizar mediante as necessidades identificadas pelos idosos e pela instituição.

As actividades foram agendadas de acordo com o interesse e a disponibilidade dos idosos, da família e ainda da Associação. Foram convidados a participar nas actividades todos os idosos e seus familiares de referência que frequentavam o Centro de Dia no período compreendido entre Maio de 2009 e Agosto de 2010.

O convite e apresentação do projecto aos idosos foi realizado sob a forma de apresentação oral na Associação Âncora através da inserção no projecto *Espaço e companhia* já implementado, também foi entregue pessoalmente uma carta de apresentação (Anexo n.º 7) aos familiares dos idosos. A entrega das cartas em mão decorreu a 19 de Janeiro de 2010, durante o período da manhã na companhia de um elemento da Associação, Dra. Cláudia Louvado.

Posteriormente, durante a semana que precedeu cada actividade, foi entregue a cada idoso um convite (Anexo n.º 8) com o objectivo de que fosse este a convidar o seu familiar a participar nas actividades planeadas. Este processo foi complementado pelo contacto telefónico feito pela investigadora ao familiar de referência de cada idoso, dois a três dias antes de cada actividade.

As actividades foram realizadas com espaço de um mês entre elas de forma a permitir o acesso a todos os familiares. Apesar de todos os idosos e seus familiares serem contactados, a presença era livre e, portanto, em cada uma delas houve a participação de diferentes idosos e diferentes famílias. A avaliação de cada actividade foi feita por questionários (Anexo n.º 9) aos idosos que participaram nas actividades, tendo estes sido aplicados no dia útil seguinte da realização da actividade.

Ao longo das actividades, foram elaborados trabalhos práticos que foram apresentados no *Atelier de saúde e bem-estar* a 10 de Abril de 2010 e expostos na *Expo Luzia* a 3 de Agosto de 2010.

Por fim, foram realizadas entrevistas a quatro idosos cuja família participou em pelo menos uma actividade ao longo do projecto.

3.1. Objectivos

De acordo com Serrano (2008), os objectivos gerais são aqueles mais amplos que definem o quadro de referência do projecto. Para Guerra (2007), os objectivos gerais descrevem grandes orientações para as acções e são coerentes com as finalidades do projecto. Nesta linha, o objectivo geral deste projecto é o de fortalecer as relações familiares dos idosos da Associação.

Os objectivos específicos são mais concretos e precisam o que se pretende alcançar com a elaboração do projecto (Serrano, 2008). Sendo assim, os objectivos específicos traçados são:

- Testar estratégias que fortaleçam as relações familiares com os idosos.
- Promover a presença de familiares e de idosos na realização das actividades dirigidas aos mesmos.
- Conseguir a colaboração da família na continuidade dos cuidados prestados aos idosos na instituição.
- Planear estratégias para idosos/família viverem melhor com as suas limitações provocadas por patologias específicas.
- Informar adequadamente os idosos e família sobre cuidados a ter com a saúde.
- Estimular a comunicação entre os membros da família.
- Minimizar sentimentos de solidão e isolamento nas pessoas idosas.

3.2. Metodologia

3.2.1. Tipo de Estudo

O presente estudo resulta de um projecto de investigação-acção, pois recorre a um método que implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da acção desenvolvida (Streubert & Carpenter, 2002). A investigação-acção é uma atitude (Bodgan & Biklen, 1994), uma perspectiva que se adopta face a objectos e

actividades. A investigação-acção é um tipo de investigação aplicada, na qual o investigador se envolve activamente no objecto da investigação (Bogdan & Biklen, 1994). Com efeito, as estratégias desenvolvidas ao longo da investigação incluíram a participação da investigadora, dando-lhe o cariz de investigação participativa. A investigação-acção participativa é uma forma de investigação que atribui importância primordial à colaboração com os participantes na investigação, incluindo-os como co-investigadores em todas as fases do estudo (Streubert & Carpenter, 2002).

As metodologias de investigação-acção permitem a produção de conhecimentos sobre a realidade, a inovação no sentido da singularidade de cada caso, a produção de mudanças sociais e, ainda, a formação de competências dos intervenientes (Guerra, 2007).

Os investigadores estudam um contexto particular da prática para identificar e descrever problemas ou áreas que necessitam de mudança e esforçam-se para encontrar soluções práticas para problemas reais através da implementação de mudanças nessa realidade e da avaliação dos resultados obtidos (Streubert & Carpenter, 2002).

A investigação-acção está sempre preocupada com questões importantes (Bogdan & Biklen, 1994) e movimenta três pólos: o pólo da acção que tem como objectivo atingir a mudança social num contexto concreto, o pólo da investigação centrado na procura das dinâmicas actuais e nas intencionalidades dos actores; e o da formação, que é inerente ao próprio processo de conhecimento e acção, mobilizando as capacidades cognitivas e relacionais dos actores em função de objectivos específicos. Apesar da profunda interacção entre estes pólos, é o pólo da acção que comanda os restantes (Guerra, 2007).

A investigação-acção implica a colaboração entre os investigadores e os profissionais na entidade praticada (Streubert & Carpenter, 2002).

Os projectos de investigação-acção podem ter uma ou várias finalidades, não são estáticos nem lineares, são dinâmicos, decorrendo através de estádios cíclicos. A finalidade de um projecto de investigação-acção pode desenvolver-se e mudar à medida que o estudo progride (Streubert & Carpenter, 2002).

Segundo Lessart-Hébert (1984), citado por Guerra (2007), o paradigma de suporte à investigação-acção é o paradigma sistémico. Assim, a investigação-acção utiliza uma análise sistémica, defendendo a interdisciplinaridade, recorrendo sobretudo a métodos

qualitativos e atingindo uma abordagem global (Guerra, 2007). Para se conseguir uma objectividade adequada ao desenvolvimento de uma investigação-acção, é necessário recorrer a uma recolha sistémica de informação pertinente (Bodgan & Biklen, 1994).

Apesar das metodologias da investigação-acção utilizarem a diversidade de métodos disponíveis ao nível das ciências sociais, a especificidade deste tipo de trabalho tende a privilegiar as metodologias indutivas e qualitativas (Guerra, 2007).

As metodologias de investigação-acção recorrem a metodologias indutivas e à análise sistémica numa maior interacção entre a teoria e a prática. O enquadramento conceptual funciona, todo ele, como um quadro hipotético de interpretação da realidade e a verificação científica do seu ajustamento é realizada exactamente pelo confronto com a realidade. Dito de outra maneira, são os resultados da acção que permitem aferir a adequabilidade das teorias interpretativas (Guerra, 2007). A investigação-acção parte do terreno para a resolução dos problemas identificados, estabelece relação com a teoria já concebida e volta ao terreno para resolução dos problemas identificados (Bogdan & Biklen, 1994), pelo que a relação entre teoria e terreno pode ser indutiva ou maleável (Guerra, 2007). A investigação-acção não adopta enunciados formais, mas enunciados naturalistas baseados em acontecimentos num contexto específico cujas contingências são interdependentes (Ketele & Roegiers, 1993).

A investigação qualitativa salienta a construção social da realidade, as relações íntimas entre o investigador e o que está a ser estudado e os constrangimentos sociais que dão forma à inquirição (Ribeiro, 2007).

Neste projecto foi necessário recorrer a uma análise observacional que permitiu ao investigador desenvolver procedimentos para conhecer os factos ocorridos no contexto (Ribeiro, 2007). Enquanto enfermeira voluntária da Associação, tive oportunidade de me manter dentro do campo de investigação e de observar as atitudes e os comportamentos dos idosos e seus familiares. Também a realização das actividades, o convívio promovido e a partilha de experiências desenvolvidas com os idosos e familiares possibilitaram uma observação permanente e apropriada.

Em síntese, a investigação-acção é uma investigação aplicada, inserida no paradigma sistémico, baseada na metodologia indutiva e qualitativa em que se verifica uma

investigação participativa pelo investigador e restantes participantes. Uma vez que implica a globalidade, flexibilidade e interdisciplinaridade que envolvem a teoria e a prática de forma à resolução do problema social identificado. Seguindo esta metodologia foi delineado este projecto com o objectivo de fortalecer as relações familiares dos idosos da Associação, recorrendo a estratégias identificadas como procedentes de um interesse comum, nomeadamente, a saúde dos idosos.

3.2.2. Participantes

O universo da pesquisa inclui todos os vinte e três idosos utentes do Centro de Dia da Associação Âncora, tal como Guerra (2007) sugere ao afirmar que a amostra da pesquisa seja composta pelo colectivo da investigação-acção. Quando o universo de investigação-acção é numeroso, recomenda-se a selecção de uma amostra (Gil, 1994), o que não se torna necessário dado o universo dos utentes deste serviço ser composto por vinte e três idosos.

O facto de na investigação-acção se tratar de um processo ambíguo, evolutivo e que não pode ser totalmente controlado pelo investigador exige um grande empenho e aceitação por parte dos participantes (Guerra, 2007), havendo um risco muito elevado de a qualquer momento os participantes abandonarem a investigação (Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, este projecto foi direccionado a todos os vinte e três idosos e respectivos familiares que utilizam a Associação como Centro de Dia, porém, a participação dos mesmos foi livre e foi necessário recorrer a alguns critérios para se definir a avaliação deste projecto. Dos vinte e três idosos e respectivos familiares que foram convidados a participar, verificou-se que nem todos participaram com a mesma frequência. De facto, ao longo das actividades a participação foi sendo diferente, por várias razões, pelo que se consideram como participantes capazes de avaliar todo o processo apenas aqueles que:

- Idosos que são conscientes das suas atitudes;

- Estão a usufruir do Centro de dia na Associação, no período entre Janeiro 2009 e Junho 2010;
- Assistiram a todas as actividades realizadas;
- Tiveram a companhia de pelo menos um familiar numa das actividades realizadas;
- Seguiram todo o processo de investigação, desde a participação nas actividades, até ao consentimento de serem entrevistados.

Estes critérios permitiram considerar uma amostra intencional, em que os indivíduos são seleccionados a partir das características tidas como relevantes pela investigadora e participantes, de forma a adequar-se à obtenção de dados de natureza qualitativa (Gil, 1994).

Na investigação-acção o critério de representatividade dos grupos investigados é mais qualitativo que quantitativo (Gil, 1994), pelo que se recorre a amostras não-probabilísticas, isto é, seleccionadas pelo critério de intencionalidade (Gil, 1994), pois, Polit e Hungler (1995) defendem que o pesquisador pode seleccionar intencionalmente a mais ampla variedade possível de respondentes ou aqueles que são particularmente detentores das condições que estão a ser estudadas.

Considerando os critérios atrás enunciados conseguiram-se:

- 23 idosos conscientes das suas atitudes;
- 23 idosos que usufruíram do Centro de Dia na Associação, no período entre Janeiro 2009 e Junho 2010;
- 15 idosos que assistiram a todas as actividades realizadas;
- 8 idosos que tiveram a companhia de pelo menos um familiar numa das actividades realizadas;
- 4 idosos que seguiram todo o processo de investigação, desde a participação nas actividades, até ao consentimento de serem entrevistados.

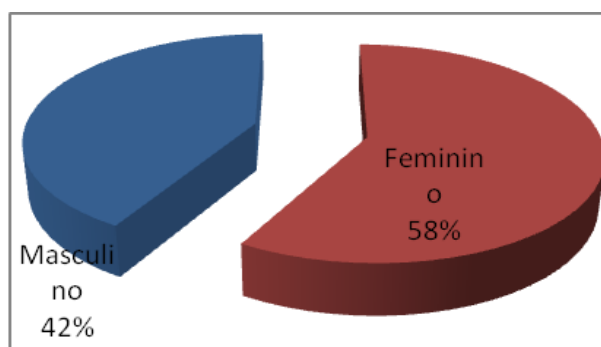
Para que a contextualização da população seja elucidativa, rapidamente serão apresentadas algumas características dos participantes da investigação-acção.

A população idosa de Santa Luzia é caracterizada, de acordo com a Dra. Luísa (entrevista n.º1), por ser uma população com défices motores associados ao envelhecimento pouco comprometedores de autonomia física e cognitiva, hábitos culturais simples e pouco participativa nas actividades propostas. Por ter sido uma vila piscatória, todas as actividades associadas ao mar e aos hábitos piscatórios são preferidos pelos idosos.

Os participantes neste projecto são vinte e quatro idosos de ambos os géneros (utentes do Centro de Dia da Associação), com idades compreendidas entre os 65 e os 86 anos. A moda de idades é de 83 anos, a média é de 75 anos e o desvio padrão é de 9,056.

Desta amostra, a maioria (14) é do género feminino e a minoria é do género masculino (10), o que se pode confirmar no gráfico n.º 15, que se segue:

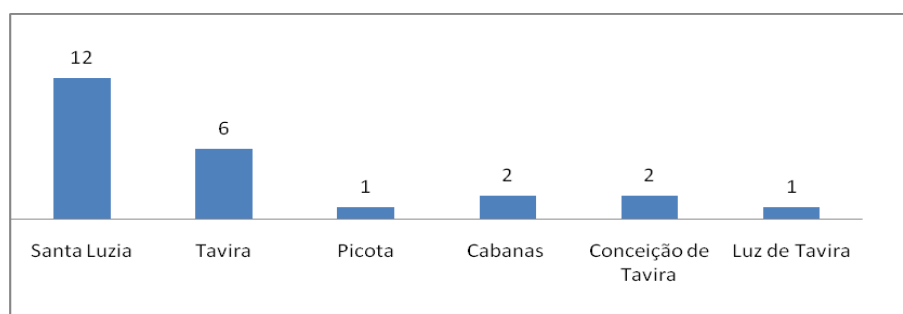
Gráfico n.º 15 – Género das pessoas idosas



O género feminino prevalece, podendo estar associado à esperança média de vida da mulher ser mais elevada ou ao facto do género masculino ter um papel mais activo nesta vila, estando até mais tarde associado à actividade piscatória. É de recordar que alguns autores destacam que os homens são mais renitentes à institucionalização (Figueiredo, 2007).

Apesar da Associação estar localizada em Santa Luzia, os participantes residem em distintas freguesias do concelho de Tavira, conforme está elucidado no gráfico n.º16, que se segue.

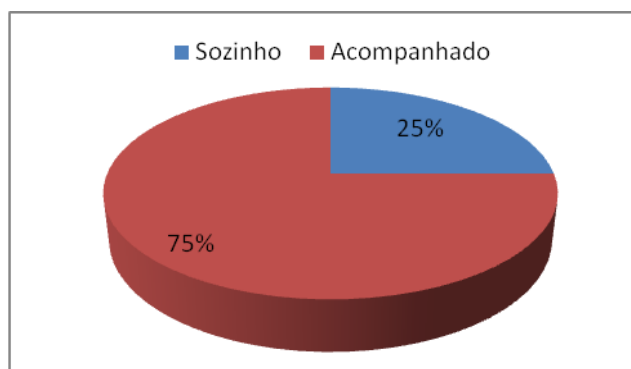
Gráfico n.º 16 – Residência dos idosos



A maioria dos idosos que utilizam os serviços do Centro de Dia é residente em Santa Luzia, facto que está relacionado com a proximidade geográfica e com a maior divulgação destes serviços na localidade em que os mesmos são prestados.

Apesar de todos os idosos referirem que passam mais tempo na Associação do que no domicílio, a instituição cumpre um horário. Assim sendo, os idosos entram na Instituição pelas 9 horas e são entregues em suas casas até às 18 horas, altura em que 6 deles terminam o seu dia sozinhos e 18 residem com a família, tal como elucida o gráfico n.º17, que se segue.

Gráfico n.º 17 – Com quem vivem os idosos

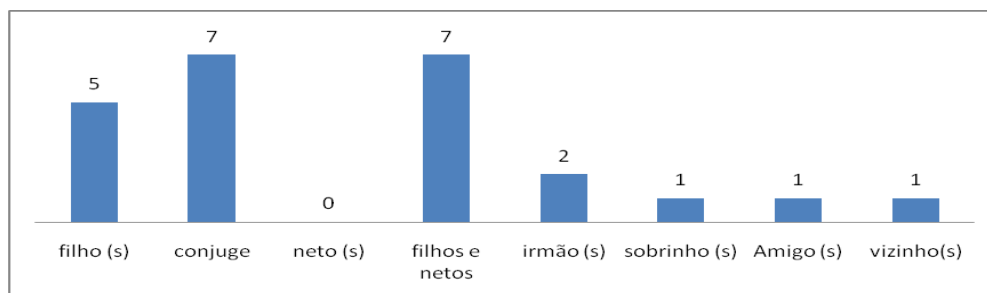


Neste gráfico percebe-se que os idosos que recorrem ao centro de dia residem com familiares e estão inseridos no seu ambiente. Assim, torna-se primordial investir nesta condição para que as vantagens da mesma possam ser potenciadas.

Neste conjunto de idosos que residem acompanhados pela sua família, variados são os graus de parentesco daqueles que os acompanham. Os cônjuges e os filhos com netos são os que prevalecem, seguindo-se os filhos. Neste contexto verifica-se que os tipos de

família que prevalecem são as famílias nucleares e também as alargadas, permitindo relações intergeracionais propícias ao envelhecimento bem sucedido.

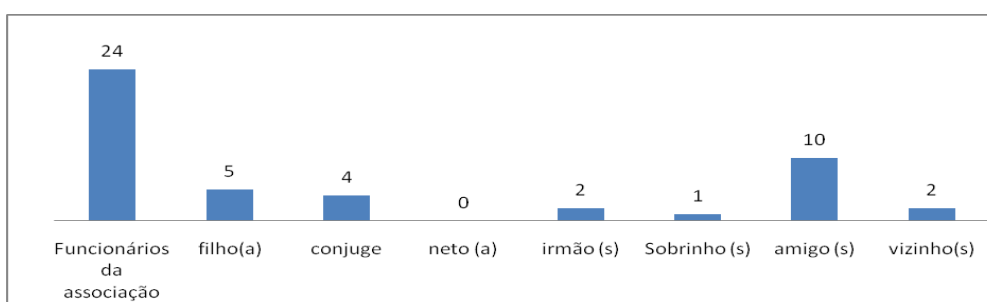
Gráfico n.º 18 – Familiar que reside com o idoso



Alguns idosos fizeram referência a mais do que um familiar, pelo que os dezoito idosos que se identificaram como sendo residentes com familiares enumeraram vinte e quatro familiares.

A institucionalização do idoso faz com que “estar com os outros” não dependa somente dele, pelo que é fundamental conhecer com quem os idosos passam a maior parte do tempo. O gráfico n.º 19, que se segue, representa com quem os idosos passam mais tempo, verificando-se que é com os funcionários da Associação que os idosos passam mais tempo.

Gráfico n.º 19 – Com quem o idoso passa a maior parte do tempo.



Portanto, apesar de alguns dos idosos residirem com a família é com os funcionários da Associação que dizem passar mais tempo.

3.2.3. Técnicas e instrumentos

Na fase de diagnóstico foram aplicados, tal como já foi referido, questionários com escalas de Likert (Anexo n.º 1) aos 24 idosos institucionalizados em Centro de Dia na Associação e realizadas entrevistas exploratórias semi-estruturadas às funcionárias com maior conhecimento e contacto directo com os idosos (Anexo n.º 2). Estes procedimentos facultaram o conhecimento do universo dos utentes, bem como as suas condições e modos de vida, comportamentos e atitudes (Quivy & Campenhoudt, 1995).

As entrevistas realizadas às funcionárias permitiram conhecer a realidade do contexto de forma a enquadrar a problemática e a desenhar a intervenção considerando as condicionantes para minimizar o problema identificado (Streubert & Carpenter, 2002).

As entrevistas semi-estruturadas permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos (Quivy & Campenhoudt, 2005).

As entrevistas foram gravadas. O equipamento de gravação estava visível durante as entrevistas, mas a uma distância que permitia que fosse esquecida a sua existência, uma vez que o objectivo é que a conversa decorra de forma “natural”, mesmo nos pontos mais incómodos (Flick, 2005).

As notas de campo foram escritas ao longo da entrevista e imediatamente após o término das mesmas de forma a não interferir com a naturalidade das respostas dadas pelas entrevistadas. As notas de campo devem conter os elementos essenciais das respostas do entrevistado e a informação sobre o desenvolvimento da entrevista (*ibidem*).

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados foi realizada mediante autorização dos participantes, através do consentimento informado, quer com a assinatura dos participantes, quer através da impressão digital (no caso dos idosos analfabetos).

As entrevistas às funcionárias foram realizadas em 9 de Dezembro de 2009 e o questionário foi aplicado aos idosos entre os dias 16 e 17 Dezembro de 2009.

Com o diagnóstico feito a partir da análise dos dados conseguidos através dos questionários e das entrevistas, o projecto seguiu o seu planeamento. Assim, com base nestes dados e conhecidas as necessidades dos participantes, foram definidas as actividades a desenvolver:

- *Viver melhor com a diabetes mellitus para idosos e família.*
- *Viver melhor com doenças do coração e hipertensão arterial para idosos e família.*
- *Viver melhor com doenças dos ossos para idosos e família.*
- *Atelier Saúde e Bem estar para idosos e família.*

Após cada actividade realizada com os idosos e seus familiares foram aplicados questionários (Anexo n.º 9). O objectivo dos questionários foi perceber como os idosos se sentiram e se realmente foram estimuladas as suas relações familiares. Com efeito, o objectivo dos questionários é a análise de um fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão (Quivy & Campenhoudt, 1995). Os questionários que se aplicaram serviram para avaliar o impacto das actividades nas relações familiares, para além de avaliar a actividade na sua globalidade. Realizada desta maneira a avaliação inscreve-se no paradigma experimental uma vez que está orientada para o objectivo específico e para a tomada de decisões (Serrano, 2008).

Nas sessões de informação sobre as principais patologias dos idosos participantes recorreu-se à partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas, tendo-se tirado conclusões que foram apresentadas no *Atelier*. Em todas as sessões de informação foram desenvolvidos trabalhos de grupo com os idosos e seus familiares que foram expostos no *Atelier Saúde e Bem-estar* a 10 de Abril de 2010 e novamente na *ExpoLuzia* a 3 de Agosto de 2010, sendo que os mesmos ficaram acessíveis a toda a população.

A pretexto de elaboração de um trabalho de grupo sobre as questões tratadas para ser exposto, fomentou-se o espírito participativo e a interacção entre os idosos e seus familiares.

Com o desenrolar do trabalho, vários foram os momentos memoráveis, dotados de sucesso. O contributo dos participantes (idosos e sua família) foi por vezes limitativo, tendo sido também clarificado que os participantes poderiam avaliar o projecto. Neste sentido foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a alguns idosos (Anexo n.º10). Previamente à aplicação destas entrevistas, foi feita a entrevista *pré-teste*, a qual deu origem a algum contorno no guião da entrevista final, o qual se teve de adaptar às características dos participantes.

3.3. Cronologia das actividades

Este projecto decorreu ao longo do ano lectivo 2009/2010.

As autorizações foram conseguidas em Maio de 2009 e em Dezembro 2009 foram aplicados os primeiros instrumentos de recolha de dados para diagnóstico. A divulgação e as actividades realizadas com os idosos e seus familiares desenrolaram-se entre Janeiro e Abril de 2010. Em Agosto de 2010 realizou-se novamente um encontro para divulgação dos trabalhos realizados.

Toda a investigação deve ser organizada numa sequência cronológica, de forma a facilitar a organização pessoal, profissional e a mobilização atempada de recursos, pelo que a elaboração de um cronograma das actividades (Anexo n.º 11) é indispensável.

A apresentação cronológica das actividades mostra que as actividades reúnem condições para serem atractivas e exequíveis para os participantes, são realistas, são económicas, estão espaçadas no tempo e têm conteúdos de interesse (Serrano, 2008), como se pode verificar na lista seguinte:

- *Viver melhor com a diabetes* para idosos e família, dia 29 de Janeiro de 2010, das 16 às 17:30 horas na Associação Ancora (Apêndice n.º 1).
- *Viver melhor com doenças do coração e hipertensão arterial* para idosos e família, dia 26 de Fevereiro de 2010, das 15 às 16:30 horas na Associação Ancora (Apêndice n.º 2).

- *Viver melhor com doenças dos ossos* para idosos e família, dia 26 de Março de 2010, das 15 às 16:30 horas na Associação Ancora (Apêndice n.º 3).
- *Atelier Saúde e Bem-Estar*, dia 10 de Abril de 2010, a partir das 14 horas, na Associação Âncora (Apêndice n.º4).

No *Atelier Saúde e Bem-Estar* participaram de forma integrada quatro gabinetes distintos: Gabinete de Enfermagem, Gabinete de Beleza, Gabinete de Massagens e Gabinete de Lazer que funcionaram em simultâneo. Este atelier contou com a ajuda voluntária de funcionários da Associação (Dra. Luísa Gomes, Dra. Cláudia Louvado, mestranda/enfermeira, esteticista Adriana Cuza, massagista Margarida e fadista Marcos Soares).

3.4. Recursos utilizados

Aqui se faz referência aos recursos necessários ao prosseguimento da investigação. Os recursos (anexo n.º 12) estão organizados em quatro categorias: recursos temporais, espaciais, materiais e humanos em conformidade com as necessidades das actividades realizadas.

Os recursos temporais são aqueles que são imprescindíveis para o decorrer do processo, pelo que são considerados os horários das Actividades.

Os recursos espaciais são aqueles que devem apresentar acesso fácil, livre e devem reunir condições necessárias para a realização das actividades sem que sejam interrompidas. As salas utilizadas devem ser espaçosas para que caibam os utentes e famílias, devem ser bem iluminadas, com fichas eléctricas para ligação de aparelhos electrónicos.

A maior parte dos recursos humanos são voluntários, pelo que a sua disponibilidade é limitativa.

Os recursos materiais foram cedidos pela Associação ou comprados pela investigadora. O material de som foi emprestado pela Câmara Municipal de Tavira, bem como um projector de dados que foi emprestado pela Junta de Freguesia de Santa Luzia.

4. APLICAÇÃO/ EXECUÇÃO

A fase de execução respeita ao período em que se cumpre aquilo que se planeou e se torna real o que foi planeado durante tanto tempo (Serrano, 2008).

4.1. Divulgação

Para se dar a conhecer a existência de actividades e intervenções é necessária uma divulgação adequada.

Assim, após a apresentação da investigação aos idosos no projecto *Espaço e Companhia*, a investigação foi formalmente divulgada aos familiares através da entrega pessoal de uma carta. Investigadora e funcionária da Associação foram, durante o dia de 20.01.2010, entregar pessoalmente as cartas ao familiar de referência dos idosos.

Para além da divulgação das actividades em cartaz (Anexo n.º 13) nos locais de maior acessibilidade da Associação, na semana precedente a cada actividade, foram também entregues convites aos idosos que estes entregaram à sua família dois dias antes de cada actividade.

Para além destes contactos, foram também feitos contactos telefónicos com o familiar de referência, no dia anterior a cada actividade.

4.2. Actividades desenvolvidas para idosos/família

Uma vez tomada a decisão de realizar actividades para idosos e família, tornou-se indispensável realizar a sua planificação. A planificação das actividades implica saber com o que se pode contar, qual o ponto de partida e que procedimentos vou utilizar para alcançar os objectivos (Serrano, 2008). Portanto, perante as necessidades identificadas foi feito um plano para cada actividade a desenvolver, a que chamei plano de sessão.

Actividade *Viver melhor com a diabetes mellitus* (Apêndice n.º 1)

Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação de familiares nas actividades da associação; • Conhecer estratégias para melhorar a qualidade de vida do idoso com diabetes; • Promover continuidade dos cuidados familiares ao idoso com diabetes; • Esclarecer dúvidas acerca da diabetes a idosos/familiares.
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Pelas 16 horas: gabinete de apoio ao idoso/família. <p>- Avaliação de glicémia capilar, peso corporal dos idosos/familiares, esclarecimento de dúvidas e prestação de apoio individual;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelas 17 horas: <p>- Sessão de informação sobre <i>viver melhor com a diabetes</i> com recurso a <i>powerpoint</i>.</p> <p>- Mesa de exposição com alimentos em tamanhos adequados para manter uma alimentação apropriada ao idoso diabético.</p> <p>- Realização de trabalho de grupo: pirâmide alimentar, com idosos/famílias.</p> <p>- Partilha de experiências entre os idosos/famílias/equipa.</p>
Presença nas sessões	<ul style="list-style-type: none"> • 15 idosos, 6 familiares de idosos, 3 funcionárias da Associação
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de trabalho de grupo: pirâmide alimentar, com idosos/famílias • Aplicação de questionário no dia útil seguinte à actividade.

Actividade *Viver melhor com as doenças do coração e a hipertensão* (Apêndice n.º 2)

Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular participação de familiares nas actividades da associação; • Promover encontros sobre doenças que afectam os idosos de forma a incluir a família; • Esclarecer dúvidas acerca da hipertensão e doenças do coração a idosos/familiares.
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Pelas 15 horas: gabinete de apoio ao idoso/família. <p>- Avaliação de tensão arterial, peso corporal, índice de massa corporal dos idosos/familiares, esclarecimento de dúvidas e prestação de apoio;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelas 16 horas: <p>- Sessão de informação sobre <i>viver melhor com a hipertensão e doenças do coração</i> através do recurso a <i>powerpoint</i>.</p> <p>- Realização de trabalho de grupo: “posso ajudar o meu coração, por isso devo (...) e não devo (...)” com preenchimento de frases.</p> <p>- Partilha de experiências entre os idosos/famílias/equipa.</p>
Presença nas sessões	<ul style="list-style-type: none"> • 10 idosos, 7 familiares de idosos, 2 funcionárias da Associação
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de trabalho de grupo: “Posso ajudar o meu coração, por isso devo (...) e não devo (...)” com preenchimento de frases por idosos/família. • Gravação audiovisual de idosos. • Aplicação de questionário no dia útil seguinte à actividade.

Actividade *Viver melhor com doenças dos ossos* (Apêndice n.º 3)

Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação de familiares nas actividades da associação; • Inserir a família nos cuidados prestados aos idosos na Associação; • Estimular a continuidade dos cuidados aos idosos pelos familiares; • Promover a relação familiar entre idosos/família na Associação; • Esclarecer dúvidas acerca das doenças dos ossos e articulações a idosos/familiares.
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Pelas 15 horas: gabinete de apoio ao idoso/família. <p>- Avaliação de tensão arterial, peso corporal, glicemia capilar, força e avaliação das mãos (despiste de doenças dos ossos) dos idosos/familiares;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelas 16 horas: <p>- Sessão de formação sobre <i>Viver melhor com as doenças dos ossos</i> através do recurso a <i>powerpoint</i>, projectados em data-show.</p> <p>- Realização de exercícios que melhorem a condição das articulações dos idosos/família.</p> <p>- Partilha de experiências entre os idosos/famílias/equipa.</p>
Presença nas sessões	<ul style="list-style-type: none"> • 16 idosos, 5 familiares de idosos, 2 funcionárias da Associação
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de trabalho de grupo com colagem de tópicos essenciais. • Esclarecimento de dúvidas. • Gravação audiovisual de idosos. • Aplicação de questionário no dia útil seguinte à Actividade.

Atelier Saúde e bem estar (Apêndice n.º 4)

Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação de familiares de idosos nas actividades da Associação; • Promover momentos de lazer, saúde e bem estar aos idosos e seus familiares; • Mostrar os trabalhos realizados pelos idosos/familiares no decorrer das actividades;
Apresentação	<p><u>Sala 1: Entrada:</u> Aperitivos e apresentação do atelier</p> <p>Momento em que a Dra. Luísa e Dra. Cláudia recebiam idosos e seus familiares, em que apresentavam o Atelier e distribuíaam os idosos pelos Gabinetes.</p> <p><u>Sala 2:</u> Gabinete de Enfermagem (das 14 horas às 16:30 horas)</p> <p>Na sala em que estavam expostos os trabalhos realizados pelos idosos, simultaneamente passava um filme com as imagens conseguidas ao longo das sessões alusivas aos idosos e familiares. Neste Gabinete, a investigadora exercia a sua função enquanto enfermeira e oferecia cuidados de saúde primários aos interessados, nomeadamente: avaliação de tensão arterial, glicemia capilar, peso corporal; ensino de técnicas, esclarecimento de dúvidas. Foi também neste gabinete que foi oferecido um livro de saúde a todos os idosos participantes da investigação.</p> <p><u>Sala 3:</u> Gabinete de massagem (das 14:00 às 17 horas)</p> <p>Neste Gabinete, a participação foi mediante as necessidades dos idosos/familiares. A Massagista optou por recorrer a massagem individual onde prevalecia um momento relaxante, íntimo e terapêutico, ou à massagem localizada, em que várias idosas puderam usufruir da massagem simultaneamente.</p> <p><u>Sala 4:</u> Gabinete de beleza: manicura e maquilhagem (das 15 às 17 horas)</p> <p>Momento em que idosos e seus familiares foram mimados nos cuidados com a beleza. Neste gabinete, a participação de mulheres foi realçada, sendo que deu resposta a muitos pedidos de embelezamento e hidratação facial.</p> <p><u>Sala 5:</u> Entretenimento com fadista Marcos Soares (das 17:30 às 18:30 horas) e Lanche.</p> <p>Neste Gabinete, o lazer ficou à responsabilidade do Sr. Marcos Soares que apelou à</p>

	sensibilidade dos idosos/família com os seus fados característicos e alusivos à Vila de Santa Luzia.
Presença nas sessões	<ul style="list-style-type: none"> • 12 idosos, 6 familiares de idosos, 4 funcionárias da Associação, População em geral
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • A aplicação de questionário no dia útil seguinte à Actividade

4.3. Avaliação das actividades desenvolvidas

A avaliação é um componente do processo de planeamento (Guerra, 2007).

Todas as investigações têm necessariamente um *plano de avaliação* que se estrutura em função do desenho da investigação-acção e é acompanhado de mecanismos de auto-controlo que permitem, de forma rigorosa, ir conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajectórias caso estas sejam inadequadas (Guerra, 2007).

Os investigadores avaliam tanto a mudança como o seu processo. Se no processo de avaliação, os investigadores identificam uma necessidade para mudar na prática, fá-lo-ão e continuam a avaliar a implementação da mudança provocada (Streubert & Carpenter, 2002).

Neste projecto foram feitas as avaliações das actividades por meio da realização de trabalhos de grupo e da aplicação de questionários aos idosos participantes. Com base nos trabalhos de grupo realizados após cada actividade, conseguiu-se avaliar a eficácia das mesmas. Na elaboração dos trabalhos de grupo avaliou-se a importância que os idosos deram às actividades, de que forma as actividades foram aproveitadas pelos idosos e seus familiares, bem como o interesse com que os idosos/família se mantiveram ao longo das actividades de forma a dar resposta ao trabalho de grupo.

Os questionários aplicados aos idosos que participaram nas actividades revelaram aspectos importantes para a investigação, pois deram resposta a uma série de questões fechadas ou abertas que deram a conhecer o impacto das actividades nas relações familiares dos idosos participantes. Destes questionários conseguiu-se apurar que, para a maioria dos idosos, a relação familiar é crucial para o seu bem-estar, que a presença de

familiares nas sessões foi apreciada e encorajadora e ainda que para os idosos seria importante que se continuassem a promover actividades com a família para se conseguir fortalecer as relações familiares.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

5.1. Dados recolhidos nos questionários

5.1.1. Avaliação da Actividade *Viver melhor com a diabetes mellitus*

Através da aplicação do questionário aos dez idosos que participaram na sessão de saúde, para avaliação da actividade realizada, conheceram-se os seguintes resultados.

Esta actividade agradou a 100% dos idosos presentes e vários foram os motivos, nomeadamente:

- *Aprendi coisas novas.* (A, J)
- *Haviam muitas pessoas diferentes e cada uma disse uma coisa diferente* (B)
- *Eu e a minha filha aprendemos coisas novas.* (B, J)
- *Aprendemos qual a alimentação mais correcta para os diabéticos.* (C, B, I)
- *Foi a primeira vez que se juntaram idosos e famílias para se falar dos problemas de saúde.* (J)

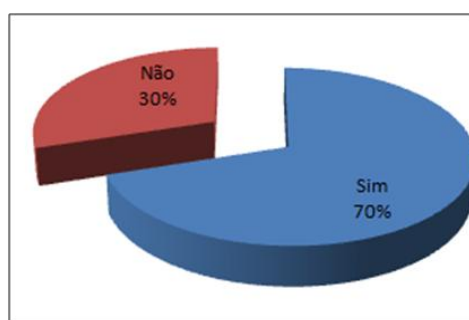
Igualmente os dez idosos que participaram na actividade consideraram que o tema teve utilidade, pelos seguintes motivos:

- *Sou diabética.* (A, B)
- *É a minha filha que cozinha para mim, foi óptimo ela participar* (B)
- *Porque ensina aos idosos e sua família o que fazer numa alimentação adequada para os diabéticos.* (B)

- *Porque nos ensinou a cozinhar comida sã, que não agrava as doenças se seguirmos as indicações (D).*
- *Porque ensina aos idosos e sua família o que fazer numa alimentação adequada para os diabéticos (F).*

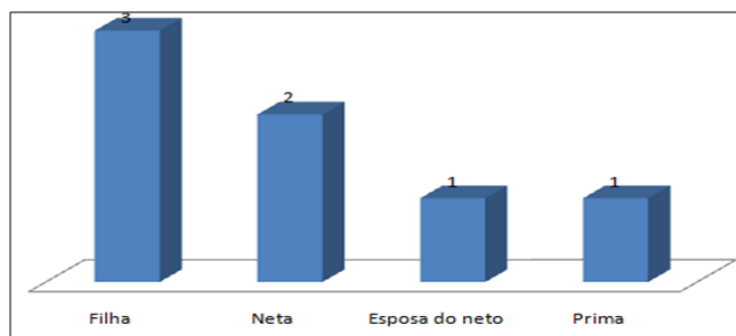
Quando se questiona se alguém da família acompanhou os dez idosos na actividade, a resposta é maioritariamente positiva, como se verifica no gráfico n.º 20 que se segue:

Gráfico n.º 20- Resposta de 10 idosos à questão *Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo(a), nesta sessão?*



Na actividade sete idosos tiveram a companhia do seu familiar, sendo eles a *filha, a neta, a esposa do neto e a prima*, tal como se verifica no gráfico n.º 21, que se segue.

Gráfico n.º 21 - Familiar que acompanhou a pessoa idosa na actividade

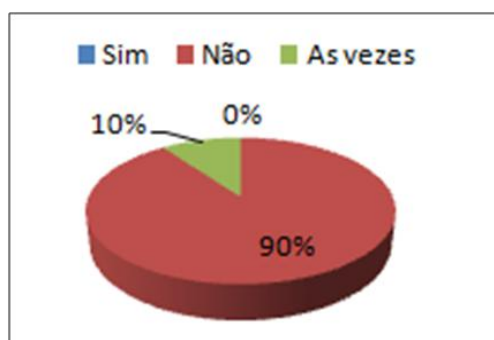


Neste gráfico salienta-se o facto dos familiares que acompanharam os idosos serem todos do género feminino, o que vai ao encontro do que a maioria dos autores defende, pois o cuidar do idoso está com mais frequência associado às mulheres.

Porém, apesar da forte adesão a esta actividade, os dez idosos relatam que esta situação não é frequente, dado que na questão *Costuma ser acompanhado(a) por algum familiar*

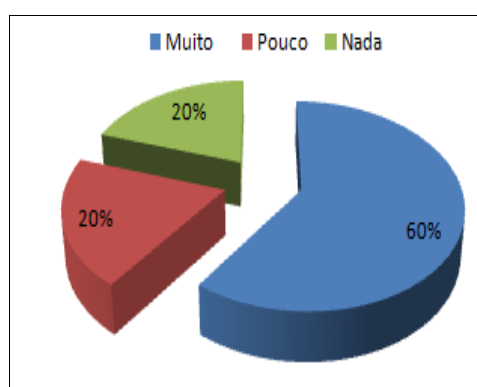
na realização das actividades, aqui na Associação? as respostas mostram a fraca adesão familiar nas actividades, tal como se pode verificar no gráfico n.º 22, que se segue:

Gráfico n.º 22 - Resposta de 10 idosos à questão: *Costuma ser acompanhado(a) por algum familiar na realização das actividades, aqui na Associação?*



Verifica-se que, normalmente, os idosos não são acompanhados pela família na realização de actividades na Associação. Porém, esta actividade contou com a presença de muitos familiares. Tornou-se importante perceber se esta actividade iria melhorar a comunicação entre idosos e seus familiares, com o recurso à questão *Considera que esta sessão poderá ajudá-lo a conversar sobre este tema com o seu familiar?* Os resultados obtidos relativamente a esta questão apresentam-se no gráfico n.º 23, que se segue:

Gráfico n.º 23- Resposta de 10 idosos à questão: *Considera que esta sessão poderá ajudá-lo a conversar sobre este tema com o seu familiar?*



A justificação da resposta à questão anterior é variada, pois para aqueles que responderam que a comunicação pode ser beneficiada, o motivo está basicamente associado à partilha de conhecimentos e à transmissão de informação:

- *Assim ela [a filha] também já sabe o que posso e não posso comer. (A, J)*

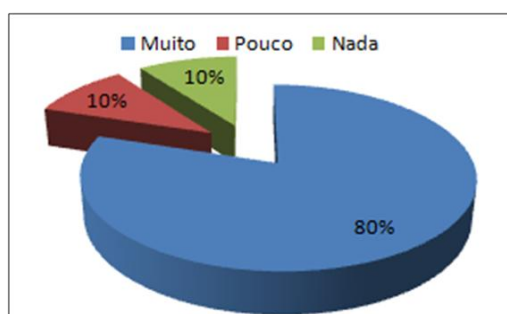
- *Como tenho vários problemas de saúde, elas gostam de estar informadas sobre uma alimentação correcta. (D)*
- *Porque, por vezes, como coisas que me fazem mal por falta de informação e assim, conversando sobre a alimentação mais correcta, já me chamam a atenção. (E, J)*
- *Porque tudo o que se passa na associação é conversado com a minha família e a informação sobre a diabetes é importante. (H)*
- *Porque estou sozinha, estou pouco tempo com ela. Mas pelo menos assim temos tema de conversa. (I)*

Para os idosos que referem que o tema os ajudará *pouco* ou *nada* na comunicação com a família, os motivos prendem-se essencialmente com a falta de comunicação já existente no seio da família:

- *Não tenho esse tipo de conversas com a minha família. (C)*
- *Só falo com o médico ou auxiliar da Associação. (C)*
- *Porque quando converso com a família sobre o assunto respondem-me que sabem qual a alimentação correcta e não precisam de conselhos da idosa. (H)*

Relativamente à questão *parece-lhe importante que a sua família participe nas actividades desta Associação?* as respostas são esclarecedoras da importância que os idosos atribuem à participação da família nas actividades, tal como se pode ver no gráfico n.º 24 que se segue:

Gráfico n.º 24 – Resposta de 10 idosos à questão: *Parece-lhe importante que a sua família participe nas actividades desta Associação?*



A justificação da importância da participação da família nas actividades está apresentada seguidamente:

- *Passamos mais tempo juntas.* (A, J)
- *Partilhamos as mesmas experiências.* (B)
- *É sempre bom estar com a família.* (B, I)
- *Sabemos as mesmas coisas para não discutirmos.*(B, J)
- *Para se aperceberem das minhas dificuldades.* (D, E, F)
- *Gostava de ter o apoio deles nas actividades.* (D)
- *Para nos ajudarem [a família].* (E, F)

Quando os idosos respondem à questão *Pensa que a relação com a sua família poderá ficar mais forte após a partilha de experiências como esta?* as respostas são idênticas às representadas no gráfico n.º 24. Assim, para os oito idosos que consideram que a relação familiar poderá ficar mais forte, os motivos são vários:

- *Temos mais assuntos para conversar.* (A)
- *Passamos mais tempo juntos.* (A)
- *Já não estava com esta filha há quase um mês [reaproximação].* (A)
- *Porque, sendo as sessões acompanhadas pelas famílias, elas sempre nos recordam de coisas que nos esquecemos, como uma boa alimentação.* (C)
- *Com a participação da minha família, sentia-me mais realizada e com auto-estima mais elevada.* (F)
- *Depois da Associação, vamos ter com a família e se eles não tiverem conhecimento, podem dar alimentos que nos fazem mal.*(J)

Para os idosos que consideram que a relação familiar não sofrerá alterações com as actividades conjuntas, os motivos são basicamente o isolamento social, a exclusão do idoso da participação familiar e a falta de comunicação entre idosos e sua família.

- *A família já está bem informada.* (G)
- *Porque eles não ligam ao que eu digo. Dizem que a minha opinião não conta.* (H)
- *Mesmo que ela venha, depois vai para a casa dela e eu para a minha.* (I)

Com base no resultado da avaliação desta actividade torna-se claro que se trata de uma metodologia que estimula a participação familiar dos idosos nas actividades e fomenta o fortalecimento das relações. Por um lado, verifica-se a presença incomum de mais

familiares nas actividades, por outro lado conseguiu-se uniformizar conhecimentos que promovem a saúde e a comunicação entre os membros da família.

5.1.2. Avaliação da Actividade *Viver melhor com a hipertensão de doenças do coração*

Para avaliação da actividade realizada foi feita a aplicação do questionário aos quinze idosos que participaram na sessão de saúde e analisaram-se os resultados.

Esta actividade agradou *muito* a catorze idosos e agradou *pouco* a um idoso. Os idosos que consideraram que a actividade lhes agradou muito, apresentaram a respectiva justificação:

- *Estou disponível para aprender coisas sobre saúde.* (A)
- *A explicação sobre alimentação foi adequada.* (C, D, E, G, J, K, M)

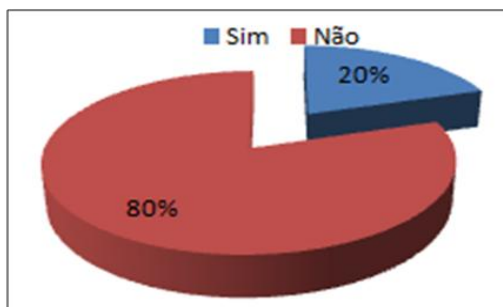
Por outro lado, o idoso que gostou pouco da actividade, justifica-se com *já não tenho cabeça para aprender* (I).

No que diz respeito ao interesse do tema abordado, 100% dos participantes idosos consideraram-no *muito* útil, por diversos motivos:

- *Para aprender a comer melhor.* (A, B, C, F, G, J, L, N)
- *Para ter uma saúde melhor.* (A, B, D, H, L)
- *Explicar à minha filha que a refeição, nem sempre é a mais correcta.* (D)
- *Porque em casa, com a família, sempre que fazem algo que não é aconselhável, lhes digo para não fazer.* (I)
- *Tenho a tensão alta.* (O)

No que diz respeito à participação da família nas actividades, verificou-se que apenas três idosos tiveram a companhia de familiares, como se pode constar no gráfico n.º 25 que se segue:

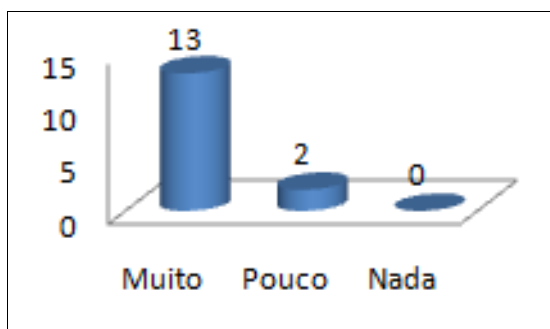
Gráfico n.º25 – Resposta de 15 idosos à questão *Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo(a), nesta sessão?*



Os idosos que tiveram a participação da família na actividade, contaram com a presença de *duas filhas* de pessoas idosas e *uma neta* de pessoa idosa. Apesar de uma pequena percentagem de idosos serem acompanhados pela família, a resposta à questão *Costuma ser acompanhado(a) por algum familiar na realização das actividades, aqui na Associação?* indica que 100% dos idosos não costuma ser acompanhado pela família.

Apesar desta habitual fraca adesão familiar, é notório que para os idosos a actividade pode ajudá-los a melhorar a sua relação familiar, tal como revela o gráfico n.º 26 que se segue:

Gráfico n.º26 - Resposta de 15 idosos à questão *Considera que esta sessão poderá ajudá-lo a conversar sobre este tema com o seu familiar?*



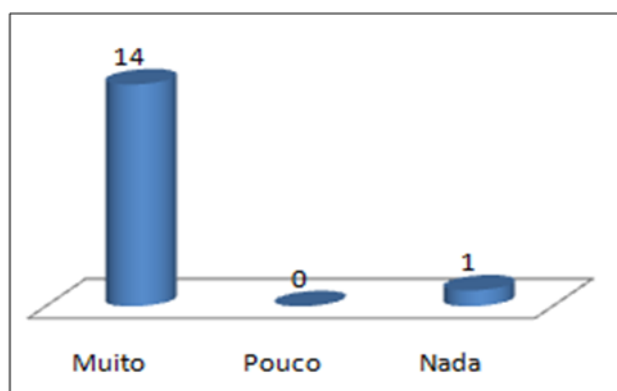
Vários foram os motivos enumerados pelos idosos para justificarem a sua resposta:

- *Para poder conversar com a família sobre a alimentação adequada.* (A, B)
- *Assim eles não têm de se preocupar tanto.* (B)
- *É útil para conversarmos em família. (principalmente nas refeições, quando estamos todos juntos).* (D)

- *Para chamar a atenção da família.* (I)
- *Para a família saber como estou de saúde.* (L, N)
- *Ter mais conhecimento e partilhar a mesma experiência com a família.* (O)

Relativamente à questão *Parece-lhe importante que a sua família participe nas actividades desta Associação?*, os idosos mostraram a importância que lhes atribuem, o que está representado no gráfico n.º 27, que se segue:

Gráfico n.º 27- Resposta de 15 idosos à questão: *Parece-lhe importante que a sua família participe nas actividades desta Associação?*

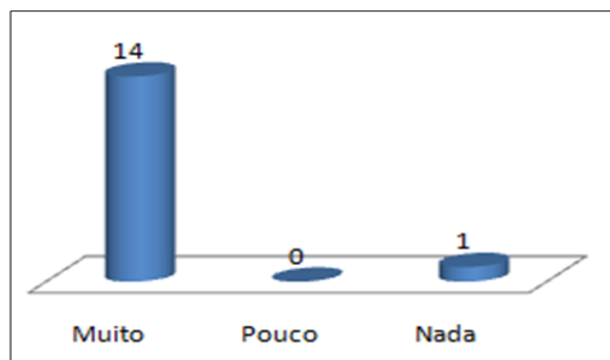


Os motivos referidos pelos idosos que atribuem importância à participação da família nas actividades são os seguintes:

- *Para conhecerem as minhas dificuldades reais.* (A, F, G, H, I, J, K)
- *Porque às vezes esqueço-me de alguns cuidados.* (B)
- *Para a família aprender e ajudar.* (B, D, O)
- *Para fazerem as actividades comigo.* (I, N)

Quando se coloca a questão *Pensa que a relação com a sua família poderá ficar mais forte após a partilha de experiências como esta?*, os resultados obtidos são idênticos aos anteriores, sendo que estão representados no gráfico n.º 28, que se segue:

Gráfico n.º 28- Resposta de 15 idosos à questão: *Pensa que a relação com a sua família poderá ficar mais forte após a partilha de experiências como esta?*



As razões que levam os idosos a considerarem que a relação familiar poderá ficar mais forte após a realização de actividades, são as seguintes:

- *Para conhecer as nossas dificuldades e ajudar.* (A, B, N, O)
- *Após se conversar sobre as doenças, a família pode ajudar.* (C)
- *Podemos ter temas de conversa.* (D, E, F)
- *Porque a família se preocupa.* (H)
- *Para conhecerem as nossas dificuldades.* (I, J, L)
- *Diminuir as discussões.* (J)
- *Para entenderem melhor o meu sofrimento.* (K)
- *Penso que tudo o que faço, a minha família não liga e não gosta.*(M)
- *Passar mais tempo com a família na Associação.* (O)

Pode-se, portanto, concluir que esta actividade correspondeu aos objectivos previstos, trouxe à Associação alguns familiares de idosos, conseguindo fortalecer as relações familiares.

5.1.3. Avaliação da actividade *Viver melhor com doenças dos ossos*

Dos dezasseis idosos que participaram na actividade, 100% responderam que gostaram *muito* desta sessão e os motivos foram os seguintes:

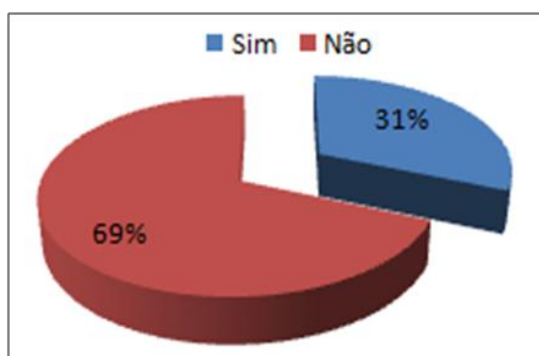
- *Aprendi muitas coisas sobre ossos e doenças dos ossos.* (A, B, D, F, G, H, L, N, P)
- *Fiz exercício para melhorar as dores dos ossos.* (B, N, O)
- *Ajudou a viver melhor com as dores e doenças dos ossos.* (C, J)

Também 100% dos participantes idosos responderam que o tema abordado tem *muita* utilidade para eles, porque:

- *Sou idosa.* (A, I, N)
- *Porque os idosos têm muitas dores nos ossos.* (A)
- *Pelas dores e doenças dos ossos que tenho.* (C, D, G, H, J, K, N, O, P)
- *Aprendi coisas novas para prevenir as quedas.* (E)
- *Aprendi exercícios para melhorar o movimento.* (F)
- *Aprendi a viver com doenças dos ossos.* (I, L)

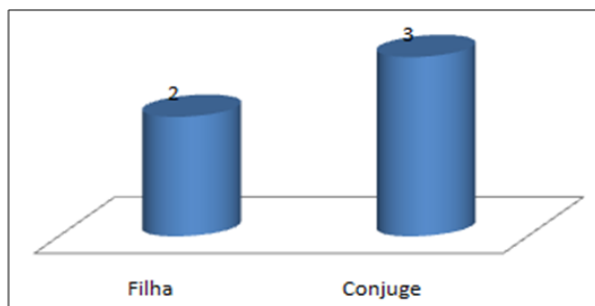
À questão *Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo (a) na actividade?*, cinco idosos responderam afirmativamente, onze idosos referiram que não, sendo que os resultados estão apresentados no gráfico n.º 29 que se segue.

Gráfico n.º 29 - Resposta de 16 idosos à questão *Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo (a) na actividade?*



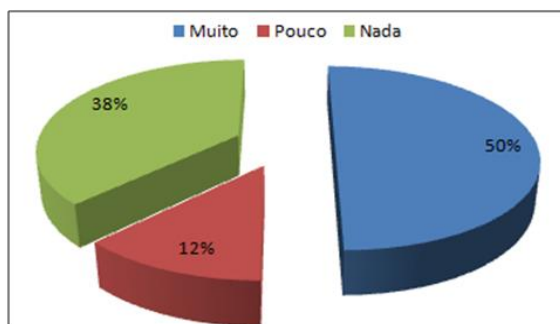
Os cinco idosos que contaram com a participação da família na actividade foram acompanhados pela *filha* e pelo *cônjuge*, tal como se pode ver no gráfico n.º 30 que se segue.

Gráfico n.º 30 - Resposta de 5 idosos que identificaram o familiar que participou na actividade.



Apesar da fraca adesão familiar nesta actividade, oito dos dezasseis idosos referem que a sua família costuma participar nas actividades que contam com a presença de *filhos, filhas, netas, neto, cônjuge* ou *nora*.

Quando se questiona: *Considera que esta actividade o poderá ajudar a conversar com o seu familiar?* Obtém-se respostas díspares como está represando do gráfico n.º 31, que se segue.

Gráfico n.º 31 - Resposta de 16 idosos à questão *Considera que esta actividade o poderá ajudar a conversar com o seu familiar?*

Assim, 50% dos idosos considera que esta actividade poderá ajudá-lo a conversar com os seus familiares, enquanto que 12% dos idosos considera que a actividade pode ajudar pouco e 38% considera que a actividade não o vai ajudar nada a conversar com os seus familiares. Nota-se que no grupo dos 50% que consideram que a actividade poderá ajudar muito, estão os cinco idosos que contaram com a participação da família na actividade.

Os idosos que consideram que a actividade o poderá ajudar *muito*, referem os seguintes motivos:

- *Ajuda-me a compreender melhor os concelhos da familiar.* (G)
- *Transmito as sugestões da enfermeira, para a família as seguir.* (F)
- *A família devia vir para aprender.* (E)
- *Quando chego a casa converso com a família.* (F)
- *Partilhar experiências para ser lembrada pela família.* (H)
- *Obtemos o mesmo nível de conhecimentos.* (I)
- *Para ter apoio mútuo.* (O)
- *Permite-nos um diálogo melhor.* (P)

Os idosos que consideram que a actividade o poderá ajudar pouco, referem os seguintes motivos:

- *A família não sabe conversar sobre estes temas.* (E, N)
- *Família sem tempo para falar destas coisas.* (J)
- *A família não quer saber.* (M)

Os idosos que consideram que a actividade não os poderá ajudar, referem os seguintes motivos:

- *A minha filha não me ouve.* (A, N)
- *Ninguém da família veio à sessão.* (B, C)
- *A familiar não sabe do que se falou (não compareceu).* (D)
- *A família pensa que a idosa não aprende nada.* (D)

Apesar das justificações supracitadas torna-se óbvia a extrema importância que os idosos dão à participação da família nas actividades, pois 100% dos idosos participantes responderam que *lhes parece muito importante que a sua família participe nas actividades desta Associação*. Os motivos que justificam estas respostas são vários, destacando-se a aproximação familiar e a necessidade de apoio das pessoas idosas.

Assim, no que diz respeito à aproximação familiar, as pessoas idosas destacam:

- *Para haver mais relação com a família.* (B, M)
- *Para partilhar experiências com a família.* (B, P)
- *Para a família nos fazer companhia.* (C)
- *Para a família passar mais tempo na Associação.* (C)

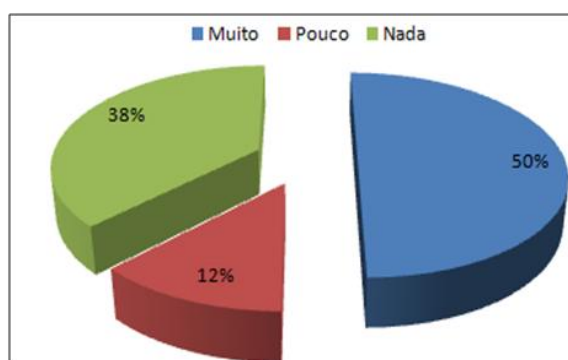
- *Para estarmos mais tempo com a família.* (D, G)

No que diz respeito à necessidade de apoio das pessoas idosas, estas destacam:

- *Para conhecerem as minhas dificuldades.* (E, I)
- *Para haver continuidade dos cuidados aprendidos e sugeridos nas sessões, também em casa.* (F, H, I, J, K)
- *Para sentir mais apoio.* (L)
- *Para a família também estar dentro dos assuntos.* (N)
- *Para a família ajudar mais.* (O)

Quando os idosos são questionados sobre o que pensam acerca da relação familiar ficar mais forte com a partilha de experiências como esta, as respostas são claras e estão apresentadas no gráfico n.º 32 que se segue.

Gráfico n.º 32 – Resposta de 16 idosos à questão: *Pensa que a relação com a sua família poderá ficar mais forte após a partilha de experiências como esta?*



No grupo dos 50% que consideram que a actividade fortalece *muito* as relações familiares estão incluídos aqueles que tiveram a participação do familiar na actividade e os outros idosos que partilham da mesma opinião.

O grupo dos 50% que consideram que a actividade fortalece *muito* as relações familiares, refere os seguintes motivos:

- *Para conversar/ discutir assuntos interessantes.* (B, G, N, O, P)
- *Para se falar em casa, das coisas que faço aqui.* (C, O)
- *Para conhecerem as limitações e colaborar mais.* (E, I)

- *A família unida, consegue melhores resultados.* (F, O)
- *Ter mais assuntos e o conhecimento ser idêntico.* (H)
- *Permitia uma ajuda mútua.* (L)
- *Promove relação familiar.* (N, P)

O grupo dos 12% que consideram que a actividade fortalece *pouco* as relações familiares, refere os seguintes motivos:

- *Podíamos sentir-nos melhor juntos.* (A)

O grupo dos 38% que consideram que a actividade não fortalece as relações familiares, refere os seguintes motivos:

- *Não vieram, se viessem ajudava.* (D, J, K, M)

Esta foi uma actividade que decorreu sem problemas, a participação de idosos e familiares foi positiva e conseguiu-se atingir os objectivos propostos. Quer através da participação de idosos e seus familiares, quer na estimulação da saúde e bem-estar nos idosos, quer na estimulação de relações familiares dos idosos.

5.1.4. Avaliação do Atelier Saúde e Bem Estar

Esta actividade foi a mais complexa, porque apesar de ser dirigida a idosos e família foi também oferecida à comunidade. Nesta actividade participaram treze idosos utentes do centro de dia, sendo que contámos com a colaboração de outros idosos em SAD.

Os treze idosos utentes do centro de dia que participaram, consideraram que gostaram muito da actividade desenvolvida pelos seguintes motivos:

- *Fiz muitas coisas interessantes.* (A, C, D, E, G, H, I, L)
- *Forma de passar o dia muito agradável.* (A, L)
- *Fiz uma massagem.* (F)
- *Cantei com o fadista.* (C)

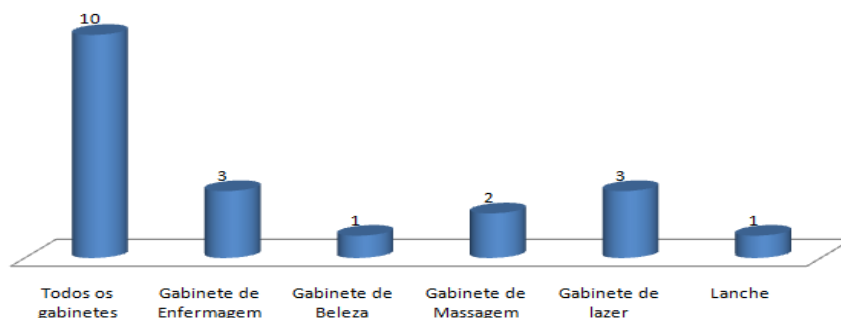
- *Foi muito útil para o meu bem estar.* (H, M)
- *Havia muitas actividades saudáveis.* (K, M)

Para os treze idosos participantes, todos consideraram que os gabinetes tiveram muito interesse, pois:

- *Tinham actividades interessantes e importantes para nos sentirmos bem.* (A, D, F, G, I, L, M)
- *Havia actividades como: massagens, gabinete saúde, pinturas e o fado.* (A, E)
- *Ver os valores da T.A., glicemia, peso.* (B, C, E, F, J, K, M)
- *Aprendi coisas novas.* (B, E, H)
- *Fiz uma massagem.* (B, C, E, J, K)
- *Vi os nossos trabalhos manuais expostos.* (C, E)
- *Fiz uma limpeza à pele /Maquilharam-me com a esteticista.* (C, E, J, K, M)
- *Actividades para nos divertirmos e passarmos tempo juntos.* (D)
- *Foram bons miminhos para mim e para a minha saúde.* (F)

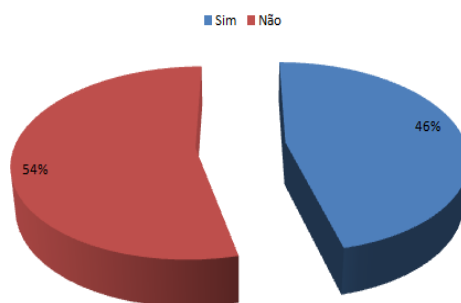
Por haver diferentes gabinetes, tornou-se importante averiguar quais os preferidos pelos participantes. As respostas são apresentadas no gráfico n.º 33 que permite identificar os gabinetes dedicados à saúde e ao lazer como os preferidos pela maioria dos participantes.

Gráfico n.º 33 - Resposta de treze idosos à questão *O que mais lhe agradou neste atelier?*



Para se analisar a presença de familiares no Atelier, foi colocada a questão *Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo(a), neste dia?* e as respostas estão apresentadas no gráfico n.º 34, que se segue:

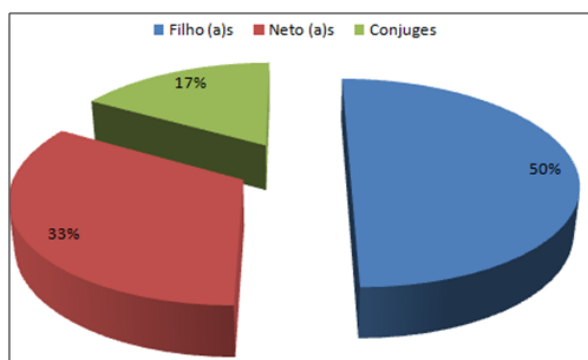
Gráfico n.º 34 - Resposta de treze idosos à questão: *Esteve alguém da sua família a acompanhá-lo(a), neste dia?*



Com este gráfico verifica-se que a percentagem de familiares de idosos a participar na actividade foi elevada, o que revela uma maior disponibilidade familiar.

Os familiares que acompanham os idosos são, essencialmente *filhos(as)*, *netos (as)* e *cônjuges*, tal como se verifica no gráfico n.º 35 que se segue.

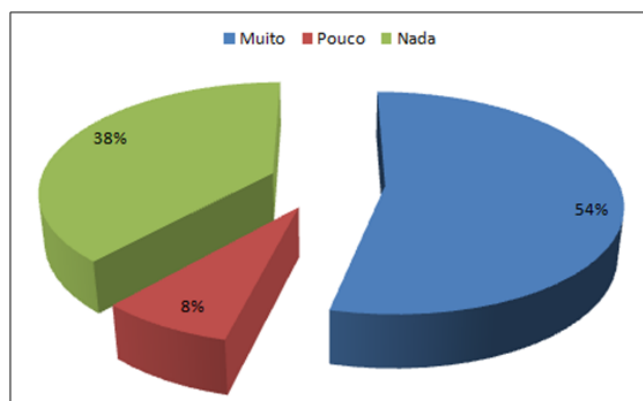
Gráfico n.º 35 - Resposta de treze idosos à questão *Que familiar acompanhou o idoso na Actividade?*



Desta população de familiares participantes, 50% foram *filhos*, 33% foram *netos* e 17% foram *conjuges*. A fraca percentagem de presença de conjuges pode estar associada à viuvez frequente nestas faixas etárias.

Assim, tendo em conta a percentagem de familiares acompanhantes nesta actividade, houve necessidade de se questionar se os idosos consideravam que o dia tinha sido importante para a relação familiar. As respostas são apresentadas no gráfico n.º 36, que se segue:

Gráfico n.º 36 - Resposta de treze idosos à questão: *Considera que este dia foi importante para a sua relação familiar?*



A maior parte dos idosos (54%) considerou que o dia foi *muito* importante para estimular relações familiares.

Os motivos que levaram os idosos a quantificar de *muito* importante a actividade para o fortalecimento da relação familiar são os seguintes:

- *Viemos aproveitar as actividades, juntas.* (B, C, G)
- *A relação fica mais forte.* (F)
- *Estivemos juntas.* (F, H)
- *Se não viéssemos ao atelier, não via a família.* (J, M)

Os motivos que levaram os idosos a quantificar de *pouco* importante a actividade para o fortalecimento da relação familiar são os seguintes:

- *Fizemos coisas diferentes do que faríamos em casa.* (H)

Os motivos que levaram os idosos a quantificar de *nada* importante a actividade para o fortalecimento da relação familiar são os seguintes:

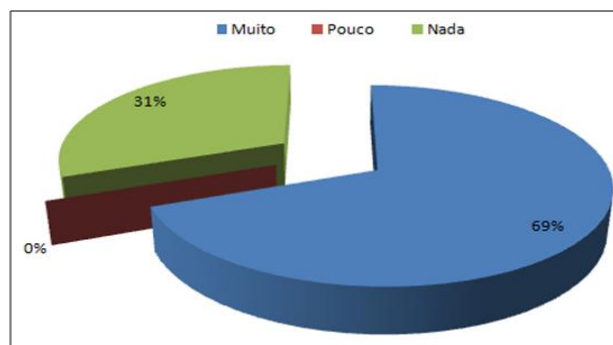
- *Estive só.* (A, C, E, G, L)

Questionando a importância que tem para os idosos a família participar nas actividades, nota-se que 100% dos idosos participantes consideram que é muito importante a participação da família nas actividades, pelas seguintes razões:

- *Para também desfrutarem das coisas boas que a associação promove.* (A, D, F, H, M)
- *Para haver união e partilha com a família.* (B, C)
- *Para a família ver o que fazemos na Associação.* (C, D, E, F, L)
- *Para me ajudar.* (E, H, G, K, L)
- *É importante estar com a família.* (G)
- *Para fazermos as actividades juntos.* (G, H, J)
- *Para passarmos mais tempo juntos.* (H, J, K, L)
- *Para estarem mais presentes.* (I)
- *Para a família não abandonar os idosos.* (K)
- *É bonito ver as famílias juntas e felizes e é muito bom estar perto da nossa família.* (M)

Na resposta à questão *Pensa que a sua relação familiar poderá ficar mais forte após a partilha de experiências como esta?*, os idosos foram claros, tal como se observa no gráfico n.º 37 que se segue:

Gráfico n.º 37 – Resposta de treze idosos à questão *Pensa que a sua relação familiar poderá ficar mais forte após a partilha de experiências como esta?*



Os motivos que levam os idosos a considerarem que estas actividades poderão fortalecer *muito* (69%) a relação familiar são os seguintes:

- “*Para ter mais coisas em comum.*” (A, E)
- “*Partilhar as mesmas experiências.*” (A, C, G, L, M)
- “*Passar mais tempo com a família.*” (C, L, M)
- “*Para todos beneficiarmos das actividades.*” (E, H)
- “*Conhecer os nossos limites e ajudar mais.*” (G, J)
- “*Fortalecer a relação familiar.*” (K)
- “*Para conhecermo-nos melhor.*” (M)

Não se conseguiram apurar justificações resultantes das respostas dos idosos (31%) que consideraram que estas actividades *nada* poderão fortalecer na relação familiar.

Portanto, também durante esta actividade se verificou a importância que a relação familiar tem para os idosos, importando realçar que a participação familiar aumentou nas actividades promovidas e fomentou o fortalecimento das relações familiares.

Os objectivos das actividades foram alcançados, porém os participantes foram diferentes em todas as actividades.

Ao longo do projecto verificou-se a activação das relações familiares em torno das actividades relacionadas com a saúde dos idosos participantes.

5.2. Dados recolhidos nas entrevistas aos idosos

A análise e interpretação dos dados na investigação-acção pode consistir na discussão em torno dos dados obtidos, decorrendo da interpretação dos resultados ou implicando os passos dados na investigação clássica: categorização, codificação, tabulação, análise estatística e generalização (Gil, 1994).

O tratamento e interpretação dos dados obtidos nas entrevistas aos quatro idosos foram feito mediante a análise de conteúdo que, de acordo com Ghiglione e Matalon (1992), é a técnica mais apropriada para o tratamento de uma entrevista, por oferecer a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos com complexidade, nomeadamente atitudes e comportamentos. Para Bardin (2008), a análise

de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais a linguagem pronúncia, pois consiste na busca de outras realidades através das mensagens.

Reunindo as indicações destes autores, a análise de conteúdo seguiu o trajecto indicado na figura n.º 6, que se segue.

Figura n.º 6 - Análise de conteúdo



Com a recolha de dados surge a necessidade de atribuir uma identificação a cada entrevista. Neste estudo foram realizadas entrevistas de diagnóstico apresentadas como entrevista n.º 1 e entrevista n.º 2. As entrevistas realizadas aos idosos são identificadas como entrevista Id n.º 1, Id n.º 2, Id n.º 3 e Id n.º 4 de forma a respeitar a privacidade e o anonimato de cada participante.

De acordo com Ghiglione e Matalon (1992), o investigador, quando transcreve a sua entrevista, depara-se com o *corpus do trabalho* que é constituído pelo discurso de um certo número de pessoas, todas entrevistadas segundo a mesma técnica, pelo que se torna necessário tratar o material, ou seja, codificá-lo (Bardin, 2008). A codificação, para esta autora, corresponde a uma transformação - efectuada segundo regras específicas - dos dados em bruto do texto, transformação esta que, permite atingir uma representação sistemática do conteúdo.

Após várias leituras do *corpus do trabalho* que se constituíu, verifica-se que se repetem ou se destacam determinados conceitos, frases, padrões de comportamento e atitudes (Bogdan & Biklen, 1994). Para isso, começou por sublinhar-se as frases que continham afirmações acerca do tema em estudo, colocando em evidência algumas características correspondentes à situação que se pretendia compreender. Posteriormente isolou-se em cada discurso o que interessava, tendo em conta o objectivo do estudo, sendo excluído do texto o que se afastava deste. A estes segmentos de texto que não interessavam para o estudo atribuiu-se o código “(...)”. Para clarificar algum aspecto na frase, corrigir

erros verbais, houve necessidade de colocar algumas palavras entre parênteses rectos “[]”, aos silêncios e pausas atribuiu-se o código “...” .

A cada frase, cujo conteúdo era produtivo para o estudo, chamou-se de interjeição. As interjeições foram identificadas como I1,I2,I3,I4, etc. Em cada interjeição foram identificadas as unidade de significação, por respeitar a forma como o sujeito a expressou e corresponder à sua vivência específica desta situação. Depois de isolados todos os conteúdos sublinhados (unidades de significação), tal como foram expressos pelos sujeitos, foi questionada cada unidade de significação de forma a dar-lhe sentido e atribuiu-se-lhe um significado, tentando não perder a essência da afirmação. Cada um destes significados atribuídos foi codificado com “sig”, ou seja, sig1, sig2, sig3, etc.

Assim, para reconhecer um determinado dado, o seu acesso torna-se fácil, por exemplo: Entrevista Id n.º1 I1 Sig1, descreve *família significa a união entre os membros*.

Depois de conhecidas as unidades de significação, estas são agrupadas por categorias. Este desenvolvimento do sistema de codificação envolve vários passos: percorre os seus dados na procura de regularidades e padrões, bem como de tópicos presentes nos dados e, seguidamente, escreve palavras e frases que representam esses tópicos, estas palavras ou frases são as categorias de codificação (Bogdan & Biklen, 1994).

As categorias constituem um meio de classificar os dados descritos que se recolheram, para que o material contido num determinado tópico possa ser fisicamente identificado relativamente aos outros dados (Bogdan & Biklen, 1994). Para Bardin (2008) as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos. Assim, os significados foram codificados, de acordo com o que tinham em comum, atribuindo a cada um deles uma letra (A – A família da pessoa idosa; B – Acompanhamento da pessoa idosa na Associação, etc.).

Com recurso aos meios informáticos pediu-se a sua ordenação (utilizando a ferramenta ordenar da aplicação informática Microsoft Word 2007®), ficando os significados agrupados. Foi a partir destes grupos de significados que nasceram as categorias, subcategorias e se deu resposta ao tema.

Neste trabalho, o critério de categorização foi semântico, em que as categorias são temáticas (Bardin, 2008). Neste esforço, é muito importante que os investigadores comparem cada unidade sucessiva com as unidades identificadas previamente, de forma a rever e aperfeiçoar as categorias identificadas por temas (Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, as categorias identificadas na análise de conteúdo deste trabalho, foram:

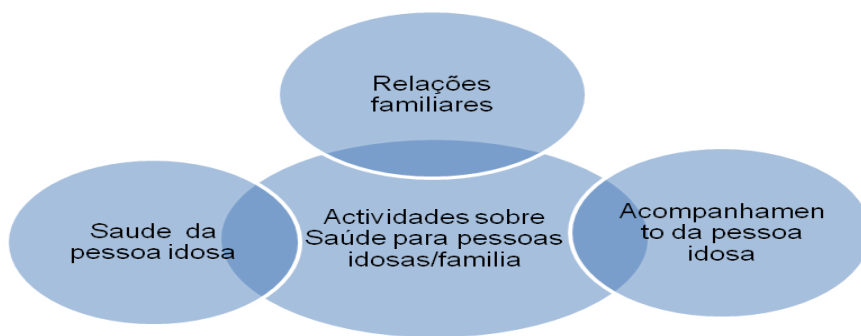
- **Categoria 1 - As relações familiares da pessoa idosa**
 - Sub- Categoria: Desenvolvimento da comunicação
 - Sub- Categoria: Partilha de experiências/vivências
 - Sub- Categoria: Maior disponibilidade familiar para a pessoa idosa

- **Categoria 2 - Acompanhamento da pessoa idosa**
 - Sub- Categoria: Acompanhamento na Associação
 - Sub- Sub Categoria: Mais conhecimento das funcionárias
 - Sub- Sub Categoria: Empatia com as funcionárias
 - Sub- Sub Categoria: Maior interação com a família
 - Sub Categoria: Acompanhamento no Domicílio
 - Sub-Sub Categoria: Mais informação sobre cuidados específicos

- **Categoria 3 - Saúde da pessoa idosa**
 - Sub Categoria: Promoção de Conhecimento da pessoa idosa
 - Sub- Categoria: Promoção de Autonomia

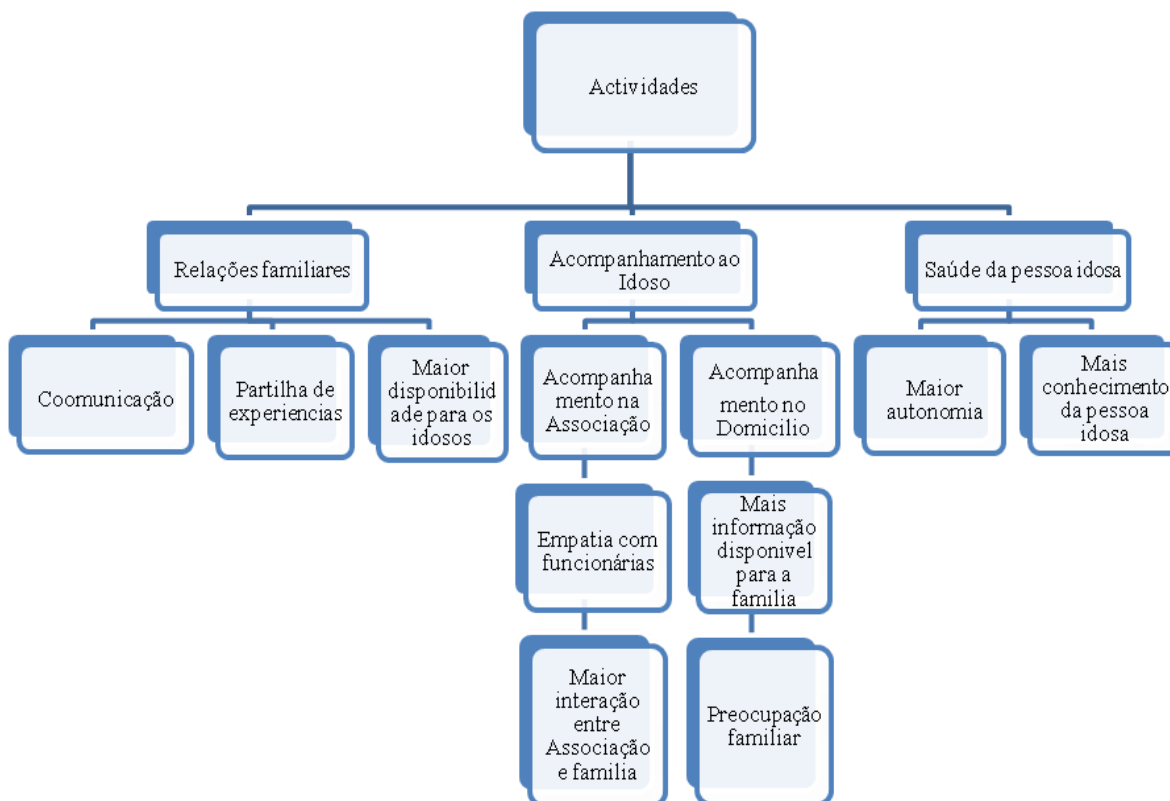
De uma forma indutiva e muito sucinta, percebe-se que as actividades desenvolvidas na investigação-acção tiveram impacto nestes três grandes pólos (Categorias), apresentados na Figura n.º 7 que se segue:

Figura n.º 7 – Impacto das actividades desenvolvidas na investigação-ação



De acordo com a análise de conteúdo e através de uma análise indutiva, chegou-se à conclusão que as actividades sobre a saúde para pessoas idosas e seus familiares tiveram impacto em três categorias: relações familiares, acompanhamento da pessoa idosa, saúde da pessoa idosa. Dentro destas categorias, verificaram-se sete sub-categorias e quatro sub-sub categorias. Tal como estão representadas no organograma em figura n.º 8, que se segue:

Figura n.º 8 - Organograma das categorias, resultante da análise de conteúdo



Seguidamente será apresentado o impacto provocado pelas actividades realizadas sobre a saúde nos idosos e familiares beneficiários do Centro de Dia da Associação Âncora nas Categorias: relações familiares; acompanhamento ao idoso e saúde do idoso.

Para as pessoas idosas que participaram, a família assume vários significados, nomeadamente:

(...) uma família é, é a gente sermos ... unidos (Id1 I1) e (...) darmos todos bem. (Id1 I1).

(...) [família é]Serem bons. (...) [família é] serem unidos. Mas há também uma coisa e de outra [dentro da família há bons e maus]. (...) Como há bom, também há mau. (Id2 I2)

[Estar com a família é importante] para ter com quem conversar, fazer uns petiscos, passar um bom bocado, quer se dizer. (...) Nem que fosse só pá gente [para nós]conversar e pôr a conversa em dia. (...) Também há que estar com os nossos [familiares]. (Id3 I5)

(...) é a gente se apoiar... se um [membro da família] precisa, fala com o outro e a gente ajuda-se. Se for comida, é comida, se for dinheiro é dinheiro, se for para desabafos (...) para conversar dos problemas da vida... também... uma família é isso, quer dizer, pra [para] mim, é isso. (Id3 I1).

(...) mas o mais importante é a gente dar-se todos bem uns com os outros. (Id3 I18)

Porém também se conheceu uma situação menos agradável, pois uma pessoa idosa refere:

(...) uma família é a união das pessoas, a amizade, o respeito (...) [família] é aquilo que eu não tenho ... (...)... há muito tempo. (Id4 I1).

A definição de família varia de pessoa para pessoa, sendo o conceito de família também variável. Os participantes idosos neste projecto distinguem os tipos de família, sendo que há pessoas que dizem ter família nuclear:

(...) a minha família é a minha filha (Id2 I3)

Para outras pessoas idosas, a família é multigeracional:

(...) acho que a minha família mais chegada é a minha filha, mesmo assim. E o meu neto que tem mais atenção comigo mesmo assim. (Id4 I3)

Já para outras pessoas idosas, a família é alargada:

(...) a minha nora e os meus netos (...) mas depois há aquelas pessoas que a gente considera da família, os amigos mais chegados. (Id3, I2)

Para além da família, também os amigos proporcionam um elevado conforto social. A escolha dos amigos, a integração numa rede de apoio e a socialização são medidas válidas para controlar o ambiente e manter um óptimo estado de saúde (Berger, 1995).

Conhecendo a importância atribuída à família pelas pessoas idosas, surge a necessidade de se conhecer as relações familiares. As pessoas idosas que consideram ter uma relação familiar satisfatória, traduziram os seus sentimentos referindo:

(...) eu dou-me bem com todos [os filhos]" (Id1 I4) mas "(...)dou-me melhor com a minha filha, ... as duas filhas, a T. e a L., é as duas...que se importam mais comigo. (Id1 I2)

Nota-se que esta pessoa idosa, que tem mais dois filhos de género masculino, considera mais próxima a relação que mantém com as filhas. Porém, os quatro filhos mantêm-se nas mesmas condições: trabalho, problemas de saúde e residem perto da idosa.

A relação familiar interfere de tal forma no bem estar das pessoas idosas que, quando não se sentem concretizadas, preferem a morte.

(...) eu ainda queria viver mais uns diazinhos, agora se for para o lado do mal [mau relacionamento familiar], é melhor ir [morte]. (Id2 I7)

(...) mas a minha [família] parece que eu não existo. Se calhar até era melhor não existir, (...) Não sei porque Deus não me leva já. Assim já não atrapalhava, nem fazia falta a ninguém. (Id4 I3)

Numa outra perspectiva, as pessoas idosas dão a conhecer alguns problemas familiares associadas á distância e falta de tempo em família, o que lhes compromete as relações.

(...) acho pouco [tempo passado com a família] (...) porque como tou [estou] aqui [Associação], (...) tou [estou] pouco tempo com eles [filhos]. (Id1 I6)

(...) eu tou [estou] na minha casa, elas tão [estão] na delas. (Id1 I41).

Nestas situações as pessoas idosas reclamam do pouco tempo que passam com a família, quer por se encontrarem durante o dia na Associação, quer por residirem em casas diferentes dos seus filhos. Porém, são evidentes outras situações menos satisfatórias na relação familiar, que as pessoas idosas dão a conhecer:

(...) às vezes ela diz-me assim coisas que eu não gosto e depois eu, respondo também ... , e é assim a vida. (Id2 I31)

(...) nem sempre podemos tar [estar] bem. (Id2 I32)

(...) não converso nada (...) porque ela não tem tempo e eu também não. (...) Ela diz, deixe-me que eu quero fazer isto e quero fazer aquilo... (...) [eu] já não te empato, já não te incomodo. É a vida. (Id2 I38)

(...) também me aborrece tarem [estarem] sempre a dizer, tens de fazer isto, não podes fazer aquilo. Isto faz-te mal... aquilo é que te faz bem (...) e tarem-me [estarem] sempre a lembrar que os velhos não podem fazer isto e aquilo. (Id3 I3)

(...) sinto-me desprezada, sem atenção de ninguém. (...) o que a velha diz não vale de nada, o que a velha sente é normal que já tà [está] velha... é isso que eu quero dizer. (...) Não sinto que a família olhe por mim (...) e [eu] não tenho é vontade de olhar pelos outros. (Id4 I1)

Portanto, apesar da importância que os idosos atribuem à família e do conceito de família estar associado a sentimentos positivos, nota-se que nem sempre se encontra uma relação familiar óptima para a pessoa idosa. Com a realização das actividades inseridas neste projecto, os idosos enumeram algumas alterações relativamente à relação familiar. Enquanto que para uns idosos bastou a presença do familiar para se sentirem

mais confortáveis na realização das actividades, outros sentiram que os familiares se preocupavam com eles, outros experimentaram partilha de experiências únicas com os familiares, outros desenvolveram assuntos para melhorar a comunicação. Tudo isto levou as pessoas idosas a sentirem-se mais activos na vida familiar. Portanto, dentro da primeira categoria relativa às relações familiares das pessoas idosas, surgem as três sub-categorias: Comunicação, partilha de experiências e disponibilidade familiar.

○ Sub-Categoria: Comunicação

A comunicação é um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis uma à outra, que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), pelo que se nota que com a realização das actividades idosas e familiares melhoraram a comunicação entre eles.

(...) está na mesma [a relação familiar] ... há pouca conversa. (Id1 I49)

(...) olhe o que senti foi que conversámos mais sobre as asneiras que eu faço a comer. O meu B. [neto] telefona mais vezes a perguntar se andei, o que é que comi, se bebi os remédios. (Id3 I17)

(...) disse logo que agora já não tinha desculpas para comer tudo o que me apetecia. Lá conversamos sobre essas coisas. (Id3 I14)

(...) e tínhamos mais conversa em casa. (...) cada uma tem a sua vida, cada uma sabe as suas coisas e não se fala, entra-se naquela casa e fica tudo mudo. (Id4 I12)

(...) as actividades deram mais temas para agente conversar. (Id4 I13)

○ Sub-Categoria: Partilha de Experiências/Vivências

A partilha de experiências implícitas nas actividades entre idosos e seus familiares provocou maior contacto familiar no momento da actividade e proporcionou troca de experiências únicas, que foram exteriorizadas com satisfação pelas pessoas idosas. Esta partilha de experiências foi referenciada de formas diferentes pelas pessoas idosas.

(...) se não vier ninguém, também me sinto bem sozinha [nas actividades] (...) é igual. (Id1 I39)

(...) basta a minha filha estar [presente nas actividades] para me sentir melhor. (Id2 I31)

(...) e ela [filha], quando veio [actividade na Associação]... também fez os exercícios e tirou-lhe a tensão e aquelas coisas todas. Mesmo ela perguntou quando podia vir outra vez, a rapariga [enfermeira] disse que podia ir outra vez lá, de graça. (Id2 I 35)

(...) nesses dias [das actividades] ela [esposa do neto] veio cá, ficou aí, e depois levou-me ali ao café... e lanchámos os dois e levou-me a casa. Olhe, lanchei e fui de boleia... que maravilha, na [não] havia de gostar, (...). É boa conversadeira [conversadora] ela, (...). Lá conversámos sobre essas coisas. (...) parámos no Horácio [mini-mercado local] a, ...comprar fruta pra [para] eu comer mais fruta e menos bolachas(...) Foi atenciosa [por ter ido comprar alimentação saudável]. (Id3 I14)

(...) a minha filha também falou nisso comigo, que a enfermeira devia vir mais vezes que ela também aproveitava para vir medir a tensão e mostrar-lhe as análises. (...) Até a minha filha que nunca vem aqui, até ela veio e gostou. E nesse dia até fui com ela à missa e tudo. (...) Nesse dia fomos as duas andando, que ela disse... ande lá que a menina enfermeira disse que você precisa de andar... e lá fomos andando devagarinho até à igreja. Fomos à missa, viemos para cima e conversámos sobre as comidas boas [alimentação saudável]. Fizemos o jantar, até jantámos mais tarde nesse dia, mas pelo menos estávamos as duas a cozinhar e a falar e foi assim. (Id4 I13)

- Sub-Categoria: Disponibilidade familiar para as pessoas idosas

Com a realização das actividades verificou-se igualmente que a família disponibilizou mais tempo para as pessoas idosas, fomentando as suas relações familiares. Pois o facto das pessoas idosas serem acompanhadas pela família na realização das actividades, provocou-lhes sentimentos positivos.

(...) foi importante [a filha ter presenciado a actividade] (...) porque gosto que elas [filhas] saibam... do que se está a passar. (Id1 I32)

(...) fiquei satisfeita [da filha ter estado presente na actividade] (...) é sinal que ela se está importando com a minha saúde. (Id1Sig34)

(...) basta a minha filha estar [presente nas actividades] para me sentir melhor. (Id2 I31)

(...) mas se ela [filha] veio [as actividades] foi porque valia a pena. (Id2 I26)

(...) se for para ela falar consigo como das outras vezes, ou aprender, pos [pois]... assim pode ser que ela venha. (Id2 I35)

(...) parece-me a mim que eles agora olham mais por aquilo que eu como... (...) você ensinou e ela deve ter dito ao B.[neto] (...) Mas eu gosto que eles olhem por mim, (...) preocupam-se. (Id3 I11)

(...) sim [a filha esteve presente na actividade sobre a saúde]. Foi a única vez que veio. Foi dessas vezes que a enfermeira a chamou. (Id4 I11)

(...) mas eu gostava que ela viesse mais vezes à Associação. (...) Pelo menos estávamos mais tempo juntas. (Id4 I12)

Para além dos benefícios supra-citados para os idosos que fortaleceram as relações familiares, também a própria família beneficiou das actividades, pois adquiriu conhecimentos, teve acesso a informação de forma gratuita e receberam cuidados de saúde primários.

Para além das actividades melhorarem as relações familiares, também tiveram consequências no acompanhamento do idoso. Acompanhar a pessoa idosa é para

Fernandez-Ballesteros (2009) todo o processo que envolve o círculo de elementos que circundam o idoso no seu todo, sejam eles familiares, amigos, vizinhos, técnicos de instituições. Assim, para estes idosos envolvidos no centro de dia, o acompanhamento deve fazer-se sentir quer na instituição, quer no regresso ao domicílio.

Os quatro idosos participantes, quando saem da instituição ficam sozinhos em casa, tendo acesso telefónico fácil para o familiar de referência, caso seja necessário, ou vivem com a família. Pelo que se torna fundamental oferecer as condições necessárias para haver continuidade dos cuidados da pessoa idosa, quer na Associação, quer no domicílio.

Dentro desta categoria, nascem duas sub-categorias: acompanhamento na Associação com duas sub-sub categorias inerentes: empatia com as funcionárias e interacção entre associação e família e ainda, a sub-categoria Acompanhamento no domicilio com duas sub-sub categorias inerentes: informação disponível para a família; preocupação familiar.

○ Sub- Categoria: Acompanhamento na Associação

De um modo geral, os idosos sentem-se bem na Associação e destacam a importância que tiveram as actividades sobre saúde no seu dia-a-dia.

(...) sinto-me bem [na Associação]. Sim. (Id1 I21)

(...) sinto que aqui [instituição] me dão o almoço e o pequeno almoço e come-se ali.

(...) e depois andam uns por aqui, outros por ali... e é assim. (Id2 I22)

(...) gostei de falar consigo nas vezes que veio falar da saúde, pois falo do que eu sei e do que eu não sei na (não) falo. Mas também me tirou a tensão, pesa-me, essas coisas. (Id2 I 27)

(...) achei muito bem [as actividades sobre saúde]. (...) mas foi das actividades mais bonitas (...), as que gostei mais de fazer. (...) gostei da minha família ser convidada. (Id3 I12)

(...) gostei daquele dia ai consigo, que vimos o nosso filme com os nossos trabalhos, e tava [estava] o fadista e moço a fazer ginástica com agente (...) tava [estava] tudo bom [atelier de actividades]. (Id3 I9)

(...) Penso bem [relativamente à ida para a associação]. Pelo menos [aqui] estou acompanhada.(...) Não estou sozinha. (Id4 I9)

- Sub- Sub Categoria: Empatia com as funcionárias

Os idosos, enquanto estão no Centro de dia, são cuidados por funcionárias da instituição destacadas para esse efeito. Nestas circunstâncias, parece importante conhecer as relações empáticas estabelecidas. Daqui se destaca a importância que os idosos atribuem à visita da família para apoiar as funcionárias na realização das tarefas.

(...) Elas [equipa prestadora de cuidados] são todas muito boas pra gente [para nós], (...)tratam a gente [nós, os idosos]muito bem. (Id1 I23)

(...) as mocinhas [as funcionárias] que tratam a gente também são boas. (Id2 I15)

(...) os idosos são muitos e os trabalhos às vezes são difíceis (...) assim a família também ajuda [as funcionárias]. (Id3 I11)

(...) Se me acontecer alguma coisa, as pessoas acodem-me. (Id4 I9)

- Sub- Sub Categoria: Maior interacção entre Associação e Família

Com a realização das actividades sobre saúde, o convite feito aos familiares e a participação dos familiares nas actividades foram reconhecidos pelos idosos. Os aspectos realçados foram a companhia familiar da pessoa idosa, o tipo de actividades que se tornou aliciante para a família que pode voltar à Associação e a abertura com que a família aceitou o convite e poderá vir a aceitar futuros convites.

(...) penso bem [da familiar ter sido convidada a participar nas actividades]. (Id 1 I31)

(...) se for para ela falar consigo como das outras vezes, ou aprender, pos [pois] ... assim pode ser que ela venha. (...) Ou ver os fados e a ginástica. (Id2 I35)

(...) eu gostava que ela viesse para compreender o que eu faço aqui (...) o que faço e o que eu já não sou capaz de fazer. (Id2 I34)

(...) eu gostava de ter sempre aqui algum [neto] presente (...) eles tarem [estarem] aqui é um apoio que uma pessoa sente. A S. sentou-se ao pé de mim e ajudou-me naqueles trabalhos que fizemos sobre as comidas que podemos e não podemos comer. Uma pessoa sempre tem um apoiozinho diferente. Eles “olham” por a gente [na realização das actividades]. (Id3 I 11)

(...) mas eu gostava que ela ou ele viessem sempre. Você pode telefonar mais vezes que eles vêm. (...) se eles puderem, eles vêm. (Id3 I16)

“(...) sim [a filha esteve presente na actividade sobre a saúde]. Foi a única vez que veio. Foi dessas vezes que a enfermeira a chamou. (Id4 I11)

○ Sub Categoria: Acompanhamento no Domicílio

Estes idosos vivem situações distintas. Há os idosos que residem sozinhos e os idosos que residem com a família. Porém, todos necessitam de acompanhamento adequado no domicílio, quer por apoio directo da família, quer por auxílio por contacto telefónico ao familiar de referência. Para que o acompanhamento dos idosos seja um processo contínuo e adequado, Associação e familiares devem continuar a prestação de cuidados. Assim, ao longo das actividades verificou-se a consciencialização de que os familiares também são responsáveis pelos cuidados prestados aos idosos em casa.

(...)tu [refere-se a estou] aqui (refere-se a Associação) o dia todo (...)À tarde vou pra [quer dizer para] casa, tu [refere-se a estou] sozinha.(...) Porque eles [os filhos] estão na casa deles e eu estou na minha [casa]. (Id1 I5)

(...) é a minha T. [familiar de referência], (...) é a que está mais perto, mora ali no bairro... dos pescadores. (...) é com ela que eu, às vezes quando preciso de alguma coisa, telefono para ela. (Id 1 I 14)

(...) eu moro com a minha filha. (Id2 I13)

(...) eu ia daqui [Âncora], a minha filha estava à minha espera e íamos num estante, porque dali de Tavira ao Centro [de Saúde] não era muito longe (...) a minha filha preparava-me quando é que vinha e quando é que não vinha, e a carrinha levava-me até Tavira (...) lá tava [estava] ela [a filha] à minha espera. (Id2 I5)

(...) janto com a minha filha e o meu genro, que as minhas netas moram em Santa Luzia. (...) Eles têm os cuidados que a enfermeira disse para ter na minha comida. (Id2 I12)

(...) é só telefonar que ele [neto] vem, (...) ou chama a ambulância, ou leva-me ali ao Francês... o médico. Lá nisso é impecável, tem muitos cuidados comigo. Na [não] me deixa faltar remédios. (Id3 I6)

(...) agora [familiar] está mais atenta aquilo que me faz bem e não. (Id3 I13)

(...) sim. Vivo [sozinho], (...) às vezes não é lá muito bom, mas assim na [não] há ninguém que me aborrece (...) tenho o número dele [neto] ali mesmo rente [junto] ao telefone. (Id3 I17)

(...) eu gostei que ela tivesse vindo àquelas actividades sobre a saúde. Ela também viu a tensão dela, e também aprendeu que ela não é de ferro. Mas... continua a fazer a comida que ela quer, com o mesmo sal e gorduras (...) ainda lhe digo, oh M., mas a comida tá [está] muito salgada, não vês que isto me faz mal com o meu problema (...) do coração ... e ela diz que meteu pouco sal... como a senhora enfermeira disse. (Id4 I12)

- Sub-Sub Categoria: Mais informação sobre cuidados específicos aos familiares

A colaboração familiar no acompanhamento do idoso no domicílio teve de ter como suporte a oferta de informação, através das actividades realizadas, sobre alguns cuidados específicos na saúde das pessoas idosas.

(...) sim [gostava que viessem] ... Para ouvirem [as informações sobre os cuidados de saúde], (...) [gostava que viessem] para saber como é. (...) Se eu calhasse a tar [estar] pior, já sabiam o que é que haviam de fazer. (Id1 I37)

(...) achei muito importante [a filha ter vindo assistir às actividades]. (...) ela não sabia das coisas [acerca da saúde], (...) ela veio e você disse-lhe as coisas. (...) aprendeu coisas [acerca da saúde e da idosa] (...) e sei que ela gostou [das sessões sobre a Saúde]. Ela [filha] disse que a rapariga tinha dito que tinha a tensão muito alta. (...). Ela [filha] tem um aparelhinho pequeno e lá de vez em quando me tira a tensão, e dá-me um comprimidinho pequeno. (Id2 I33)

(...) e também [família] aprendem alguma coisinha. (Id3 I11)

(...) ela [filha] gostava de aprender mais coisas da saúde para ela e para mim. (Id4 I16)

- Sub-Sub Categoria: Maior preocupação familiar

Ao longo das actividades verificou-se que a família desenvolveu preocupação em satisfazer as necessidades da pessoa idosa.

(...) comigo, eu preciso de ir aqui ou além é ela [a filha] que vai comigo. (Id2 I3)

(...) quando sinto falta de alguma coisa, elas [filhas] trazem-me. (Id1 I42)

(...) parece-me a mim que eles agora olham mais por aquilo que eu como... você ensinou e ela deve ter dito ao B...Mas eu gosto que eles olhem por mim, (...) preocupam-se. (Id3 I 11)

(...) ela ouviu as coisas e mesmo assim não faz nada como você disse. Só vê mais vezes a minha tensão e lá vai comigo à farmácia quando o aparelho dela dá alta. (Id4 I11)

- **Categoria 3 - Saúde da pessoa idosa**

Com o envelhecimento, vários são os factores que podem conduzir a situações de maior dependência e conseqüentemente, necessidade de cuidados específicos. A saúde das pessoas idosas é uma preocupação evidente e torna-se importante conhecer as patologias mais frequentes de forma a personalizar os cuidados. Nesta amostra de idosos, a diabetes mellitus, hipertensão arterial e as doenças osteo-articulares são as maiores preocupações dos idosos.

(...) olha, eu diabetes não tenho. Porque já fiz análises e não tenho nem colesterol, nem diabetes, nem nada disso. (...) agora fiz uma análise, dois exames...um ao coração porque eu fui operada ao coração e fiz outro aos pulmões. (Id1 I37)

(...) aqui em diante nem uma sede de água eu posso beber, as minhas pernas não andam boas. (Id2 I37)

(...) os remédios que eu tomo, os comprimidos. (...) Por causa da dor das pernas que eu tenho ou da almariação que eu tenho (...) E é isso que eu choro ainda mais [pelo aumento da dependência]. (Id2 I39)

(...) mas agora já não posso fazer como fazia antes. Porque tinha força e agora onde tão [estão] elas (...) Agente quando é novo é uma coisa, quando é velho, é outra... é metade. (Id2 I40)

(...) eu mesmo que quisesse também não conseguia chegar a casa dele, com esta perna morta, na [não] chego a lado nenhum. (...) foi da trombose que me deu (...). Deixei logo de ir ao mar. Deixei de ser o que era. (Id3 I7)

(...) no outro dia senti-me assim meio almareado, telefonei e ele levou-me a farmácia medir a tensão num aparelho que se mete o braço e tava [estava] assim boa. A doutora da farmácia disse que (a tensão arterial) tava [estava] boazinha para a minha idade. (Id3 I17)

(...) caminhada que você me ensinou por aqui pelo corredor também me ajudou muito... olhe lá os meus pés como estão mais desinchados. (Id4 I13)

Para dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas idosas com aumento de dependência, conseqüente à patologia, distinguiram-se duas sub-categorias dentro desta categoria (saúde da pessoa idosa), que foram: conhecimento da pessoa idosa e promover a autonomia da pessoa idosa.

- Sub Categoria: Conhecimento da pessoa idosa

O indivíduo que deseja manter ou recuperar a saúde deve, por vezes, modificar os seus comportamentos ou aprender comportamentos novos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Assim, ao longo das actividades, tentou-se elevar o nível de conhecimentos dos idosos, de forma a que possam gerir melhor a sua condição de saúde, com o apoio familiar.

(...) pois é isso, aprendi muita coisa com as sessões para a saúde. () Havia coisas que a minha L. já me dizia para eu fazer assim (...) agora que sei, já faço. (Id1 I27)

(...) nessa altura sim [as actividades ajudaram na qualidade de vida da idosa]. (Id1 I27)

(...) aprendi [cuidados a ter com a saúde](...) e gostei muito. (Id2 I40)

(...) gostei de ouvi-la falar e ensinar as coisas da saúde. Ser mais velho tem das suas coisas (...) assim não se faz tanta asneira, já se sabe o que faz mais mal e

menos mal. (...) e os netos já não se aborrecem tanto com as asneiras que se fazem. (Id3 I12)

(...) gostei de aprender a comer melhor, gostei de fazer aqueles exercícios dos punhos, a caminhada que você me ensinou por aqui pelo corredor também me ajudou muito. (Id4 I 13)

○ Sub- Categoria: Promover Autonomia

Associado ao objectivo principal de promover a relação familiar, encontra-se a promoção da autonomia que facilita estas relações, pelo que, através das actividades se ensinaram estratégias para o idoso se sentir bem, mais autónomo e necessitar do menor número de cuidados familiares.

(...) sim [as sessões têm ajudado na sua saúde], têm. (...) Eu estou muito melhor do que estava. (...) É preciso fazer um esforço grande para me sentir cansada. (Id1 I44)

(...) às vezes queixo-me [de dores] (...) ela [filha] diz assim... é a idade, pra [para] que se ta [esta] sempre queixando, que isso não melhora. (Id2 I39)

(...) a doutora da farmácia disse que (a tensão arterial) tava [estava] boazinha para a minha idade. (Id3 I17)

(...) os meus pés como estão mais desinchados. (Id4 I13)

Neste projecto foi abordada a saúde dos idosos, como factor predisponente ao fortalecimento de relações familiares. O recurso à realização de actividades teórico-práticas dirigidas às pessoas idosas e aos seus familiares permitiu alcançar um impacto favorável no fortalecimento das relações familiares dos participantes no projecto.

Squire (2005) destaca a importância que a saúde tem para a inserção familiar do idoso em contextos residenciais, pois a forma de chegar mais facilmente à família é através de alterações do estado de saúde das pessoas idosas.

O impacto das actividades verificou-se a nível das relações familiares que ficaram mais densas quer pela comunicação mais eficaz, partilha de experiências entre pessoas idosas/familiares e maior disponibilidade familiar para atender às necessidades da pessoa idosa. Para Phaneuf (2005), a comunicação é a condensação de toda uma realidade familiar adequada, que permite a envolvimento mútua entre os elementos inseridos na família.

Verificou-se igualmente um impacto positivo no acompanhamento do idoso, o qual se tornou mais eficaz, quer na Associação, com o concurso da relação empática com as funcionárias e com a abertura e maior interacção entre familiares e Associação; quer no domicílio, em que se forneceu mais informação sobre a saúde dos idosos e se percebeu uma maior preocupação familiar em colaborar nos cuidados. Os enfermeiros têm uma função social demarcada (Moniz, 2003), pois ao longo dos tempos têm desenvolvido actividades que têm trazido grandes benefícios às pessoas em todas as fases da vida. Estas actividades primam pelo “cuidar” que implica um acompanhamento entre quem cuida e quem é cuidado. Hesbeen (2001) defende que este acompanhamento implica *caminhar com o outro*, isto significa que todos os intervenientes, neste caso Associação e Família, devem acompanhar a pessoa no seu caminho, naquele que ela planeia seguir, ou esclarecê-la nas dúvidas que sinta.

O impacto do projecto foi visível na promoção da autonomia do idoso através da transmissão de conhecimento teórico-prático específico e útil às pessoas idosas com patologias. De acordo com Moniz (2003), os cuidados de enfermagem à pessoa idosa devem ter a finalidade de ajudá-las, quer com a oferta de informação útil quer com estratégias que lhes permitam aproveitar ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade.

Comprova-se que com a família incluída neste processo os resultados são evidentes, como referem Stanhope e Lancaster (1999), os quais destacam que a família contribui para a saúde dos seus membros individuais através do apoio, crenças, atitudes e conhecimentos.

6. AVALIAÇÃO

A avaliação desta investigação-acção foi sendo feita ao longo do decurso da mesma, através da aplicação de questionários aos idosos, pois o processo de avaliação segue, frequentemente, um modelo semelhante ao da apreciação inicial e deve incluir manuseamento de técnicas de colheita de dados para validar o significado e o rigor da investigação-acção (Streubert & Carpenter, 2002).

A análise dos questionários aos idosos foi feita com recurso ao programa informático Microsoft Excel 2007®. As entrevistas às quatro pessoas idosas participantes que reuniam os critérios de selecção foram analisadas mediante o apoio da professora Doutora Aurízia Anica, através de análise qualitativa com recurso as ferramentas do Microsoft Word 2007®.

Inicialmente as actividades do projecto estavam mais direccionadas para actividades de carácter lúdico. Porém, com as entrevistas de diagnóstico realizadas às funcionárias e os inquéritos realizados aos idosos, sobressaiu a necessidade das actividades serem dirigidas à saúde dos idosos.

A investigação-acção decorreu ao longo de 2009-2011, sendo que as actividades foram realizadas mediante a disponibilidade das pessoas idosas e do programa da Associação, tentando cumprir o cronograma previamente estabelecido. As actividades foram realizadas entre Janeiro e Abril de 2010, tendo-se seguido a análise dos dados dos instrumentos de avaliação e a redacção do presente relatório. O desenvolvimento deste projecto poderá ter sido influenciado por diversos factores, sendo eles:

- Divulgação menos adequada: foi feita divulgação através de contacto directo com o familiar de referência, seguindo-se entrega de convite formal aos idosos antes de cada actividade para o entregarem à família e contacto telefónico aos familiares no dia anterior à actividade;

- Horários das actividades inapropriados: durante a divulgação, foi feito o levantamento das disponibilidades familiares bem como a disponibilidade da Associação;
- Acesso às actividades condicionado: Nas actividades que decorreram nos dias úteis o horário estava incluído no horário de funcionamento da Associação, sendo que as pessoas idosas ainda lá estavam e os familiares podiam pedir transporte (transporte próprio da Associação com motorista) caso fosse necessário, no contacto telefónico prévio. Para a actividade que decorreu no Sábado, houve a recolha dos idosos/familiares pelo transporte próprio da Associação em dois horários distintos (14 horas e 16 horas).
- Falta de interesse dos participantes pela temática: As actividades foram planeadas de acordo com o levantamento das necessidades, quer da Associação, quer dos idosos/família que frequentam o Centro de Dia.
- Inexperiência da investigadora: Todo o trabalho foi baseado em pesquisa bibliográfica e todas as etapas foram acompanhadas pela orientadora.
- Indisponibilidade das pessoas idosas e seus familiares: As pessoas idosas e os seus familiares foram informados, porém, vários motivos podem ter condicionado a presença nas actividades (indisposição, luto, ida ao médico, falta na Associação).

Para além destes factores, um dos problemas mais frequentes nos projectos de investigação em instituições é o de negociar a proximidade e a distância em relação à pessoa ou às pessoas estudadas. São também significativos os problemas de abertura, transparência e negociação de expectativas, finalidades e interesses (Flick, 2005).

Estes factores poderão ter condicionado o número de participantes disponíveis para as entrevistas o que poderá ter limitado o resultado da análise de dados. Para além de todas as pessoas idosas e seus familiares terem sido convidadas a participar e de se terem mostrado disponíveis e interessadas, apenas um pequeno número reuniu as condições necessárias para serem entrevistadas e, desses, apenas quatro aceitaram a entrevista. Isto corrobora a afirmação de Streubert e Carpenter (2002), que referem que na investigação-acção pode haver dificuldade em garantir que alguns os participantes não desistam de um estudo após este ter começado.

Para além disso, devido à sua natureza dinâmica, a investigação-acção frequentemente apela à colaboração dos elementos envolvidos, o que não a torna de fácil implementação (Streubert & Carpenter, 2002). Ou seja, o facto de depender de um corpo institucional, de voluntários, de pessoas idosas e de familiares fez com que a flexibilidade e adaptabilidade de realização fossem condicionadas.

Tendo em conta as considerações éticas, para além das autorizações e consentimentos informados terem sido respeitados, os dados foram trabalhados de forma leal e fidedigna, tentando-se que os discursos fossem os mais autênticos possíveis. Nesta investigação, pelo tempo de contacto com os participantes ter sido prolongado, houve a necessidade de se manter neutralidade e minimizar a vulnerabilidade dos membros do grupo, pois os investigadores podem adquirir conhecimento pessoal, íntimo e detalhado dos membros do grupo, obtendo deste modo poder sobre eles (Streubert & Carpenter, 2002). Para se evitar situações de quebras de anonimato e confidencialidade, ao longo da investigação tentou-se não se revelar a identidade dos participantes, atribuindo números aos materiais de recolha de dados e substituindo os nomes por iniciais no discurso dos entrevistados.

Para sintetizar diríamos que, ao longo do trabalho, vários foram os condicionantes, porém os objectivos foram atingidos pois conseguiram-se estabelecer estratégias de intervenção que estimularam as relações familiares dos utentes da Associação; beneficiou-se da presença de familiares nas actividades sobre a saúde; conseguiu-se a colaboração familiar para a continuidade dos cuidados às pessoas idosas integradas em centro de dia; delinearam-se atitudes adequadas para as pessoas idosas viverem melhor com as suas limitações; foram fornecidas informações necessárias às pessoas idosas e seus familiares para viverem melhor com as suas patologias e ainda se conseguiu uma melhor comunicação entre pessoas idosas e seus familiares, atenuando os sentimentos de solidão e isolamento nas pessoas idosas.

Isto tudo foi conseguido porque, com as actividades sobre saúde, se fortaleceram as relações familiares através de uma comunicação mais eficaz entre as pessoas idosas e os seus familiares, as quais permitiram a partilha de experiências e promoveram o aumento da disponibilidade familiar para atender às necessidades dos seus idosos. As actividades desenvolvidas permitiram a melhoria do acompanhamento das pessoas idosas na Associação e no domicílio e ainda realçaram a importância da saúde destas em contexto

familiar, o que foi conseguido através da melhoria das relações entre os idosos, os seus familiares e a instituição, da promoção da autonomia e da elevação do nível de conhecimentos sobre a saúde dos participantes no projecto

REFLEXÃO CRÍTICA

Enriquecer a última etapa da vida, provocando sentimentos de bem estar na pessoa idosa, torna-se um desafio cada vez mais difícil dado o envelhecimento populacional a que o Mundo está sujeito.

Ser idoso é uma condição geral, a qual só algumas pessoas têm o privilégio de experimentar. São pessoas envolvidas numa esfera bio-psico-social e espiritual, cujas crenças, valores e atitudes estão reflectidas na sua identidade.

A população que hoje é idosa é proveniente de uma época de marcados valores culturais a qual atribui muita importância à família e aos cuidados familiares às pessoas idosas.

Da diminuição de pessoas disponíveis para cuidar dos seus familiares e do aumento, cada vez mais evidente, de pessoas idosas a necessitar de cuidados, surge a necessidade da institucionalização. Porém, o recurso a instituições (Lares, Centros de dia) não deve enfraquecer as relações familiares, pois as pessoas idosas continuam a atribuir grande importância às relações familiares.

Este trabalho foi dirigido nesse sentido: fortalecer as relações familiares dos vinte e quatro idosos que utilizam os serviços do Centro de Dia na Associação Ancora de Santa Luzia. Recorrendo à maior preocupação dos familiares dessas pessoas - a saúde - realizaram-se actividades que atraíram os familiares dos utentes à Associação e promoveu-se o estreitamento das relações entre os idosos e os seus cuidadores.

De acordo com os resultados obtidos na investigação-acção, e apesar das vicissitudes do processo, verificou-se que estas actividades tiveram impacto a três grandes níveis: relações familiares, acompanhamento da pessoa idosa e saúde da pessoa idosa.

A nível das relações familiares verificou-se uma melhoria na comunicação entre as pessoas idosas e familiares; partilha de experiências mais frequente e maior disponibilidade dos familiares para cuidar da pessoa idosa.

Relativamente ao acompanhamento da pessoa idosa, verificaram-se alterações a nível da associação e no domicílio. Na Associação, o acompanhamento à pessoa idosa destacou-se por uma maior empatia com as funcionárias e por haver uma maior interacção entre a Associação e a Família. No domicílio, o acompanhamento à pessoa idosa foi benéfico por haver mais informação disponível para a família e pela família mostrar maior preocupação em relação ao seu familiar idoso.

No que diz respeito à saúde da pessoa idosa, as actividades desenvolvidas promoveram a autonomia e ofereceram maior conhecimento acerca das patologias e cuidados que a pessoa idosa deve ter.

No decorrer do trabalho foram-se contornando as limitações, os obstáculos, as dúvidas, os medos e apesar do número de participantes não ser muito elevado, conseguiu-se atingir os objectivos propostos. É neste sentido que se avalia a importância de uma investigação-acção, pois neste projecto julga-se ter encontrado a solução para o problema: fortalecimento das relações familiares das pessoas idosas e motivação da família para participar em actividades sobre a saúde dos idosos.

Pensa-se que a investigação-acção no campo da Gerontologia Social deveria ser mais recorrente, porém corre riscos de menor sucesso pela necessidade de intromissão na vida das pessoas adultas e também pelo tempo prolongado que é necessário.

No decorrer da investigação, várias foram as limitações encontradas, estando elas relacionadas com o processo de planeamento, execução e avaliação.

Notou-se dificuldade em contactar pessoalmente os familiares das pessoas idosas, apesar das tentativas feitas em horários definidos pelos próprios familiares.

Sentiu-se alguma dificuldade em gerir os horários adequados para o decurso da investigação (quer para as pessoas idosas e seus familiares, quer para a Associação).

Sentiu-se que não é fácil gerir as actividades de acordo com as necessidades específicas dos participantes.

Também a investigadora foi aprendendo a ultrapassar as dificuldades, quer com o acompanhamento da orientadora, quer com recurso à pesquisa bibliográfica.

O número de participantes foi condicionado pelo facto da presença nas actividades não ser obrigatória, tendo-se verificado a desistência de pessoas idosas que não quiseram estar sujeitas à entrevista.

O recurso a vocabulário adequado às pessoas idosas incerto nos questionários poderá ter limitado a exactidão de algumas questões.

A análise de conteúdo das entrevistas realizadas às pessoas idosas pode ter sido limitada pelo tipo de discurso, capacidade de expressão e também, pela omissão de opiniões e atitudes por medo de represálias ou outros motivos.

Apesar das limitações deste trabalho, as mesmas não devem ser desencorajadoras, devem, pelo contrário, servir de ponto de partida para trabalhos futuros.

Esta investigação teve implicações pessoais, académicas e profissionais enriquecedoras que desenvolveram o interesse por continuar a dar passos neste longo e complexo caminho que implica as pessoas idosas, a sua saúde e as suas relações familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J. (2001). *Em defesa da investigação-acção*. Consultado em 12 Janeiro de 2011 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087365292001000300010&script=sci_arttext&tlng=pt.

Baltes, B. & Baltes, M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. New York: Cambridge University Press.

Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barroso, V. & Tapadinhas, A. (2006). Orfãos geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados”. Consultado em 20 de Fevereiro de 2011, em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>.

Beatty, T. & Wolf, A. (1996). *Connectin with older aduls:educational responses and approaches*. Malabar: Krieger Publishing Company

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas*. Lisboa: Lusodidacta.

Birren, J. & Schoots, J. (1996). *History, concepts and theory in the psychology of agind*. San Diego: Academic press.

Bogdan, R. & Bicklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.

Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.

Carta Social. (2009). Relatório da Carta Social de 2009. Consultado em 10 de Março de 2010 em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2009.pdf>

Carter, B. & Goldrick, M. (1995). *As mudanças do ciclo de vida familiar*. Porto alegre: Artes Médicas

Carvalho, M. & Szymanski, H. (2002). *O Lugar da família na Política social*. São Paulo: Cortez

Censos. (2001). Resultados definitivos dos Censos. Consultado em 20 de Março de 2010 em http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos_links/censo2001.pdf

Direcção Geral de Saúde. (2004). Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas. Consultado em 20 de Janeiro de 2011 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Ferland, F. (2006). *Os avós nos dias de hoje*. Lisboa: Climepsi.

Fernandez-Ballesteros, R. (2009). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirâmide.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.

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

Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *O inquérito: teoria e prática*. Lisboa: Celta.

Gil, A. (1994). *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Gomes, H. (1988). *Um estudo sobre significado de família*. São Paulo: PUC.

Gonzalez, M. (2000). *Planificación y Diseño de Proyectos en Animación Sociocultural*. Madrid: Sans y Torres.

Guerra, I.(2007). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção*. Estoril: Principia.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2004). *Cuidar*. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Censos 2001*. Consultado em 10 de Março de 2010 em http://paginas.ispgaya.pt/~vmca/Documentos_links/censo2001.pdf.

Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Dia internacional do idoso*. Consultado em 10 de Março de 2010 em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=5482340&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Projeções da População Residente, NUTSIII: 2000-2050*. Consultado em 10 de Março de 2010 em [http://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20\(INE\).pdf](http://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20(INE).pdf)

Joia, L. & Ruiz, T. & Donalisio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Consultado em 20 Fevereiro de 2011, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000100018&lang=pt

Ketele, J. & Roegiers, X. (1993). *Metodologia da recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget.

Martins, E. Machado, F. Fonseca, Y. & Sampaio, A. (2007). O significado de família e saúde para idosos. Consultado em 22 de Fevereiro de 2011 em http://www.projectoradix.com.br/arq_artigo/X_12.pdf

Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa*. Loures: Lusociência.

Naldini, M. & Saraceno, C.(2003). *Sociologia da Família*. Lisboa: Editorial Estampa.

Netto, M. (1997). *Gerontologia*: São Paulo: Editora Atheneu.

OMS (2002). World Health Organization: Active ageing: a policy framework. Consultado em 1 de Abril de 2010, em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.

OMS. (1948). World Health Organization :Ageing and health. Achieving health across the life span. Consultado em 15 de Março de 2010, em http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_HPR_AHE_HPD_96.1_2nd_ed.pdf.

Organização Mundial de Saúde (s.d.). Definição de saúde. Consultado em 10 de Março de 2010 em <http://www.who.int>.

Passeira, C. (2008). Contributo da família para um envelhecimento com dignidade. Consultado em 15 de Fevereiro de 2011, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21963/4/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Biotica.pdf>.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pimentel, L. (2005). *Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto.

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciencias sociais*. Lisboa: Gradiva

Relvas, A. & Alarcao, M. (2007). *Novas formas de família*. Coimbra:Quarteto.

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

Rotunno, M., & McGoldrick, M.(1982). Italian families. In M. McGoldrick, J. K. Pearce, & J. Giordano (Eds.). *Ethnicity and family therapy*. New York: Guilford.

Santos, A. (2008). Qualidade de vida e solidão na terceira idade. Consultado em 15 de Fevereiro de 2011, em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>.

Saraceno, C. & Naldini, M. (2003). *Sociologia da família*. Lisboa: Estampa.

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

Serrano, G. (2008). *Elaboração de projectos sociais*. Porto: Porto Editora.

Simões, A. (2006). *A nova velhice*. Porto: Ambar

Sousa, L. Mendes, A. & Relvas, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença Crónica*. Lisboa: Climepsi.

Sousa, L. & Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família*. Porto: Ambar.

Spar, J. & La Rue, A. (2005). *Guia prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária*. Loures: Lusociência.

Streubert, H. & Carpetenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em enfermagem*. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Lista de Apêndices

Apêndice n.º 1	Actividade de Saúde <i>Viver melhor com a diabetes mellitus</i>	157
Apêndice n.º 2	Actividade de Saúde <i>Viver melhor com a hipertensão e doenças do coração</i>	158
Apêndice n.º 3	Actividade de Saúde <i>Viver melhor com as doenças dos ossos</i>	159
Apêndice n.º 4	<i>Atelier de Saúde e Bem Estar</i>	160

APENDICE N.° 1 

APENDICE N.° 2 

APENDICE N.° 3 

APENDICE N.° 4



ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo n.º 1	Escala de Likert	162
Anexo n.º 1b	Gráfico com resultados da Escala de Likert	163
Anexo n.º 2	Guião da entrevista a funcionárias	164
Anexo n.º 3	Pedido de autorização para realização da Investigação	165
Anexo n.º 4	Consentimento informado para as entrevistas das funcionárias	166
Anexo n.º 5	Consentimento informado para questionários de idosos	167
Anexo n.º 6	Consentimento informado para as entrevistas de idosos	168
Anexo n.º 7	Carta formal para dar a conhecer a investigação e convidar a família a participar nas sessões	169
Anexo n.º 8	Convite para pessoas idosas/família	170
Anexo n.º 9	Questionários de avaliação das actividades	171
Anexo n.º 10	Guião de entrevista a idosos	172
Anexo n.º 11	Cronograma	173
Anexo n.º 12	Recursos utilizados no projecto	174
Anexo n.º 13	Cartaz de divulgação das actividades	175

ANEXO N.º 1



ANEXO N.º 1b 

ANEXO N.º 2



ANEXO N.º 3



ANEXO N.º 4

ANEXO N.º 5



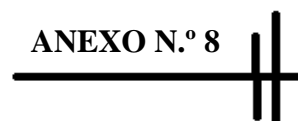
ANEXO N.º 6



ANEXO N.º 7



ANEXO N.º 8



ANEXO N.º 9



ANEXO N.º 10 

ANEXO N.º 11 

ANEXO N.º 12

ANEXO N.º 13
