

CAROLINE DE BESSA BÁRBORA

**BENEFÍCIOS DO REIKI
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

2020

CAROLINE DE BESSA BÁRBORA

**BENEFÍCIOS DO REIKI
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof.^a Dra. Nídia Maria Dias Azinheira Rebelo Braz

2020

Benefícios do Reiki em idosos institucionalizados

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura _____

Copyright ©] [Caroline de Bessa Bárbara]

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

“As far as we can discern, the sole purpose of human existence is to kindle a light of meaning in the darkness of mere being.”

Carl Jung

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis e coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

Dedicatória

À primeira senhora que me aceitou como sua cuidadora,

Beulah Bewley.

Guardarei para sempre no meu coração,

Todos os ensinamentos e momentos de partilha.

Agradecimentos

À Prof.^a Dra. Nídia Maria Dias Azinheira Rebelo Braz por ter recebido o projeto e me acompanhado com tanto entusiasmo, dedicação e imensurável apoio.

À Casa de Repouso da Quinta da Bemposta que acolheu o projeto de braços abertos, proporcionando-me e transmitindo-me ensinamentos que jamais esquecerei. Em especial à Dra. Sara e Dra. Clara, sempre disponíveis e incansáveis ao longo de todo o projeto.

Às três residentes da Casa de Repouso da Quinta da Bemposta que aceitaram participar no estudo, pela sua vontade em participar, pelo sorriso com que sempre me acolheram cada vez que chegávamos e claro, porque sem elas nada disto teria sido possível.

Aos Reikianos e falsos Reikianos pela disponibilidade e generosidade em participar sem nada em troca: Sara Soldado, Nuno Ferreira, Ida, Anabela Leite, Valter Pestana e Catarina Santos.

À minha família sem a qual esta aventura não se teria realizado. Um agradecimento muito especial aos meus pais que me ensinaram a ser a pessoa que sou hoje e que sempre estiveram e sempre estarão prontos para me levantar se a vida me fizer tropeçar. Aos meus irmãos, à minha cunhada e ao meu sobrinho que me transmitem uma força de viver inexplicável.

Às amigas de longa data, Joana Joaquim, Júlia Rodrigues e Susana Bolas, que me acompanham desde os tempos de Liceu e que presentes e ou mesmo à distância me deram muita força.

Ao Thilo que não esteve presente desde o início mas que foi um pilar importantíssimo na fase final deste percurso. Por me fazer acreditar em mim própria.

Um obrigado do fundo do coração a todos que de alguma forma ou outra fizeram com que este projeto se realizasse.

Resumo

O Reiki é considerado uma terapia complementar manipulável através da imposição das mãos pelas zonas mais necessitadas de um indivíduo com o intuito de reequilibrar a nível físico, mental, emocional e espiritual. Sendo o aumento da esperança média de vida dos indivíduos uma realidade preocupante, procurou-se com este projeto estudar os benefícios que a prática do Reiki poderá trazer na vida de idosos institucionalizados que sofrem de depressão. Através do método de investigação-ação, foram realizadas sessões de Reiki e Reiki Placebo a residentes de um lar que sofrem da patologia referida. Posteriormente, foram avaliados e comparados os resultados obtidos através da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta – aplicada antes e depois das sessões. Os resultados foram positivos tanto em relação às sessões de Reiki quanto às sessões de Reiki Placebo.

Palavras-chave: reiki; depressão; idosos; terapias complementares; institucionalização

Abstract

Reiki is considered a complementary manipulable therapy through the laying of hands by the most needed areas of the body of an individual in order to rebalance the physical, mental, emotional and spiritual level. Since the increase in the average life expectancy of individuals is a worrisome reality, this project sought out to study the benefits that the practice of Reiki can bring into the lives of institutionalized elderly people who suffer from depression. Through the action-research method, Reiki and Reiki Placebo sessions were held for residents in a nursing home who suffer from the referred pathology. Subsequently, the results obtained using the Yesavage Geriatric Depression Scale - short version, applied before and after the sessions, were evaluated and compared. The results were positive for both Reiki and Reiki Placebo sessions.

Keywords: reiki; depression; elderly; complementary therapies; institucionalization

Índice

Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Índice de quadros	xi
Índice de Figuras	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
Introdução.....	1
REVISÃO DA LITERATURA	3
1. ENVELHECIMENTO	4
1.1. Envelhecimento Demográfico	14
1.2. Envelhecimento Bem-sucedido versus Envelhecimento Ativo	17
2. INSTITUCIONALIZAÇÃO	23
3. DEPRESSÃO	31
A depressão é uma patologia complexa, heterogénea e multifatorial. Apesar de toda a investigação que tem sido alvo, nos últimos anos, ainda persistem algumas dúvidas por esclarecer, no que toca à sua origem. Todavia, é possível afirmar que existem três grandes fatores associados à casualidade da doença (Gusmão, 2005):	
3.1. Depressão na Terceira Idade	33
4. TERAPIAS COMPLEMENTARES	44
5. REIKI	45
O Reiki surgiu no Japão em meados do séc. XX através de Mikao Usui, trata-se de um sistema complementar de cura que visa o equilíbrio físico, emocional e mental do ser humano, através da imposição das mãos (Stein, 1995). A Associação Portuguesa de Reiki descreve esta terapia alternativa como uma:.....	
METODOLOGIA.....	47
1. JUSTIFICAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO.....	48
2. METODOLOGIA / INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO	49
2.1. Amostra.....	50
2.2. Seleção de Reikianos e Falsos Reikianos	55
2.3. Procedimento de realização das sessões	55
2.4. Instrumento de avaliação: Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta	56
RESULTADOS	57

1. APRESENTAÇÃO.....	58
2. DISCUSSÃO.....	62
CONCLUSÃO.....	63
BIBLIOGRAFIA.....	65
ANEXOS.....	73

Índice de quadros

Quadro 1 - Transformações sensoriais decorrentes do processo de envelhecimento (Oliveira, 2010)

Quadro 2 - Projeções da População, Portugal 2060 (fontes: Censos 2011 e INE, 2010)

Quadro 3 - Projeções demográficas em percentagem (fonte: INE, 2010)

Quadro 4 - Características das depressões senis

Quadro 5 - Depressão ou demência? (Ramos, 2014)

Quadro 6 - Fases, objetivos de estudo e calendarização

Quadro 7 - Informação sobre toma de antidepressivos e diagnóstico de depressão

Quadro 8 - Resultados da Escala aplicada para pré-seleção de participantes

Quadro 9 - Caracterização dos participantes

Quadro 10 - Implementação de sessões de Reiki

Quadro 11 - Implementação de sessões de Reiki com falso Reikiano

Quadro 12 - Resultados obtidos através da aplicação da Escala com o Participante A

Quadro 23 - Resultados obtidos através da aplicação da Escala com o Participante B

Quadro 34 - Resultados obtidos através da aplicação da Escala com o Participante C

Índice de Figuras

Figura 1 - Fatores determinantes do Processo de Envelhecimento (fonte: Netto, Kein & Brito, 2006)

Figura 2 - Indicadores qualitativos e quantitativos utilizados para o estudo da variável “condicionantes e as características da adaptação do idoso à instituição” Fonte: Carvalho & Dias (2011)

Figura 3 - Depressão e Demência na 3ª idade (Fonte: APPSIQ, 2010).

Figura 4 - Descrição do quadro técnico da Casa de Repouso da Quinta da Bemposta em relação ao número de residentes

Figura 5 - Descrição do quadro técnico da Casa de Repouso da Quinta da Bemposta em relação ao número de residentes

Figura 6 - Resultados obtidos através da aplicação da Escala com representação comparativa dos resultados com o Participante A

Figura 7 - Resultados obtidos através da aplicação da Escala com representação comparativa dos resultados com o Participante B

Figura 8 - Resultados obtidos através da aplicação da Escala com representação comparativa dos resultados com o Participante C

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Declaração de consentimento informado

ANEXO 2 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

Introdução

O aumento da esperança média de vida dos indivíduos é uma realidade cada vez mais presente. Mas como dito pelo presidente John F. Kennedy num dos seus discursos, “It is not enough to add years to one’s life ... one must also add life to those years.” Estamos de facto a envelhecer cada vez mais, mas não significa que estejamos a envelhecer com qualidade. Pelo contrário, esta situação está a gerar preocupações a vários níveis. Como estudantes em Gerontologia Social cabe-nos identificar quais são e como resolvê-las.

São cada vez mais os idosos a serem institucionalizados e várias as consequências que acompanham este processo. O isolamento, a depressão e a aceleração da degradação do estado físico e mental destes indivíduos são alguns exemplos. Com esta preocupação procuramos encontrar uma solução que pudesse atenuar esta realidade. Ao longo do percurso profissional em lares apercebemo-nos que o tratamento deste tipo de problemáticas é usual e principalmente feito através de fármacos. O aumento do uso de medicamentos tem vindo a aumentar cada vez mais ao longo dos anos em vários países (Joan Busfield, 2015). Foi então pretendido encontrar algo que pudesse complementar ou até reduzir o uso de fármacos em casas de repouso. Com isto surgiu a ideia de usar o Reiki em pessoas de idade avançada institucionalizadas que sofrem de depressão.

O Reiki é uma terapia complementar nunca invalidando ou substituindo as Medicinas e outras terapias, mas sim trabalhando em conjunto com estas. Esta é uma prática espiritual manipulável através da imposição de mãos descoberta por um monge budista japonês chamado “Mikao Usui”. Realiza-se passando as mãos pelo corpo do paciente transmitindo a “Energia Universal” pelas zonas mais necessitadas com a intenção de restabelecer o seu equilíbrio físico, mental e espiritual. É suposto melhorar os sintomas apresentados assim como as suas causas.

Existem vários estudos que comprovam o seu efeito benéfico em pessoas que sofrem de cancro ou até em enfermeiros que sofrem da síndrome de *Burnout*. No entanto, no âmbito da Gerontologia esses estudos são escassos. Num dos estudos encontrados, foi aplicado Reiki em 10 pessoas sofrendo de dor crónica (que não sofressem de cancro) que tivessem mais de 60 anos e residissem no estado de Rio Grande do Sul no Brasil; foram realizadas cinco sessões (em cinco dias consecutivos)

de uma hora em cada indivíduo. De forma a avaliar os resultados foi feita uma entrevista semiestruturada aos idosos em conjunto com uma escala verbal para avaliar o nível de dor, antes e depois de as sessões de Reiki. Esse estudo foi complementado pelo método de observação enquanto os participantes estavam a receber o tratamento. Os resultados foram positivos, todos os participantes afirmaram sentir menos dor após as cinco sessões (Freitag, Dalmolin, Badke & Andrade, 2014).

Este é um projeto de investigação-ação em que foram avaliados o estado de saúde mental dos participantes antes das sessões de Reiki e após as mesmas, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta. Foram conduzidas três sessões de Reiki em 3 idosos (sessões individuais) durante uma semana. Foi aplicado o mesmo processo nos mesmos participantes com pessoas sem qualquer conhecimento sobre Reiki para testar o efeito placebo.

O efeito placebo é interpretado através do efeito causado, tanto a nível psicológico quanto físico, por um tratamento neutro, onde o princípio ativo está ausente. Tornou-se uma ferramenta essencial, como controlo de ensaios clínicos. Placebos demonstram resultados mesuráveis: mudanças fisiológicas ou até alterações a nível da pressão arterial. Doenças em que o diagnóstico depende de autorrelatos de sintomas para serem avaliados são os que apresentam resultados mais efetivos através do uso de placebo, como a depressão, ansiedade ou dor crónica (Newman, 2017).

Por estas mesmas razões foi considerado essencial a aplicação desta metodologia nos participantes. Foi necessário entender o quão era o Reiki que estava efetivamente a provocar mudanças nos idosos ou apenas a atenção que lhes é dada ao longo da realização do projeto, uma vez que os sujeitos se encontram em situações de solidão, provocada pela institucionalização.

O trabalho desenvolve-se ao longo de três capítulos. No primeiro será apresentado uma revisão da literatura. Pretendemos esclarecer teorias e conceitos acerca do envelhecimento, da depressão, da institucionalização, terapias complementares e do Reiki.

No segundo apresentamos a metodologia usada para a realização do projeto. Acompanhada pela justificação e desenho do estudo, descrição da amostra, forma de seleção de Reikianos e falsos Reikianos, procedimento de realização das sessões e o método utilizado para a recolha de dados.

No terceiro expomos os resultados. Serão apresentados, discutidos e finalizamos com as conclusões.

REVISÃO DA LITERATURA

1. ENVELHECIMENTO

Todos os organismos vivos possuem um tempo limitado de vida, sofrendo mudanças ao nível fisiológico, onde os seres humanos não são exceção. A vida de um organismo, normativamente, está dividida em três grandes períodos: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e por fim o envelhecimento. No primeiro período de vida, dá-se o crescimento dos órgãos vitais vai-se desenvolvendo e ganhando as capacidades funcionais necessárias que tornam o organismo em questão capaz de se reproduzir. O período seguinte é representado pela capacidade que o indivíduo tem em se reproduzir, garantindo assim a sobrevivência, sucesso e evolução da própria espécie. Por último, o período do envelhecimento, é caracterizado pelo declínio da capacidade funcional do organismo (Cancela, 2007). O envelhecimento, a nível individual, remete para múltiplas trajetórias de vida e que, no aspeto coletivo, sofre a influência de fatores socioculturais como acesso à educação, aos cuidados em saúde, à alimentação e ao lazer e a uma rede de relações estáveis. Na literatura gerontológica, envelhecer é considerada uma situação progressiva e multifatorial, e a velhice uma experiência heterogénea, experienciada com mais ou menos qualidade de vida e potencialmente bem-sucedida (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

De acordo com Fontaine (2000) é difícil estabelecer um marco rigoroso que defina a entrada de uma pessoa na terceira idade, uma vez que existem diversos fatores que contribuem para o envelhecimento, sendo que este está muito dependente do contexto social e histórico envolvente (Paúl & Fonseca, 2005).

De acordo com Fontaine (2000) são várias as formas de envelhecer, variando de indivíduo para indivíduo, possibilitando assim falar em idade biológica, idade psicológica e idade social, que podem nada ter a ver com a idade cronológica:

- Idade Biológica: está relacionada com o envelhecimento fisiológico e orgânico. O organismo sofre modificações, nomeadamente nos órgãos vitais, que levam ao seu declínio durante a vida, diminuindo também a sua capacidade de autorregulação.
- Idade Psicológica: é relativa as competências comportamentais que o indivíduo possui de forma a responder às mudanças ocorridas no seu contexto. Estas competências incluem a memória, motivação e inteligência.

- **Idade Social:** diz respeito ao papel, estatutos e às práticas do indivíduo, relativamente aos outros membros da sua sociedade. A idade social é especialmente influenciada pelo aspeto cultural e histórico de um país.

De acordo com Spirduso, Francis e MacRae (2005), o envelhecimento é um processo ou um conjunto de processos, independentes dos ritmos biológicos diários ou sazonais e de qualquer outra alteração temporária, que ocorrem nos seres vivos que com o passar do tempo, originam a perda da adaptabilidade, a incapacidade funcional, levando à morte. Os mesmos autores consideram a existência de dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento primário e o envelhecimento secundário, que passamos a descrever:

- **Envelhecimento Primário:** este tipo de envelhecimento manifesta as alterações universais, ou seja, as alterações transversais a toda a população, que ocorrem devido a idade cronológica, sendo que são independentes da ocorrência de doenças ou de influências de envolvimento. É um processo orgânico e biológico com especial interesse para as áreas da biologia e da genética (Spirduso, Francis & MacRae, 2005).
- **Envelhecimento Secundário:** é referente aos sintomas clínicos, ou seja, o síndrome do envelhecimento propriamente dito, incluindo os efeitos do desenvolvimento e da doença. Este envelhecimento corresponde às alterações relacionadas com a idade, mas causadas por fatores que podem ser evitados, tais como a alimentação inadequada, falta de atividade física e a exposição a elementos aditivos (como por exemplo o tabaco e o álcool). Pode-se dizer então que este tipo de envelhecimento corresponde à interação entre o desenvolvimento das diferentes doenças e o envelhecimento primário (Spirduso, Francis & MacRae, 2005).

De acordo com Berger & Poirier (1995) são várias as teorias que tentam explicar o processo de envelhecimento, as quais se passam a apresentar:

- **Teoria Imunitária:** o envelhecimento é o resultado da formação por parte do sistema imunitário de anticorpos que atacam as células saudáveis do organismo.

- Teoria Genética: o envelhecimento é encarado como um processo contínuo em consequência da degradação da informação genética à formação das proteínas que constituem as células.
- Teoria do Erro na Síntese Proteica: o envelhecimento é o resultado da morte celular, isto é, resulta da ocorrência de alterações nas moléculas de ADN, que levam à alteração da informação genética, formando assim proteínas que não conseguem desempenhar adequadamente as suas funções metabólicas.
- Teoria do Desgaste: a morte ocorre, porque os organismos não são capazes de se renovar constantemente, acumulando danos ao longo da vida.
- Teoria dos Radicais Livres: os radicais livres acumulados ao longo do processo de envelhecimento provocam a peroxidação dos lípidos, transformando-os em substâncias que vão envelhecer e enfraquecer as células. Esta teoria pertence às designadas teorias catastróficas do envelhecimento, nas quais os fenómenos surgem ao acaso e têm um impacto prejudicial sobre o organismo.
- Teoria Neuro endócrina: a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro endócrinas.

É também importante falar nas mudanças decorrentes do envelhecimento. Estas mudanças podem ser divididas em mudanças biológicas, psicológicas e sociais.

Como já foi dito, o envelhecimento é um processo biológico inevitável, inerente a todos os seres humanos e caracterizado pelo declínio das funções biológicas e fisiológicas.

De acordo com Robert (1995) as principais alterações biológicas a ter em conta no processo de envelhecimento são: a senescência, o envelhecimento diferencial e o aparecimento de alterações fisiológicas. No entanto, o mesmo autor afirma que estas alterações variam muito de pessoa para pessoa, tendo em conta o modo como cada um viveu. Aspectos como os comportamentos aditivos, a alimentação, o sítio onde mora e as pessoas com quem convive, podem alterar ou desenvolver aspectos biológicos diferentes entre pessoas. É, portanto, importante saber quais são as modificações normais

decorrentes do processo de envelhecimento, de modo a que não haja confusões com estados de saúde derivados de outros estádios da vida (Robert, 1995).

Mailloux (2005) afirma que no processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do nosso organismo e o efeito dessas alterações nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos individuais, tratando-se de processos normais inerentes ao envelhecimento e não de sinais de doença.

No seu livro, Oliveira (2010) referiu várias mudanças ocorridas ao nível dos sentidos durante o processo de envelhecimento, que agora se resumem no seguinte quadro:

Quadro 4: Transformações sensoriais decorrentes do processo de envelhecimento (Oliveira, 2010)

Sentido	Transformação
Visão	Além do declínio natural das habilidades da visão, os idosos estão também mais propensos a desenvolver algumas doenças oculares. É o caso das cataratas, do glaucoma e da degeneração macular, problemas oculares que comprometem a capacidade visual do indivíduo.
Audição	A perda da capacidade auditiva resultante do envelhecimento é conhecida como presbiacusia, que é, tipicamente, caracterizada pela perda auditiva bilateral para tons de alta frequência, devido a mudanças degenerativas e fisiológicas no sistema auditivo com o aumento da idade. A perda de audição é uma das consequências mais frustrantes para os idosos, produzindo um profundo impacto na sua vida.
Olfato	O olfato também pode ser afetado durante o processo de envelhecimento devido a alterações relacionadas como o aumento de tecidos moles e atrofia das glândulas mucosas, fazendo com que a

	mucosa nasal seque , provocando obstrução nasal, que aumenta as dificuldades em identificar odores.
Paladar	No que concerne ao paladar, existe uma diminuição na capacidade de perceber o gosto doce e salgado dos alimentos, enquanto os sabores ácidos e amargos se mantêm inalterados. devido à atrofia das papilas gustativas, são responsáveis pelo paladar.
Tato	Existe uma diminuição da sensibilidade da palma da mão, mas quanto ao resto do corpo a sensibilidade mantém-se sem modificações até uma idade muito avançada, podendo eventualmente sofrer alterações devido ao surgimento de doenças.
Cinestesia	Existe uma diferença significativa entre os jovens e os idosos relativamente a certos movimentos como por exemplo os movimentos específicos que mobilizam os joelhos e as ancas.

Com o processo de envelhecimento, existem várias alterações ao nível celular. Ao envelhecer as células perdem elementos e aumentam a percentagem de tecidos gordos e fibrosos em detrimento dos tecidos magros. Assim, a perda de células no envelhecimento é significativa, o seu número diminui cerca de 30% entre os 20 e os 70 anos (Robert, 1994).

De acordo com Neto, Kein e Brito (2006) as modificações nos órgãos dão-se essencialmente ao nível celular básico. O número de células vai diminuindo, pelo que existem menos células funcionais no organismo, havendo, no entanto, um conjunto de fatores que intervêm em todo este processo, como podemos observar na figura 1:

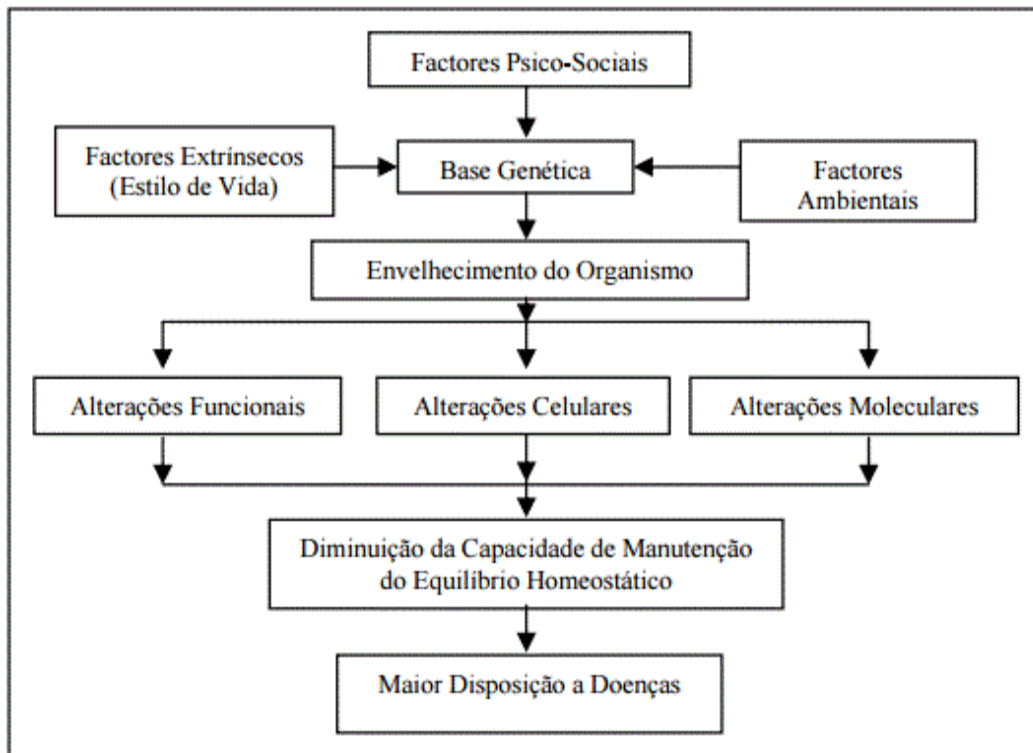


Figura 1: Fatores determinantes do Processo de Envelhecimento (fonte: Netto, Kein & Brito, 2006)

De acordo com Gomes (1991) as alterações biológicas que ocorrem no processo de envelhecimento são alteração do sabor e do olfato quanto à sensibilidade, ficando esta diminuída; diminuição da sensibilidade à dor e à vibração, aumento da suscetibilidade às variações de temperatura, aumento dos sintomas ao nível do aparelho gastrointestinal, deterioração e perda de dentes, deterioração e perda de dentes, perda ou embranquecimento do cabelo, diminuição do tónus e atrofia muscular, alterações esqueléticas associadas à osteoporose, diminuição da função renal, redução do rendimento cardíaco, a perda da elasticidade do tecido cognitivo, o Sistema Nervoso Central perde neurónios, diminuição da taxa do metabolismo basal, diminuição da acuidade visual e redução da acuidade auditiva, especificamente em relação a altas frequências.

Falar do processo de envelhecimento não é só falar de alterações ao nível biológico e físico. Existem também um sem número de alterações ao nível psicológico que são resultantes do avançar da idade, sendo estas muito diversas e com consequências muito sentidas na qualidade de vida dos idosos. Raramente, os problemas psicológicos relacionados com este processo natural de envelhecimento são causados

pela diminuição das capacidades cognitivas, mas sim, causados por situações de *stress*, pela dificuldade de adaptação a novas realidades, à existência de doença física ou devido a perdas de papéis sociais (Fernandes, 2002).

São inúmeras as alterações psicológicas a ter em consideração que as pessoas sofrem devido ao processo de envelhecimento, tal como indica Oliveira (2010):

- Declínio na manifestação da afetividade, dos interesses, das ações, das emoções e dos desejos;
- Prejuízo da memória de fixação, como por exemplo, esquecer nomes de pessoas, coisas, ou mesmo onde colocou determinados objetos;
- Acentuação das características da personalidade que tenham existido na juventude; tendem a exacerbar-se, por exemplo: rigidez, egocentrismo, desconfiança, irritabilidade, avareza, dogmatismo, autoritarismo, entre outras;
- Dificuldade na assimilação ou mesmo aversão, a ideias, coisas ou situações novas;
- Maior apego aos valores já conhecidos e convencionados, aos costumes e às normas já instituídas;
- Depressão/alteração do humor.

É preciso chamar a atenção que estas manifestações podem-se tornar patológicas com o tempo, evoluindo para graves patologias e impedindo assim o idoso de viver a sua vida de maneira independente, sendo os seus principais aspetos de risco (Oliveira, 2010):

- Deterioração gradual dos processos sensoriais;
- Solidão e/ou depressão;
- Risco de suicídio;
- Doenças mentais degenerativas (por exemplo: Alzheimer);
- Baixa autoestima;

- Violência (em casa ou na rua): física, psicológica, financeira;
- Negligência de cuidados.

Tendo em conta as alterações psicológicas normais relacionadas com o processo de envelhecimento, o ser humano pode envelhecer melhor ou pior, dependendo da maneira como encara este processo tão natural, tendo em conta que o equilíbrio entre o envelhecimento psicológico e físico é importante para melhorar a qualidade de vida e as relações interpessoais (Oliveira, 2010).

Importa também referir as modificações sociais decorrentes do envelhecimento. As limitações que os idosos enfrentam ao nível social relacionam-se com as barreiras e obstáculos impostos pela sociedade. Os papéis sociais dos idosos são reduzidos e muito desvalorizados, o que condiciona o seu estatuto social. A sociedade ocidental, é marcada por representações negativas da velhice, o que origina limitações em termos de oportunidades e também limitações socioeconómicas. Assim, a velhice torna-se num período difícil para a maior parte das pessoas, mesmo que o idoso tenha condições individuais favoráveis (Pimentel, 2001).

Ao nível da influência que o ambiente social pode ter na qualidade de vida de uma pessoa, este é de facto real, sendo que o isolamento social é consistentemente reportado como tendo um impacto negativo na saúde e bem-estar, existindo uma crescente evidência dos efeitos do mesmo nos idosos. Regista-se que o isolamento e a ausência de relações sociais são fatores preditivos de comportamentos suicidas.

Quando considerados os dados sociodemográficos (tais como género, idade, estado civil e profissão anterior) verifica-se que as relações sociais assumem um papel preponderante na qualidade de vida e na forma como a pessoa idosa se sente no geral, por exemplo, os indivíduos casados são tendencialmente mais felizes que os não casados, divorciados ou viúvos (Bierman, Fazio & Milkie, 2006; Demo & Acok, 1996; Pinquart, 2003, *cit in*. Fonseca, 2011). A existência de redes sociais na vida do indivíduo idoso é uma condição fulcral para assegurar a autonomia, autoconceito positivo e uma maior satisfação de vida.

Contudo, Pinquart e Sorensen (2000, *cit in*. Fonseca, 2011) constataram que apesar da real importância da existência de relações sociais, as qualidades das mesmas sobrepõem-se à quantidade, constatação esta suportada pelo estreitamento do círculo de relações significativas verificadas por Lang (2001, *cit in*. Fonseca, 2011), no processo

de envelhecimento. De realçar que a interação com amigos está positivamente correlacionada com o bem-estar emocional.

Ainda relativamente às influências que afetam a qualidade de vida, existem os acontecimentos de vida. De acordo com Davies (1996) trata-se de uma situação específica que ocorre num determinado tempo e espaço na história de vida do indivíduo, diferenciando-se da exposição quer a “problemas crónicos” quer a “contrariedades do dia-a-dia”. Estes tanto podem ser de génese externa como interna ao indivíduo, sendo assim importante ter atenção aos efeitos diferenciais relativos ao bem-estar psicológico, resultantes da exposição a acontecimentos de vida positivos e negativos, independentemente da origem. De notar que acontecimentos de vida específicos, como por exemplo a viuvez, tendem a agravar o isolamento social e a aumentar a solidão. De facto, para além da viuvez, são capazes de predizer a solidão em si, a auto perceção de saúde como fraca ou muito fraca, assim como danos cognitivos e *distress* psicológico, com especial ênfase nesta última variável,. Deste modo, torna-se necessário a intervenção ao nível social e psicológico de forma a prevenir consequências não desejáveis (Paúl & Ribeiro, 2009).

Serrão (2006) utiliza o termo *sénior* para designar homens e mulheres com mais de 65 anos, que já não exercem qualquer tipo de atividade profissional, mas que mantêm as suas capacidades, sendo, portanto, independentes, saudáveis e ativos. Este autor considera existir ainda três subtipos de *seniores*:

- 1) Idosos muito dependentes, geralmente com idades superiores aos 85 anos e com elevada dependência de terceiros que resulta da própria degradação do organismo devido ao envelhecimento natural ou surge por surgimento de uma doença;
- 2) Idosos dependentes, em que a dependência resulta devido ao aparecimento de uma doença crónica que obriga a que os indivíduos necessitem de tratamentos médicos contínuos;
- 3) Idosos independentes, que mantêm as suas capacidades, mas encontram-se inativos, devido à ideia socialmente concebida de que por estarem reformados não devem ou são capazes de levar a cabo algum tipo de atividade.

O Homem dos nossos dias recusa a ideia do envelhecimento e tudo o que o acompanha: perda de mobilidade física, do tónus muscular, défices ao nível da audição, visão e várias doenças crónicas já que, tendo em conta o ritmo de vida contemporâneo, existe uma grande preocupação com a preservação da liberdade individual, da independência cognitiva e física e também a conservação da autonomia social e moral (Nunes, 2011).

Em suma, todos querem envelhecer com dignidade e com o máximo de autonomia, negando a existência de doenças debilitantes, recusando o uso de medicação contínua para diversos tipos de doenças que requer continuidade, já que esta realidade gera dependência, sendo algo que nenhum idoso quer (Nunes, 2011).

Como refere Zimerman (2007) a velhice ocupa um lugar marginalizado na existência humana uma vez que os seus potenciais reprodutivos, evolutivos e produtivos já foram realizados, perdendo assim o seu valor social pois, como deixa de gerar riqueza, o indivíduo perde o seu valor simbólico. Socialmente, a pessoa idosa é exposta a um processo caracterizado por rejeições e perdas. Devido a tal realidade, o idoso tem a tendência em se isolar, devido então a vários fatores sociais como são as perdas diversas, os lutos contantes, a reforma e a diminuição dos contatos sociais voluntários e involuntários.

O mesmo autor refere que, devido ao idoso ter poucas ocupações sociais e ser menos solicitado pela família e os amigos, faz com que este desenvolva um sentimento de improdutividade e inutilidade sem que lhe seja reconhecido qualquer poder decisório (Zimerman, 2007).

Esta ideia é também apoiada por Silva (2008), visto que o termo velho é normalmente associado a sinais de decadência física e incapacidade produtiva, sendo muitas vezes utilizada como forma de tratamento pejorativo. No entanto, nem sempre a palavra velho foi carregada de uma intenção negativa. Até ao século XX, o termo velhice não tinha pares, e os termos velhote ou velho serviam para referir pessoas com um certo *status* social e sabedoria. As aceções pejorativa e depreciativa destas palavras surgiram com o desenvolvimento do capitalismo, que associaram as idades mais avançadas a imagens relacionadas com a incapacidade para trabalhar (Peixoto, 2007).

A visão de um corpo em declínio, sem a perfeição de outros tempos, enrugado e fragilizado, característico do processo de envelhecimento, tende a ultrapassar os limites do corpo, associando-se à própria identidade dos indivíduos (Mercadante, 2005). As imagens depreciativas sobre as pessoas idosas avaliam não só o corpo, mas dilatam-se

para os seus papéis sociais, a personalidade e a sua situação cultural e económica. Verifica-se também o estabelecimento de uma relação com o tempo, no que diz respeito à proximidade da morte, que condiciona as expectativas da pessoa e o seu posicionamento perante si, os outros e a sociedade no geral (Mercadante, 2005).

No entanto, nem todas as conceções sociais sobre o envelhecimento são negativas e atualmente começa-se a encarar a velhice como uma fase de novas oportunidades. O envelhecimento pode ser considerado então, como um processo onde se acumula uma maior habilidade para a realização de novos planos de vida (Luz & Amatuzzi, 2008). O envelhecimento envolve inúmeras oportunidades para se adquirirem novos conhecimentos. De facto, hoje em dia é mais comum encontrar idosos saudáveis e ativos na nossa sociedade, tornando assim muito importantes os estudos que vão contra a ideia de velhice como sendo uma fase marcada pela inatividade e pela valorização dos recursos encontrados para a construção de um envelhecimento positivo.

Nesta fase, devem ser destacadas as capacidades de adaptação que as pessoas com mais de cinquenta e nove anos apresentam, para reformularem a sua vida e traçar novos planos a partir da sua situação (Luz & Amatuzzi, 2008).

1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento tem sido encarado como sendo um dos principais problemas do século XXI. Nas últimas décadas do século passado verificou-se um incremento, de forma exponencial e sem interrupção, do número de idosos, que fez com que as sociedades mais desenvolvidas se transformassem em sociedades envelhecidas (Cabral *et al.*, 2013). Portugal não é exceção e verifica-se que, atualmente, é uma sociedade envelhecida, existindo mais idosos do que jovens. Tal deveu-se à conjugação do aumento da esperança média de vida com a queda da natalidade, assim como à grande emigração portuguesa verificada nas décadas de 1960 e 1970 (Cabral *et al.*, 2013).

A relação entre o número de idosos e jovens traduziu-se, em 2017, num índice de envelhecimento de 143.9 idosos por cada 100 jovens (20.5% da população). O índice de dependência é um indicador relevante para o domínio dos cuidados aos idosos em Portugal. Em 2001 afetava 24.4 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa no nosso país, passando a 33.6 em 2018 (PORDATA, 2019).

O Instituto Nacional de Estatística publicou em 2010 um documento denominado “Projeções de População residente em Portugal: 2008-2060” onde foram traçados os cenários demográficos até ao ano de 2050, onde se pode verificar a projeção da evolução do envelhecimento em Portugal, como se pode verificar nos seguintes quadros:

Quadro 5: Projeções da População, Portugal 2060 (fontes: Censos 2011 e INE, 2010)

Grupo populacional/Ano	2010	2011	2020	2030	2040	2050
15 + Anos	9 025 171	8 989 068	9 331 052	9 534 828	9 544 218	9 397 885
15-64 Anos	7 115 660	6 966 564	7 101 513	6 899 739	6 465 062	5 982 350
65-79 Anos	1 432 063	2 022 504	1 598 627	1 879 975	2 128 201	2 251 967
Mulheres + 65	807 253	1 173 316	884 261	1 025 215	1 142 348	1 194 790
80 + Anos	477 448		630 912	755 114	950 955	1 163 568
Mulheres + 80	312 252		406 150	478 990	590 852	710 703
% + 65 Anos	18,0%	19,2%	20,6%	24,2%	28,3%	32,0%

Segundo o quadro 3, a população com mais de 15 anos irá crescer até 2040, mas a população ativa vai diminuir em 2020. Já a população com mais de 65 deve aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050. Já a população com mais de 80 anos vai ultrapassar em 2014 a fasquia de 1 milhão.

Quadro 3: Projeções demográficas em percentagem (fonte: INE, 2010)

Grupo populacional/Ano	2020	2030	2040	2050
0 -14 Anos	13,8%	12,5%	12,2%	12,1%
16 – 64 Anos	65,6%	63,3%	59,5%	56,0%

65 – 79 Anos	14,8%	17,3%	19,6%	21,1%
+ 80 Anos	5,8%	6,9%	8,7%	10,9%
+ 65 Anos	20,6%	24,2%	28,3%	32,0%

Ao longo do período em que a projeção é feita, o peso da população jovem vai diminuindo, passando de 14,9% em 2011 para 13,8% em 2020 e 12,1% em 2050. O peso da população ativa deve passar de 65,9% em 2011 para 59,5% em 2040 e 56,0% em 2050. A população idosa, no seu total, aumenta de forma progressiva de 19,2% em 2011 para 32,0% em 2050. Por fim, e de acordo com as projeções realizadas, o peso da população com mais de 80 anos de idade poderá passar de 4,5% em 2010 para 5,8% em 2020 e 10,9% em 2050.

De referir que até uma determinada época, todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos eram consideradas idosas. Porém, hoje em dia existem pressupostos diversos em relação aos diferentes grupos etários no último ciclo de vida. Assim, as pessoas com uma idade de 65 anos podem ser classificadas como Idoso jovem, com idades compreendidas entre os 65 e 75 anos; Idoso com idades compreendidas entre os 75 e 85 anos; Idoso idoso, com idades compreendidas entre os 85 e 100 anos e Idoso de elite, acima de 100 anos (Eliopoulos, 2005).

Este envelhecimento populacional acarreta novas necessidades e novos desafios. O facto de se viver mais tempo nem sempre implica a qualidade de vida. A realidade é que o envelhecimento populacional traz novos problemas ao nível individual, social e económico, nomeadamente custos inerentes ao processo de envelhecimento relacionados com a saúde, que serão incomportáveis se não se desenvolverem medidas proativas de forma a promover envelhecimento bem sucedido. Tal como refere Freitas (2004), o envelhecimento demográfico tem acentuado inúmeras fragilidades sociais que se apresentam de forma gravosa na fragilidade de vida dos mais idosos, nos mais dependentes, nos mais carenciados economicamente e nas mulheres. Face ao cenário do envelhecimento demográfico, as sociedades devem dar uma dimensão humana ao envelhecimento e à velhice.

1.2. ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO VERSUS ENVELHECIMENTO ATIVO

Um dos temas mais falados na área da gerontologia, tendo atingindo muita importância no âmbito dos meios de comunicação, serviços, textos e pesquisas é o Envelhecimento bem-sucedido. Neste campo de estudo, admite-se que o tempo cronológico deve ser acompanhado de uma vida ativa, sendo que esta necessidade deve ser identificada como o resultado da união de esforços entre e produção científica, a tecnologia e práticas de atenção à saúde dos idosos (Lima, Silva & Galhardoni, 2008). Preferencialmente, o envelhecimento deve ocorrer com qualidade, mantendo a autonomia das pessoas de forma a preservar a capacidade e a oportunidade para que esta população continue a participar ativamente na sociedade, minimizando assim o risco de exclusão social.

Apesar de existirem diferentes definições para o envelhecimento bem-sucedido, todas elas enfatizam as seguintes características: a satisfação com a vida, a longevidade, a ausência de incapacidade, a participação social ativa, a grande capacidade funcional, a independência e a adaptação positiva (Lima, Silva & Galhardoni, 2008). Os mesmos autores referem a existência de vários fatores que podem ser considerados como preditores de um envelhecimento bem-sucedido, tais como: elevado nível educacional, prática de atividade física regular; senso de autoeficácia; participação social e ausência de doenças crônicas.

Para Rowe e Kahn (1997) o envelhecimento bem-sucedido assenta em três elementos:

- 1) Baixa probabilidade de doenças e incapacidades relacionadas com as mesmas;
- 2) Boa capacidade funcional física e cognitiva;
- 3) Relacionamento ativo com a vida.

A hierarquia entre os diferentes elementos é mostrada pela integridade das funções físicas e das funções mentais. Em conjunto, estas duas funções atuam como sendo a força potencial para a realização de atividades sociais, envolvendo as relações interpessoais, e as atividades produtivas, sejam elas remuneradas ou não (Rowe & Kahn, 1997).

A Organização Mundial de Saúde, no seu Relatório Mundial de Envelhecimento de Saúde (2015) define e distingue dois importantes conceitos que devem ser tidos em

consideração quando se pretende enquadrar a saúde e a funcionalidade do idoso. O primeiro diz respeito à capacidade intrínseca, que corresponde a todas as capacidades físicas e mentais que o indivíduo tem à sua disposição em qualquer altura. O outro conceito é o ambiente onde o idoso vive e interage. Diferentes ambientes fornecem um leque de barreiras ou de recursos que irão influenciar se as pessoas com determinado nível de competências são capazes de executar as tarefas que consideram mais importantes para a sua autonomia e bem-estar.

A combinação entre os indivíduos e os seus ambientes, chamada capacidade funcional, é definida como sendo os atributos relacionados com a saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que valorizam e precisam fazer. Assim, aparece o conceito de Envelhecimento Saudável, intimamente ligado com o Envelhecimento Bem-sucedido, que é definido como sendo o processo de desenvolvimento de manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. O Envelhecimento Saudável não é então um nível ou limiar específico do funcionamento ou da saúde. É sim, um processo que permanece relevante a cada adulto maior, uma vez que sua experiência de Envelhecimento Saudável pode sempre se tornar mais ou menos positiva. Por exemplo, a trajetória do Envelhecimento Saudável de pessoas com demência ou doença cardíaca avançada pode melhorar se elas tiverem acesso a cuidados de saúde que otimizem a sua capacidade e se essas viverem num ambiente de apoio (OMS, 2015).

De acordo com Rowe e Khan (1997) o envelhecimento bem-sucedido é mais que ausência de doença e a manutenção da capacidade funcional. Ambas são importantes, mas é a sua combinação com a relação que os idosos estabelecem com a vida que melhor representa o conceito. Como referem estes autores, as capacidades físicas e cognitivas são essenciais para a atividade, pois indicam o que uma pessoa consegue ou não fazer. Esta definição envolve contatos e transações com outros, intercâmbio de informação, suporte emocional e assistência direta, seja no âmbito de uma atividade produtiva, quer que se seja remunerada ou não, mas tem que trazer valor social (Rowe & Kahn, 1997).

O envelhecimento bem-sucedido está associado a uma mudança já que este conceito considera que a velhice e o envelhecimento não são sinónimos de inatividade, inutilidade ou doenças. Este conceito está ligado a uma noção de que a pessoa apresenta um potencial para o desenvolvimento que não termina quando se inicia o processo de envelhecimento, resgatando assim aspetos positivos da velhice (Albuquerque, 2005).

Baltes e Baltes (1990) olham para o envelhecimento bem-sucedido como sendo a junção de vários fatores, tais como os biológicos, psicológicos, sociais, económicos e culturais.

A teoria de envelhecimento bem-sucedido olha para o idoso como sendo proativo, definindo os seus objetivos e dispondo de recursos que lhe permitam adaptar-se às mudanças decorrentes da idade. Como tal, não há uma única forma de envelhecer com sucesso, mas existem diferentes caminhos e diferentes formas de os percorrer, podendo diferentes pessoas alcançar a mesma satisfação de vida e um sucesso idêntico (Ferreira, 2009).

Em 2002, a OMS introduziu o conceito de Envelhecimento Ativo, definindo-o como sendo o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem, devendo ser promovido quer ao nível individual quer ao nível de grupo.

A expressão *ativo* remete o pensamento para a noção de manutenção da atividade física e cognitiva por parte das pessoas mais velhas, especialmente quando estas passam da vida ativa para a fase da reforma. Assim o ponto basilar do Envelhecimento Ativo são os estilos de vida saudável e os bons hábitos de saúde (Cabral & Silva, 2010).

Paúl (1991) define envelhecimento ativo como sendo um processo de otimização para a saúde, participação e segurança como principal intuito de aumentar a qualidade de vida dos idosos durante o envelhecimento. Para esta autora o envelhecimento ativo implica, além da qualidade de vida, a autonomia, a independência e uma expectativa de vida positiva dos idosos. Como se pode verificar este conceito tem como base a participação social, a segurança e a saúde.

Paúl (1991) considera que o Envelhecimento Ativo tem três componentes:

- a) O processo de envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer;
- b) Um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade em relação a este grupo etário;
- c) O envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de envelhecimento.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2011), o Envelhecimento Ativo constitui-se como sendo um novo paradigma de forma a alterar a visão e os estereótipos negativos associados aos mais velhos, fazendo parte de uma visão sociopolítica, que pretende que cada vez mais exista um número considerável de pessoas idosas saudáveis (reduzindo a sobrecarga dos sistemas de apoio social e de saúde), que se mantenham no mercado de trabalho por um período mais longo (reduzindo assim os custos no sistema de pensões) e ao mesmo tempo que participem nos processos políticos e comunitários do quotidiano, exercendo assim o seu direito de cidadania.

Ferreira (2009), refere que o envelhecimento ativo se destina à população em geral para que as pessoas compreendam o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando assim a participação ativa dos idosos nas questões sociais sejam elas de origem económica ou culturais, tendo como intuito o aumento da esperança de uma vida saudável e de qualidade.

O Envelhecimento Ativo depende de várias determinantes, que envolvem os idosos, famílias e os países. A cultura é, portanto, um dos principais fatores que servem para compreender melhor a estrutura do envelhecimento ativo, abrangendo todas as pessoas e comunidades, modelando assim a forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo, os valores culturais e as tradições determinam muito como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento (Ivo, 2008).

Em Portugal, a promoção do envelhecimento ativo, bem como a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e a promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores, constituíam as estratégias de intervenção do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, programa criado em 2006 pela Direção Geral de Saúde, tendo sido elaborado com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.

Este programa estabelece três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento ativo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, estabelecendo recomendações para a ação que têm em conta a idade, as especificidades do género, a cultura e a estimulação da participação das pessoas idosas no sistema:

1) Promover um envelhecimento ativo, informando as pessoas idosas sobre:

a) Atividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar;

- b) Estimulação das funções cognitivas;
- c) Gestão do ritmo sono-vigília;
- d) Nutrição, hidratação, alimentação e eliminação;
- e) Manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase de reforma.

2) Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas, identificando:

- a) Os determinantes da saúde da população idosa;
- b) As dificuldades mais frequentes no acesso da população idosa aos serviços e cuidados de saúde;

- Rastrear os critérios de fragilidade, através do Exame Periódico de Saúde (EPS), informando a população idosa e as famílias sobre:

- a) A utilização correta dos recursos necessários à saúde;
- b) A abordagem das situações mais frequentes de dependência, nomeadamente por défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e sociofamiliares;
- c) A abordagem das situações demenciais, nomeadamente da doença de Alzheimer, assim como sobre a prevenção da depressão e do luto patológico;
- d) Abordagem da incontinência;
- e) Promoção e recuperação da saúde oral;
- f) Prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação;
- g) Prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência;

- Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre:

- a) Tipos e adequação de ajudas técnicas;
- b) Abordagem da patologia incapacitante mais frequente nas pessoas idosas, nomeadamente fraturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações da memória, demências, nomeadamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais e de comunicação;
- c) Melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos;
- d) Adequação da prescrição medicamentosa às pessoas idosas;
- e) Abordagem da fase final de vida;
- f) Abordagem do luto;
- g) Programação, organização, prestação e avaliação de cuidados de saúde no domicílio;

- h) Abordagem multidisciplinar e intersectorial da saúde e da independência das pessoas idosas.
- 3) Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores, informando as pessoas idosas sobre:
- a) Detecção e eliminação de barreiras arquitetónicas, assim como sobre tecnologias e serviços disponíveis favorecedores da sua segurança e independência, como, por exemplo, o serviço de telealarque;
 - b) Prevenção de acidentes domésticos e de lazer;
 - c) Utilização, em segurança, dos transportes rodoviários;
- Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre:
- a) Prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários;
 - b) Detecção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas

Os idosos percebem por Envelhecimento Ativo, a capacidade de cuidar da sua saúde física e mental, bem como demonstrar interesse pela vida e pelas questões sociais, preparando assim uma nova etapa da vida, verificando-se que são cada vez mais os idosos que estabelecem objetivos de vida, desempenhando um papel fundamental na comunidade, como voluntários, membros de associações e avós (Ferreira, 2009).

2. INSTITUCIONALIZAÇÃO

Como já foi visto anteriormente, o envelhecimento e conseqüentemente, a velhice, traz consigo várias modificações ao nível biológicas, psicológicas, funcionais e sociais que se traduzem em limitações tais como o enfraquecimento da memória, perda de visão e da agilidade de movimentos, sono leve, doenças crónicas, entre outras (Garcia, 2009).

Até ao século passado, os idosos viviam a sua velhice em casa, no seio familiar. Hoje em dia deparamo-nos cada vez mais com o envelhecimento fora de casa, perdendo-se a ligação com as gerações mais novas (Ferreira, 2009).

As transformações que se têm vindo a verificar nos cuidados formais e informais são inseparáveis, ou seja: a diminuição e/ou indisponibilidade dos potenciais cuidadores familiares repercute-se na expansão de serviços formais (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). O surgimento de políticas sociais dirigidas para a terceira idade, reflete esta consciência da necessidade de intervenção social de apoio a esta faixa etária (Fernandes, 1997). Estas modificações político-sociais motivaram a emergência da ação social, exercida na sua maioria por instituições particulares de solidariedade social (IPSS) (Neves, 1998 in Martins, 2006).

A preocupação com a manutenção do idoso no seu quadro habitual de vida, enquanto meio necessário e fundamental ao seu melhor equilíbrio e bem-estar, esteve na base da criação de respostas tais como Centros de Dia e de Centros de Convívio, Serviços de Apoio Domiciliário, e mais recentemente, Acolhimento Familiar. Esta nova perspetiva de dinamização das respostas para as pessoas mais velhas tem vindo a adquirir particular relevo, nomeadamente a partir dos anos 90 do século passado.

A realidade mostra, porém, que há um número considerável de pessoas idosas em condições de acentuada dependência, que não encontram resposta capaz nesse meio, por inexistência ou insuficiência de meios económicos e apoios, nomeadamente familiares. Torna-se, por isso, frequente a necessidade do recurso a respostas sociais em que se inclui o alojamento em estrutura residencial, a título temporário ou permanente (nos intitulados lares de terceira idade).

A institucionalização do idoso é, portanto, um fenómeno social cada vez mais comum, sugerindo assim que estes têm tempo para antever a mudança de contexto de forma a se integrarem mais facilmente na instituição em causa. Como foi visto anteriormente, uma das características das sociedades atuais é o seu envelhecimento, ou

seja, as pessoas vivem mais tempo, e apesar de alguns dos idosos não serem dependentes nem possuírem doenças, a verdade é que a idade avançada tem como consequência a progressiva perda da autonomia, o que faz com que muitos tenham a necessidade de ajuda de terceiras pessoas de forma a satisfazer as suas necessidades básicas (Martins, 2006).

Em conformidade, Pimentel (2001, p. 71) salienta que:

“O progressivo envelhecimento da população, aliado a condições como a alteração na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições de habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde destes, têm provocado um aumento da procura dos lares de 3ª idade.”

De acordo com o Guião Técnico da Direcção-Geral da Ação Social, o Lar para Pessoas Idosas *“constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia”* (Bonfim et al. 1996, p. 7). Esta valência presta todos os serviços básicos, de saúde e de animação sociocultural. Os seus objetivos são (Bonfim et al. 1996, p. 7):

- I. *Atender e acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e/ou saúde, não permita resposta alternativa;*
- II. *Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos residentes;*
- III. *Proporcionar alojamento temporário como forma de apoio à família (doença de um dos elementos, fins d semana, férias e outras:*
- IV. *Prestar os apoios necessários às famílias dos idosos, no sentido de preservar e fortalecer os laços familiares”*

Os lares funcionam permanentemente, sendo que, como qualquer outra resposta social, são obrigados a determinados procedimentos, designadamente a elaborar um regulamento interno com as regras de funcionamento, critérios de admissão, direitos e deveres dos clientes e familiares, sistema de participação, horários de funcionamento, de visitas, quadro do pessoal, etc. (Bonfim et al. 1996).

Em 2007, o Instituto de Segurança Social, I.P. desenvolveu um referencial normativo (Modelos de Avaliação de Qualidade das Respostas Sociais) que permite avaliar a qualidade dos serviços prestados e diferenciar positivamente as respostas sociais, designadamente as estruturas residenciais para idosos. O modelo proposto baseia-se numa filosofia de melhoria contínua da qualidade, pelo que foram estabelecidos três níveis de exigência em prol do cumprimento de determinados requisitos (C, B e A).

Em 2007, de acordo com o Gabinete de Estratégia e Planeamento – Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, assistiu-se a um aumento de 33% de lares de idosos, sendo que a sua taxa de ocupação era de 97%. Em 2009, o mesmo Gabinete realizou um estudo sobre o tempo de permanência na valência lar, sendo que foram apurados os seguintes resultados: i) 40% dos idosos permanecem institucionalizados até 3 anos; ii) 30% permanecem entre 4 a 6 anos e iii) 30% permanecem mais de 7 anos.

A institucionalização revela-se positiva, enquanto recurso válido para as situações de perda de autonomia e declínio do estado de saúde em geral do idoso (Fernandes, 2000, p. 47).

Deve-se, portanto, esclarecer o conceito institucionalização. Jacob (2001) define institucionalização quando o idoso está, durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família.

A institucionalização em Portugal, de acordo com Paúl (2005), é um misto de “*voluntária e compulsiva*”, considerando que a escolha é limitada pela escassez de equipamentos e pelos baixos recursos económicos da população idosa.

São várias as razões que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização, destacando-se as seguintes: i) a família não tem tempo ou capacidade para cuidar do idoso, pelo elevado grau de dependência física e/ou mental; ii) viuvez e iii) idade (Cardão, 2009; Born et al. 2006, cit. in Almeida & Rodrigues, 2008). A pobreza pode ser considerada outro dos fatores que obriga a família a recorrer ao apoio das instituições (Kane, 1987, cit. in Freitas *et al.* 2002). Acresce ainda a ausência de retaguarda familiar e existência de conflitos familiares (Kane, 1987, cit. in Freitas *et al.* 2002).

O idoso ao ser institucionalizado é confrontado com uma nova realidade, não estando por vezes apto para lidar com os desafios inerentes (Lemos, 2005, p.62). O processo de institucionalização obriga o idoso a estabelecer relações com o novo ambiente, o que pode desencadear ansiedade, sensação de abandono e medo pela

possibilidade de passar os últimos anos de vida num lugar estranho. Para Cardão (2009) a entrada no meio institucional provoca medo, i) de ser maltratado; ii) de desrespeitarem a sua integridade física e psicológica; iii) de ser abandonado pela família e iv) de perder a sua liberdade.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) referem que, mesmo quando a institucionalização é da expressa vontade do idoso, esta provoca sentimentos de perda porque obriga ao afastamento do local onde viveu e uma rutura com as pessoas da sua rede social e à conseqüente adaptação a rotinas estandardizadas. Em conformidade, vários estudos caracterizam as residências de longa permanência como um *locus* negativo porque predis põem o idoso à segregação e ao afastamento do seu ambiente social e apresentam atividades diárias normalizadas, não permitindo à pessoa preservar a sua singularidade (Davim *et al.* 2004). Para Fernandes (2002) ainda se vive um certo paternalismo nos lares de terceira idade, o que afeta negativamente a promoção da independência do idoso. Russel *et al.* (1997) realizaram um estudo que tinha como objetivo testar a relação entre a solidão e a admissão num lar. Os autores concluíram que existe uma correlação forte entre a ida para um lar e sentimentos de solidão.

Apesar desta dependência de terceiros, alguns autores, como é o caso de Hall (1997) defendem que a institucionalização de um idoso só deve ser tida em consideração quando estamos perante casos de extrema dependência, que não tenham outra forma de resolução, já que este autor afirma que as instituições para idosos apresentam, para estes, muitos prejuízos e desvantagens. As principais desvantagens são: perda de autonomia, da autoestima, da independência, incapacidade de dominar por si só certas circunstâncias físicas, emocionais e económicas negativas. Outra desvantagem associada à institucionalização é a diminuição da qualidade de vida devido à perda de privacidade, as regras e regime instauradas na própria instituição, à infantilização do idoso, à falta de significado nas suas interações sociais, à perda do contacto com o mundo exterior, e, por fim, ao ambiente impessoal muitas vezes vivido, tratando o idoso muitas vezes com parte de um todo e não como um indivíduo (Hall, 1997).

Embora a literatura tenda a enfatizar os impactos negativos da institucionalização, alguns autores evidenciam os aspetos positivos. Cardão (2009) destaca a diminuição do medo noturno, assistência contínua na prestação de cuidados e, no caso particular dos idosos isolados, o aumento da rede social. Este autor salienta ainda os aspetos positivos percebidos pelas famílias: a possibilidade do seu familiar

idoso conviver mais e de se sentir menos só, de ser acompanhado a nível da saúde e apoiado nas atividades de vida diária.

Segundo Pimentel (2001, p.206), os idosos consideram a institucionalização: *“uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais seguros e protegidos a esse nível”*.

Outros estudos referem que a institucionalização tem um impacto positivo na autoestima e permite ao idoso interagir com os seus pares e adquirir papéis sociais ajustados (Fernandes, 2000).

Na opinião de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), os idosos classificam como um bom lar os que cumprem os seguintes requisitos: i) instalações com conforto físico; ii) serviços complementares (e.g. fisioterapia); iii) segurança; iv) capacidade reduzida (um lar pequeno); v) boa alimentação; vi) atividades de animação e momentos de convívio; vii) saídas ao exterior e viii) colaboradores competentes e não rotativos.

Tal como reforça a OMS (1984, cit. in Jacob, 2001) os lares de terceira idade devem proporcionar uma assistência de qualidade aos seus residentes, manter a qualidade de vida destes, prevenir a perda de aptidões funcionais e dar suporte à família. Para Pimentel (2001, p.234) *“se houver a preocupação de criar equipamentos estruturados de acordo com as necessidades dos seus utentes, que respeitem a sua forma de estar na vida, a sua personalidade e individualidade e lhe proporcionarem espaços de realização pessoal, talvez, a institucionalização se torne menos penosa e angustiante”*.

As instituições devem ser flexíveis e adotar uma visão holística para conseguirem ter os seus idosos felizes (Almeida, 2008). A institucionalização é um processo idiossincrático, mas sabe-se que pode desencadear melhores resultados para o bem-estar do idoso quando é dada a possibilidade de escolha e/ou adequação do ambiente (Lovell, 2006).

Um dos aspetos que mais deve ser estimulado junto dos idosos institucionalizados prende-se com atividades que estimulem a atividade física e a motricidade, já que é possível prevenir ou retardar os efeitos do processo do envelhecimento no que respeita ao declínio da flexibilidade, da habilidade e da coordenação motora (Neto, 2009).

Na maior parte das instituições de idosos, o sedentarismo é um fator marcante que contribui para que a pessoa se torne dependente mais cedo, criando, dessa forma,

um ciclo vicioso: o idoso tende a se tornar menos ativo, por conseguinte, as suas capacidades físicas diminuem, desencadeando o sentimento de velhice que, por sua vez, pode causar *stress*, depressão e levar a uma redução da atividade física e à aparição de doenças crónicas degenerativas que, por si só contribuem para o envelhecimento (Neto, 2009).

De acordo com Carvalho (2009) os idosos devem ser incentivados e orientados para caminhos que permitam adotar estilos de vida saudável, privilegiando a atividade física de forma a combater o sedentarismo e também promover a autonomia. Como refere o autor a atividade física funciona como um fator de prevenção e de proteção de várias doenças tais como doenças pulmonares, hipertensão, insuficiência cardíaca, a diabetes tipo II, obesidade. O exercício físico vai aumentar a capacidade de oxigenação do organismo, possibilitando um aumento da capacidade funcional, na qualidade de vida, diminuindo o risco de situações graves, reduzindo assim os internamentos hospitalares. Carvalho (2009) refere ainda a importância da atividade física informal, em que as principais atividades são caminhar, andar de bicicleta, usar escadas normais e dançar.

A atividade irá influenciar de forma positiva o estado de saúde dos idosos, pois contribui para a manutenção do equilíbrio do corpo e mente e também permite que os idosos tenham uma boa forma física para que estes consigam funcionar saudavelmente (Carvalho, 2009).

Ter uma atividade física de forma regular permite também as pessoas a atingir determinados objetivos, promovendo assim o envelhecimento ativo. Assim, Araújo (2011) refere que os principais objetivos do exercício físico são a manutenção ou aumento da resistência, equilíbrio e flexibilidade e a força muscular; como objetivos psíquicos pode-se indicar a melhoria das capacidades percetivas, cognitivas e de coordenação e por fim, como fins sociais pode-se considerar o incremento das capacidades comunicativas (Araújo, 2011).

Vários estudos já foram realizados para analisar a adaptação à institucionalização, destacamos os seguintes.

Carvalho e Dias (2011) estudaram as condicionantes e as características da adaptação do idoso à instituição, numa amostra de 120 idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Cinfães (figura 2).

Domínios	Facetas incorporadas nos domínios e variáveis em estudo
Ambiente Institucional	O tempo de permanência na instituição O motivo de internamento O respeito pela privacidade do idoso O tipo de relações com os colaboradores Principais dificuldades sentidas pelo idoso na instituição Os níveis de satisfação do idoso com os cuidados prestados pela instituição Melhorias sentidas pelo idoso em relação à instituição
Desenvolvimento Pessoal e Relações Interpessoais	O tipo de doença e as necessidades do idoso Tipo de relações com outros residentes Sinais de autonomia Sinais de isolamento e tristeza Actividades de ocupação de tempos livres do idoso Conceito de qualidade de vida para o idoso Melhorias sentidas na sua vida
Relações Familiares	A presença ou a ausência do cônjuge Composição do agregado familiar Percepção do idoso em relação à sua família Principais dificuldades vividas na família Melhorias sentidas em relação à sua família

Figura 2: Indicadores qualitativos e quantitativos utilizados para o estudo da variável “condicionantes e as características da adaptação do idoso à instituição” Fonte: Carvalho & Dias (2011)

Os resultados indicaram que um dos fatores com maior influência no processo de adaptação do idoso é o motivo de institucionalização. Os autores verificaram que os idosos cujo motivo de institucionalização estava relacionado com a necessidade de ajuda no autocuidado eram os que se encontravam menos adaptados. Já os idosos que entraram na instituição por falta de apoio familiar revelaram uma melhor adaptação. Quanto ao género, as mulheres surgem melhor adaptadas do que os homens. Relativamente aos restantes fatores (diferenças sociodemográficas, nível de dependência do idoso e relações interpessoais) não se verificou uma relação significativa com a adaptação à instituição (Carvalho & Dias, 2011).

Barros (2011) também realizou um estudo sobre a adaptação à institucionalização, com recurso a uma amostra de 112 idosos de uma IPSS (73 participantes do sexo feminino e 39 participantes do sexo masculino, com uma média de idades de 83 anos). Foram utilizados instrumentos de recolha de dados apropriados à avaliação das seguintes variáveis: i) sociodemográficas; iii) clínicas; iv) adaptação à institucionalização; v) satisfação com a vida; vi) satisfação com o suporte social; vii) ansiedade; viii) depressão; ix) stresse e x) variáveis de bem-estar psicológico e xi) de capacidade funcional. Os principais resultados obtidos na investigação foram: i) a satisfação com a vida, a satisfação com o suporte social, a depressão, a ansiedade e o

stress, estão significativamente associados, quer ao bem-estar psicológico, quer à capacidade funcional; ii) uma perceção baixa de solidão e insatisfação estão associadas a uma maior capacidade funcional. Em particular, na variável adaptação à institucionalização, os participantes que apresentaram um processo adaptativo favorável manifestaram um menor nível de agitação. Segundo a autora, estes idosos, sentem-se mais integrados, otimistas e com maior perceção de controlo, o que se reflete na atenuação da ansiedade (Barros, 2011).

De facto, a institucionalização desencadeia grandes e rápidas mudanças no equilíbrio psicofísico do idoso (Scocco, Rapattoni, & Fantoni, 2006). A prevalência de sintomas psiquiátricos e demenciais nos lares é elevada, sendo uma das causas da institucionalização. Na ótica de Scocco, Rapattoni e Fantoni (2006), a qualidade de vida é mais baixa nos idosos institucionalizados, do que nos idosos que vivem na comunidade. Para Fonseca (2005) um dos motivos é a monotonia e o afastamento das redes sociais. Lerner e Hultsch (1983, cit. in Fonseca, 2005) enumeram algumas das variáveis com impacto na institucionalização do idoso: i) decisão da ida para o lar (do próprio ou da família); ii) discrepância entre as competências/capacidades individuais e o ambiente (e.g. idoso independente e autónomo sujeito a uma situação de dependência) e iii) características do próprio indivíduo.

De um modo geral, a entrada na reforma repercute-se na diminuição das redes sociais, concentrando-se apenas nos familiares (Sousa, Figueiredo & Cerqueira 2004). Pereira (2008) salienta que este fenómeno se torna ainda mais intenso quando o idoso é institucionalizado, dado que se verifica uma mudança mais radical do meio físico e social: o idoso necessita de estabelecer novas relações de amizade e de afeto; descobrir novas atividades para ocupar o seu tempo e adaptar-se às regras da residência. O autor refere ainda que a institucionalização implica quase sempre um afastamento dos papéis familiares de procriação, essencialmente de pais e avós, bem como o abandono dos papéis de família de orientação, sobretudo irmãos e sobrinhos. Contudo, quando a adaptação ao lar é bem-sucedida, os idosos encaram os outros residentes e técnicos/funcionários como a sua *família de adoção* (Pereira, 2008). De facto, a institucionalização implica ruturas afetivas e, em simultâneo, a construção de novos afetos, mas as relações familiares são insubstituíveis, sendo fundamental promover a continuidade deste vínculo. Como reforça Carrajo (2009), a promoção de visitas familiares ou de idas a casa da família (e.g. ao fim de semana, alturas festivas), entre

outros benefícios, aumenta a autoestima dos idosos e a sua relação com os outros residentes da instituição.

3. DEPRESSÃO

A depressão é uma patologia complexa, heterogénea e multifatorial. Apesar de toda a investigação que tem sido alvo, nos últimos anos, ainda persistem algumas dúvidas por esclarecer, no que toca à sua origem. Todavia, é possível afirmar que existem três grandes fatores associados à casualidade da doença (Gusmão, 2005):

- Biológicos ou físicos;
- Psicológicos;
- Sociais.

Deste modo, neurotransmissores e neuro-recetores cerebrais, a natureza sociocultural da pessoa e/ou os seus complexos, traumas e frustrações, são fatores a ter em consideração quando se estuda esta doença. A origem do transtorno depressivo difere muito de individuo para individuo. Determinar qual o fator ou os fatores que desencadearam a crise pode ser importante, pois, para o doente, será certamente vantajoso aprender a evitar ou a lidar com esses fatores durante o tratamento (Gusmão, 2005).

A sede de todas as emoções do ser humano reside no cérebro. Por esse motivo, as pessoas clinicamente deprimidas sofrem certas variações nos circuitos neurais (dos neurotransmissores), causadas por baixos níveis de determinadas substâncias químicas no cérebro. Vários estudos demonstram que, nestes indivíduos, existe uma carência de três neurotransmissores muito importantes: a dopamina, a serotonina e a noradrenalina (Dalgarrondo, 2019).

Os níveis baixos dos neurotransmissores nas sinapses (espaços entre os neurónios), provocam uma comunicação cerebral deficiente e as mensagens transmitidas nessas condições podem causar diversos sintomas depressivos. De facto, várias investigações demonstram que só quando os neurotransmissores interagem em equilíbrio se torna possível ao indivíduo sentir a emoção certa para cada ocasião (Khan Academy, s.d.).

As disfunções hormonais podem, igualmente, ser outra causa importante dos sintomas de depressão. Em termos simplistas, uma hormona é uma substância produzida

por uma glândula e libertada na circulação sanguínea, com ação reguladora sobre o funcionamento de órgãos ou tecidos. Por exemplo, a tireoide intervém no estado da pele, do cérebro, dos ossos, do coração e do tubo digestivo. No ser humano, existem dezenas de hormonas, de cujo bom funcionamento depende o equilíbrio do organismo (Martins, 2013).

A inexistência desse equilíbrio pode resultar em fadiga hormonal, que por sua vez, se reflete em: sensação de esgotamento, com tendência para aumentar durante o dia; emagrecimento ou aumento de peso; problemas digestivos; de pressão arterial ou de memória; apatia ou dores ósseas (Martins, 2013).

Além dos fatores citados, é importante sublinhar um dado que é do senso comum: a maioria das pessoas sente-se melhor nos dias de sol, do que nos dias encobertos, preferindo a Primavera e o Verão ao Outono ou Inverno. Contudo, essa preferência pode chegar ao extremo, em alguns sujeitos, que experimentam um transtorno depressivo à medida que os dias vão ficando mais curtos: nestes casos estamos perante uma chamada depressão sazonal. Esse tipo de patologia pode estar associado ao nível da hormona melanina no organismo, que é produzida no cérebro.

Pesquisas desenvolvidas nos últimos anos defendem que os transtornos mentais e comportamentais podem estar associados a uma significativa componente de risco genético. Assim se explica que a depressão ocorra com frequência em membros da mesma família. Sabe-se que o risco é maior quando um familiar direto teve uma manifestação grave da doença, com maior expressão nos jovens e adultos, além de que, quanto maior for o número de antecedentes familiares da patologia, maior será a probabilidade de os seus descendentes desenvolverem (Dalgarrondo, 2019; Guedes, 2008).

Algumas doenças, por seu turno, podem ainda provocar ou até facilitar a ocorrência de episódios depressivos. São disso exemplos as doenças infecciosas, os acidentes vasculares cerebrais, as doenças de Parkinson ou de Alzheimer, ou o cancro, devido ao choque resultante da notícia de ser portador de uma doença grave (Pereira, 2009).

Há que destacar, também, o peso da personalidade. Não existe um tipo predefinido de personalidade predisposto à depressão. Ainda assim, as pessoas pessimistas, inseguras, tímidas, obsessivas, submissas, dogmáticas, demasiado rígidas na sua conduta ou com grandes responsabilidades apresentam um maior risco de desenvolver a patologia, tal como os indivíduos que lidam mal com o *stress*, ficando

facilmente ansiosos. Já quem experimenta frequente e continuamente mudanças de humor, é mais propenso a padecer de doença maníaco-depressiva. No fundo, são o modo de ser e o estilo de vida do indivíduo que condicionam a forma como lida com as vicissitudes do dia-a-dia. Assim, viver nos grandes centros urbanos, num meio competitivo e agressivo, repleto de rotinas exigentes, é outro dos grandes potenciadores da doença (Coutinho *et al*, 2003).

Dificuldades presentes ou passadas podem também desempenhar o papel de causadoras de uma depressão em algumas pessoas. Falamos, habitualmente, de uma perda de algum tipo, que não é ultrapassada: morte de um ente querido, separação ou divórcio, desemprego e instabilidade financeira, etc. Alguns episódios traumáticos na infância parecem também aumentar a probabilidade de ocorrência da patologia, como sejam o advento da perda de um dos progenitores, o crescimento com um poder paternal excessivamente exigente, severo ou crítico, existência de abusos físicos ou sexuais, etc.

O *stress* pode também despoletar o problema, seja quando aparece na forma de um acontecimento repentino e devastador, ou quando se verifica a longo prazo. Aliás, o *stress* pode mesmo predispor uma pessoa ao desenvolvimento da patologia (Coutinho *et al.*, 2003).

3.1. DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE

A depressão afeta com frequência os idosos, ou não fosse a doença mental mais comum na velhice, fruto das alterações do estilo de vida e de saúde trazidas pelo avançar dos anos. Dos vários estudos efetuados na última década, destaca-se a conclusão que existe uma relação estreita entre os sintomas depressivos e a terceira idade. Muitas são as vozes que defendem que a depressão no idoso é um tipo particular da doença, diferente da mesma patologia noutras faixas etárias, com antecedentes significativos, sintomas muito próprios e respostas mais lentas à medicação e aos restantes tratamentos (Vaz & Gaspar, 2011).

A sociedade contemporânea está alicerçada em valores como a produtividade e a utilidade do indivíduo, em tudo ligado aos jovens. Inconscientemente, esta sociedade associa aos cidadãos seniores uma função social limitada, desvaloriza-os ou atribui-lhes

mesmo o estatuto de “peso social”, apesar do aumento considerável da esperança média de vida que se regista cada vez mais.

As mudanças complexas que envelhecer acarreta são bastantes, passíveis de fazer os idosos sentirem-se sós e inúteis. Sem o devido apoio, vêem-se alterar-se, cada vez mais, o seu estado emocional que influencia, por sua vez, os sistemas endócrino e neurológico, podendo resultar numa depressão. Enumeram-se, em seguida, alguns fatores que têm um grande impacto na vida dos mais velhos (Veloso, 2015; Freitas, 2011):

- O fim da vida profissional, com a chegada da reforma, que traz mais tempo livre aliado à incerteza sobre como preenchê-lo. Muitos sentem que passam a levar a cabo ocupações destituídas de responsabilidade. Outros associam esse marco a uma diminuição do rendimento e a uma perda de estatuto económico;
- A solidão, derivada da saída dos filhos de casa, para viverem a sua vida, e da natural morte de alguns amigos ou familiares, ou até do conjugue. Em muitas situações, existe mesmo um grande afastamento familiar;
- O ingresso numa instituição, por alguns visto como um afastar forçado do que lhes era familiar, uma reclusão;
- A perceção negativa do envelhecimento e conseqüente alteração do seu valor e estatutos sociais, da imagem corporal e da identidade pessoal;
- O crescente declínio da condição física, que resulta na perda de qualidade de vida, maior frequência de doenças e, em alguns casos, limitações, incapacidades ou mesmo perda de autonomia;
- A falta de condições materiais a que alguns estão sujeitos;
- A ligação excessiva ao passado e às memórias, mormente quando não são positivas e quando não existiu uma boa capacidade de adaptação ao longo da vida.

O peso de todos estes elementos exerce uma influência na estabilidade emocional dos mais velhos e na forma como estes se relacionam com o mundo. Se não contarem com o suporte familiar ou social, que os faça sentir necessários e desejados, podem sobrevalorizar os sintomas que serão descritos no próximo capítulo.

Estas mudanças biológicas e sociais dão lugar a que certas depressões apresentem aspetos clínicos e terapêuticos diferenciados. É certo que a depressão na terceira idade pode manifestar-se exatamente da mesma forma que na idade adulta. Quando assim sucede, o diagnóstico não é complicado e segue os trâmites que veremos mais adiante. Porém, pode apresentar-se, por vezes, com características capazes de confundir os familiares e médicos como é o caso da pseudo demência depressiva e das depressões involutivas.

Quadro 4: Caraterísticas das depressões senis

Caraterísticas das depressões senis
Pseudo-demência depressiva (Stella et al., 2002): <ul style="list-style-type: none">• Alteração da memória• Alterações da capacidade de concentração• Desorientação espacial e temporal• Confusão• Inibição motora• Alterações da leitura, do cálculo e da expressão
Depressão Involutiva (Beck; Alford, 2011) <ul style="list-style-type: none">• Maior ansiedade• Hipocondríase• Histrionismo• Atitudes negativas• Maior resistência a responder ao tratamento com antidepressivos• Provavelmente, maior tendência ao suicídio

Na pseudodemência depressiva, acontece, antes do mais uma diminuição das chamadas funções integradoras superiores. O doente é amiúde vítima da confusão. Comete erros no que respeita à sua orientação temporal e espacial, não sabe em que dia

ou época nem em que lugar se encontra. Falta-lhe também a orientação de si próprio, engana-se ao recordar a sua idade, o seu domicílio, os nomes dos seus familiares mais próximos. A memória, sobretudo dos fatos mais recentes, e a atenção ficam diminuídas. Também são afetadas as suas capacidades de leitura, cálculo e de expressão (Stella *et al.*, 2002).

Dado serem os sintomas recém citados mais visíveis e evidentes, muitas vezes mascaram o substrato depressivo que os sustém e não se distinguem ou, simplesmente, consideram-se menos relevantes os sintomas caraterísticos da depressão (Stella *et al.*, 2002).

Relativamente à depressão involutiva, esta designa aquelas depressões, onde aos típicos sintomas depressivos se acrescenta uma marcada atitude negativa, caraterizada por hipocondria (preocupação excessiva com a própria saúde), histrionismo (conduta teatral), maiores manifestações de ansiedade e uma peculiar resistência a responder positivamente aos habituais tratamentos farmacológicos (Beck & Alford, 2011).

As principais manifestações da depressão na terceira idade são as seguintes (APA, 2014):

- A. Humor disfórico ou perda de interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades e diversões habituais. O humor disfórico carateriza-se pela presença de sintomas designados pelos adjetivos “depressivo”, “triste”, “melancólico”, “desinteressado”, “abatido”, “desanimado”, “irritável”.
- B. Serem observados quase todos os dias, durante um período mínimo de duas semanas, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas:
 - Falta de apetite ou perda de peso significativa (sem fazer dieta), ou aumento do apetite ou aumento significativo do peso;
 - Insónia ou excesso de sono;
 - Agitação ou retardamento psicomotor (não apenas a sensação subjetiva de agitação ou de estar menos ativo);
 - Perda de interesse ou prazer pelas atividades habituais ou diminuição da libido, não restringida a um período de deceções ou alucinações;
 - Falta de energia, fadiga;

- Sensação de inutilidade, auto culpabilidade, sentimento de culpa excessivo ou inapropriado (que também pode ser decepção);
 - Queixas ou manifestações de diminuição da capacidade de raciocínio ou de concentração, nomeadamente, raciocínio lento, indecisão não associada a perda marcada da capacidade de associação ou incoerência;
 - Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, desejos de morte, ou tentativa de suicídio.
- C. Nenhum dos parâmetros seguintes domina o quadro clínico quando está ausente uma síndrome afetiva (sintomas dos critérios do primeiro e segundo ponto acima mencionados):
- Preocupação com um humor incongruente com a decepção ou alucinação;
 - Comportamento bizarro.
- D. Não sobreposto a esquizofrenia, perturbação esquizoide ou paranoide.
- E. Não relacionado com qualquer patologia mental orgânica ou sentimento de perda.

O diagnóstico da depressão na terceira idade baseia-se em critérios específicos, sobretudo o aparecimento de tristeza profunda ou perda de interesse pelos prazeres da vida, associados a, pelo menos, quatro outros sintomas descritos. No entanto, obtê-lo pode ser difícil, dado que os sintomas tendem a ser vistos, em certos contextos, como um estado de espírito normal na pessoa idosa, como uma crise de idade, sendo desvalorizados. Como se não bastasse, a patologia pode surgir encoberta por múltiplas queixas somáticas, que podem desviar a atenção do médico para o verdadeiro problema (Ramos, 2014).

Assim sendo, é importante que seja feito um exame clínico completo, associado a uma avaliação do estado mental e neurológico do paciente, para confirmar o quadro depressivo. A prescrição médica de terapêutica farmacológica antidepressiva pode ser necessária, para minorar os possíveis efeitos adversos, como alterações de pressão arterial ou problemas cardíacos. A psicoterapia é outra ferramenta fulcral no tratamento (Stella et al., 2002).

Quadro 5: Depressão ou demência? (Ramos, 2014)

	Depressão	Demência
Início	Preciso	Indeterminado
Progressão	Rápida	Lenta
Valor da queixa	Detalhada	Ausente
Paciente destaca	Os fracassos	Os sucessos
Esforço e disposição	Pouco	Mantido
Sociabilidade	Perdida	Mantida
Agravamento	Pela manhã	Pela tarde

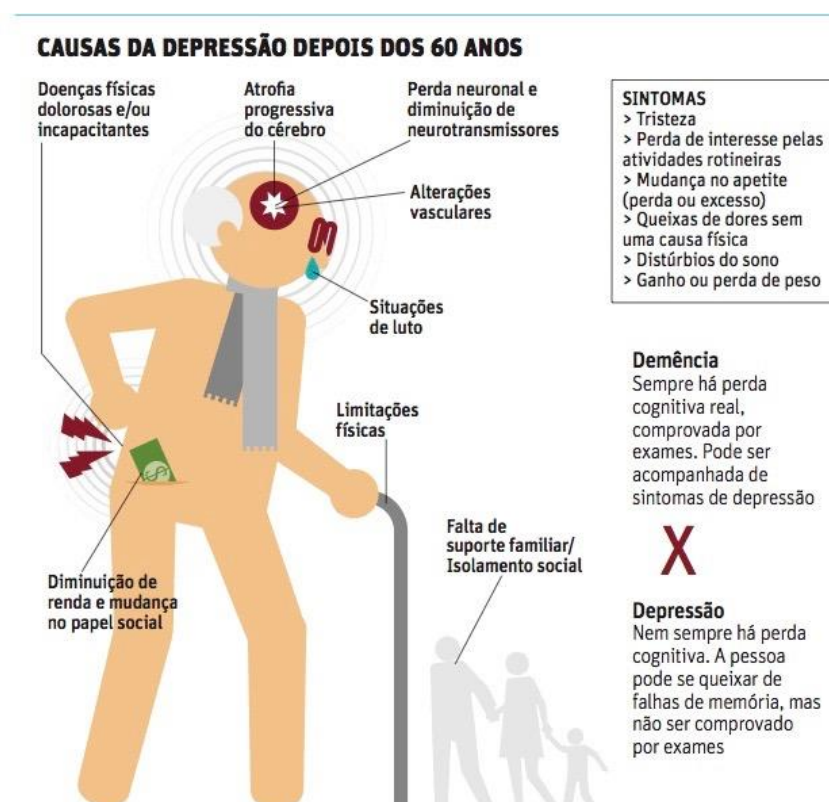


Figura 3: Depressão e Demência na 3ª idade (Fonte: APPSIQ, 2010).

No diagnóstico de uma depressão na terceira idade, há que distinguir a patologia de um quadro inicial de demência, uma vez que a depressão afeta as capacidades cognitivas e de memorização. Assim, é importante conhecer a sintomatologia de ambas as doenças. Por outro lado, a ligação da depressão à doença de Alzheimer é tida como

estreita. O risco de desenvolvimento desta patologia, assim como o declínio das capacidades mentais, é maior entre os idosos deprimidos (Ramos, 2014).

Uma vez diagnosticada a depressão, o especialista que segue o doente pode optar por prescrever um tratamento farmacológico, caso verifique que será vantajoso no sentido de obter a cura. Os medicamentos usados no tratamento da patologia são designados por antidepressivos (Gusmão, 2005).

Vários estudos comprovam que a probabilidade de obter uma resposta terapêutica satisfatória recorrendo à farmacoterapia é maior nos casos depressivos moderados a graves ou crónicos, podendo, no entanto, ser também útil nas depressões leves.

As investigações recentes indicam que a combinação de medicamentos antidepressivos com a psicoterapia é extremamente eficaz, pelo que esta é, hoje em dia, o tratamento mais recomendado (Sczufca & Matsuda, 2002).

Os fármacos atuam diretamente no cérebro, modificando e corrigido a transmissão neuroquímica entre as células do sistema nervoso que regulam o estado do humor, quando o mesmo se encontra afetado negativamente, num grau significativo, devido a um estado depressivo. Mais concretamente, os antidepressivos intervêm e corrigem os níveis baixos dos neurotransmissores noradrenalina e serotonina, no sistema nervoso, normalizando-os (Beck & Alford, 2011).

Com a evolução da ciência e da farmacologia, estes medicamentos são cada vez mais eficazes no controlo e na erradicação da depressão, encontrando-se ampla e fortemente implementados no mercado, permitindo adaptar o tratamento a cada caso particular. De uma forma geral, existem três classes de antidepressivos mais utilizados: os tricíclicos (ADT); os inibidores de monoamina de oxidase (IMAO) e os inibidores da recaptção de serotonina (ISRS) (Moreno *et al.*, 1999).

- Antidepressivos Tricíclicos (ADT): descobertos na década de 60, o seu nome advém da respetiva estrutura química, pois são compostos por três anéis de carbono, interligados. Com eficácia comprovada no tratamento de depressões moderadas a graves, atuam no sistema nervoso aumentando os níveis de noradrenalina e serotonina, através da inibição da reabsorção desses neurotransmissores pelas células que os libertam. Certos sintomas têm demonstrado uma boa resposta aos ADT, nomeadamente: despertar precoce; inibição motora; sentimento de agravamento pela manhã. Alguns dos seus

efeitos secundários são: constipação; boca seca; obstipação; suores; perturbações urinárias; alterações na libido; vertigens; visão turva; pressão arterial baixa; sonolência diurna; aumento de apetite e tremores e/ou palpitações (Souza, 1999).

- Inibidores de Monoamina Oxidase (IMAO): os neurotransmissores noradrenalina e serotonina são decompostos no organismo por uma enzima denominada monoamina oxidase. Estes antidepressivos têm a capacidade de bloquear essa decomposição, fazendo aumentar os níveis dos dois neurotransmissores no cérebro, afetando de modo positivo o estado do humor, a diminuição de ansiedade e outros sintomas de depressão. Trata-se de uma classe eficaz de fármacos para os pacientes que demonstram, além de espírito depressivo: hipersónia (excesso de sono); excesso de apetite; ansiedade instalada ou ataques de pânico e sentimento de pioras vespertinas. Não obstante, os IMAO, ao inibirem a monoamina oxidase, provocam um aumento de um aminoácido – tiamina, que em excesso pode causar pressão arterial alta e dor de cabeça latejante, ou em cenários mais graves, derrames cerebrais ou trombozes. É vital fazer uma dieta muito cuidada por esse motivo. Como outros efeitos secundários podem acontecer: vertigens; insónias; aumento de apetite e de peso; secura da boca; alterações na libido; entorpecimento do corpo; vermelhidão; suores e problemas de estômago (Souza, 1999).
- Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS): os antidepressivos mais prescritos hoje em dia, inibem a recaptura da serotonina pelas células, aumentando a concentração deste neurotransmissor ao nível das sinapses entre os neurónios. Constituíram um grande avanço pois são tidos como os mais seguros, apresentando poucos efeitos secundários (com menos severidade e frequência) do que os ADT e os IMAO, que por vezes podem dificultar a manutenção da vida ativa do paciente, dado que são mais sedativos. Os efeitos indesejáveis que acarretam são: náuseas; vômitos; vertigens; dores de cabeça ou barriga; falta de libido; insónias e nervosismo. Esta classe de antidepressivos constitui a primeira escolha para o tratamento de pacientes na terceira idade (Stella et al., 2002 e Wagner, 2015).

A seleção do antidepressivo é feita com base na recolha de toda a informação sobre os sintomas, as causas, a personalidade de base, a história de vida e familiar, a saúde física e emocional e a resposta a eventuais tratamentos anteriores. Destacam-se (Beck & Alford, 2011):

- Diagnóstico: cada medicamento funciona melhor sobre sintomas específicos e possui uma determinada margem de tolerância e segurança;
- A idade: o seu avançar dificulta a decomposição dos medicamentos pelo organismo, o que poderá ditar a indicação de uma dosagem mais baixa. Esta situação também se aplica a crianças.
- A saúde: certos problemas ou patologias preexistentes podem excluir o uso de alguns fármacos, por incompatibilidade. Por esse motivo, é obrigatório que o médico conheça todo o historial clínico do paciente.
- O estado mental e terapêutica anteriores: em pacientes com depressões recorrentes pode ser necessário um tratamento mais agressivo, com combinação de medicamentos, agindo-se de igual modo com doentes cujo organismo não responde a determinado antidepressivo.

As manifestações da patologia depressiva moderada a grave beneficiam imenso se forem tratadas também com recurso à psicoterapia, dado que a eficácia da união dos dois métodos (que na maioria dos casos se complementam e são muito usados em conjunto pelos técnicos de saúde) é grande e diminui as possibilidades de recaída. Além disso, os estados depressivos leves podem ser resolvidos desta forma, sem a necessidade de fármacos, uma vez que o acompanhamento psicológico do doente permite que ele obtenha uma boa explicação do que se passa consigo, encontre compreensão em relação aos seus problemas, consiga motivação e encaminhamento para os superar, restabeleça o seu equilíbrio emocional e afigure de apoio a nível familiar, se necessário (Scazufca & Matsuda, 2002).

Intuitivamente, a maioria dos doentes depressivos vê como acertada a ideia de sentar-se num consultório e falar sobre as suas emoções e vivências, tentando, assim, chegar ao cerne da causa da depressão. Não obstante, alguns receiam as consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta, pois acreditam que pode ser uma atividade que possa

magoar emocionalmente, até piorar a condição depressiva, ao serem confrontados com os seus padrões de comportamento, pensamento e condutas desajustadas (Jung, 1971).

Acima de tudo é preciso esclarecer que as terapias psicológicas são, hoje em dia, uma prática recorrente e segura de intervir e tratar a depressão, com o objetivo de melhorar a condição de vida dos afetados, utilizando técnicas e métodos diversos nesse mesmo sentido.

Resumindo, as psicoterapias são um lugar de descoberta e crescimento. O objetivo das intervenções psicoterapêuticas é, sobretudo, ajudar concretamente o doente a regressar a uma vivência normal, saudável, e, se possível, positiva e satisfatória. Como tal, importa esclarecer que todas as terapias psicológicas exigem motivação e empenho por parte do paciente, fatores sem os quais pouco ou nada se consegue (Jung, 1971).

Outrora uma técnica muito utilizada no tratamento dos transtornos depressivos, atualmente a electroconvulsivo terapia (ECT) é aplicada somente em indivíduos cuja depressão é grave, representa risco de vida, ou nos quais a medicação não é possível, ou não se revela eficaz. Devido a práticas pouco éticas realizadas no passado, muitas pessoas têm um extremo receio e uma ideia errónea da ECT. Porém, nos últimos anos, o tratamento tem sofrido imensos avanços tecnológicos e é lícito considerar que é um dos mais eficazes para travar a depressão profunda, sendo aplicado em vários hospitais (Martínez-Amorós *et al.*, 2012).

É administrado um medicamento anestésico ao doente, de modo a impedir que venha a sofrer espasmos musculares e, de seguida, com o indivíduo sob o efeito de uma anestesia geral, são colocados elétrodos no seu couro cabeludo, que transmitem uma corrente elétrica com a duração de um breve impulso. A intervenção demora somente alguns minutos e o procedimento é repetido entre 5 a 11 vezes nas semanas seguintes (Martínez-Amorós *et al.*, 2012).

Um dos efeitos secundários é a perda temporária de memória, enquanto outras pessoas manifestam cansaço, dor de cabeça ou náuseas no dia do tratamento (Martínez-Amorós *et al.*, 2012).

No entanto, entrar na terceira idade não tem de ser sinónimo de depressão. O equilíbrio psíquico dos indivíduos seniores depende, em muito, da sua capacidade de adaptação a uma nova existência. Se a chegada da reforma deixa mais tempo livre, é

preciso encará-lo como um espaço de abertura a novas oportunidades, antes adiadas por falta de tempo.

É necessário investir em atividades lúdicas ou programas ocupacionais (sempre que possível em grupo) e ingressar em clubes ou associações que ajudem a fazer ou manter amigos. Além disso, praticar exercício físico regular é um ótimo aliado contra os sintomas depressivos (AMA, 2000).

No seio familiar, um ambiente pleno de aceitação, amor e carinho, paciência e alguma liberdade, responsabilização (para que cada um se sinta útil e necessário), autonomia e independência, ajudam a minorar o impacto de todas as mudanças. O amparo comunitário aos mais carenciados (que cuide da habitação, da alimentação, da assistência à saúde, do apoio psicológico, etc.) é também fundamental.

4. TERAPIAS COMPLEMENTARES

Em opção à medicina convencional, aparecem as chamadas terapias complementares. De acordo com Brasil (2015), as terapias complementares dizem respeito a abordagens naturais de prevenção, promoção e recuperação da saúde, recorrendo a tecnologias e estratégias resolutivas, dando-se ênfase à escuta ativa, ao vínculo terapêutica e à integração do seu humano no seu contexto ambiental e social.

Deng e Cassileth, (2010) definem terapias complementares como o grupo de tratamentos utilizados para o controlo de sintomas e aumentar a sensação de bem-estar físico, mental, emocional e espiritual. O termo complementar aparece aqui como uma indicação do carácter adjuvante da medicina convencional, contribuindo assim para a qualidade de vida dos doentes.

São vários os termos usados para denominar as terapias complementares, como por exemplo medicina alternativa ou medicina complementar, não sendo intenção secundarizar estas práticas, mas sim acompanhar a linha de pensamento do Sistema Nacional de Saúde que tem como base de funcionamento a medicina convencional.

Desde 1978, aquando da Primeira Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários (Declaração de Alma-Ata) que a Organização Mundial de Saúde tem vindo a recomendar a integração da Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa nos sistemas públicos de saúde dos diversos países do mundo.

5. REIKI

O Reiki surgiu no Japão em meados do séc. XX através de Mikao Usui, trata-se de um sistema complementar de cura que visa o equilíbrio físico, emocional e mental do ser humano, através da imposição das mãos (Stein, 1995). A Associação Portuguesa de Reiki descreve esta terapia alternativa como uma:

- a. *«Uma técnica de cura por "imposição de mãos"»*
- b. *Uma técnica possível de utilizar em qualquer lugar, altura ou situação*
- c. *Uma técnica para activar, restaurar e equilibrar energia*
- d. *Um método de cura natural, profiláctico e de manutenção de bem-estar*
- e. *Um método que não exclui as outras medicinas ou terapêuticas, antes pelo contrário, pode ampliar a sua eficácia*
- f. *Uma técnica de auto-ajuda com vista ao crescimento pessoal»*

Existem vários estudos que comprovam a eficácia do Reiki, contudo é uma terapia pouco reconhecida pela medicina e ainda não reconhecida pela OMS (Associação Portuguesa de Reiki, 2010). Cardoso (1996) refere que o Reiki é um método que permite canalizar e transmitir energia vital através das mãos, equilibrando e harmonizando o recetor nos níveis físico, emocional e espiritual. Reiki é *'energia vital'* (Ki) guiada pela inteligência universal (Rei) (Cardoso, 1996). Parte-se do pressuposto que esta *'energia vital'* assegura o estado de saúde do recetor, sendo que os *'profissionais'* de Reiki acreditam que por meio da imposição das mãos, conseguem ativar, canalizar e equilibrar o fluxo energético de determinados pontos localizados ao longo do corpo (designados de *'chakras'*) que, quando desequilibrados, poderiam originar doenças (Babenko, 2004).

O *'Center for Complementary and Alternative Medicine'* (2009) sintetizou uma série de pontos-chave associados à prática de Reiki, entre os quais se destaca:

- a. Historicamente, o Reiki tem sido praticado como uma intervenção de autocuidado;

- b. As pessoas recorrem ao Reiki para promover o seu bem-estar e otimizar o seu estado de saúde em geral;
- c. O Reiki é utilizado por pessoas que procuram o alívio de sintomas de doenças e dos efeitos colaterais de tratamentos médicos convencionais, relaxamento e redução do stress;
- d. É amplamente utilizado por pessoas que sofrem de ansiedade, dor crónica, HIV e outras condições de saúde, bem como por pessoas em recuperação de cirurgias ou que sofrem os efeitos colaterais do tratamento de um cancro e ainda em estado paliativo;
- e. Cada vez mais é prestado por profissionais de saúde numa variedade de situações clínicas.

Pegando nos pontos C e E acima assinalados, podemos reforçá-los com um exemplo que se encontra geograficamente muito próximo de onde este estudo foi realizado, o Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro. O projeto “Sentir o Reiki” nasceu nas mãos de três enfermeiras que fazem parte do serviço de Oncologia deste mesmo hospital. Enfermeiras de profissão e Reikianas por acaso. Tivemos o prazer de as conhecer numa ida a este mesmo serviço (acompanhando uma doente para tratamentos) e ouvir como tudo isto começou. Com opinião baseada em estudos já existentes e suas próprias crenças, as três profissionais apresentaram o projeto à direção do Hospital que foi rapidamente aceite.

A 13 de Maio de 2019, nas comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, no auditório da Unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, as três enfermeiras acima referidas, Andreína Tavares, Magda Fernandes e Rosa Boal, apresentaram os resultados do seu projeto. Este tem como objetivo “complementar o tratamento de doentes submetidos a tratamentos oncológicos, através da terapia do Reiki, com vista a melhorar a sua qualidade de vida.” Nasceu a 5 de Junho de 2015 e tinham, até a data, participado 50 utentes e sido realizadas 351 sessões. Nessa mesma apresentação estavam presentes alguns desses utentes, que testemunharam acerca dos benefícios do Reiki para a sua saúde (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019).

METODOLOGIA

1. JUSTIFICAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO

Sendo o aumento da esperança média de vida dos indivíduos uma realidade preocupante procurámos com este projeto estudar os benefícios que a prática do Reiki poderá trazer na vida de idosos institucionalizados. O idoso encontra-se numa fase em que a sua vida sofreu inúmeras alterações e, estando institucionalizado, acaba por sofrer de uma falta de estimulação no seu dia a dia. Com isto, a mudança para uma casa de repouso está muitas vezes associada ao aparecimento de depressão e isolamento. Ao longo da pesquisa bibliográfica efetuada, encontrámos poucos estudos sobre formas alternativas ou complementares que tenham por objetivo a estimulação de pessoas institucionalizadas. São vários os estudos que comprovam que a depressão se encontra de mãos dadas com a institucionalização, mas poucos os que sugerem soluções para esta problemática.

Neste sentido, o presente estudo envolveu a participação de idosos residentes em lar em três sessões de Reiki com Reikianos e outras três sessões placebo em que a pessoa selecionada não tinha qualquer conhecimento sobre esta matéria. A intervenção placebo foi aplicada de forma a entender o quão foi o Reiki que realmente teve efeito nos indivíduos ou se foi apenas a atenção que lhes foi dada durante o tempo das suas participações no estudo.

Foi também, preparada uma ação de divulgação sobre o Reiki, tendo sido contactado um grupo de profissionais para participar (Espaço Holístico Harmonia, Olhão). Esta ação estava destinada aos utentes dos lares e suas famílias cuja a apresentação não se realizou por falta de disponibilidade dos destinatários.

2. METODOLOGIA / INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

Uma metodologia de investigação-ação consiste em aplicar uma teoria na prática, ou seja, tentar verificar uma série de hipóteses ou dar resposta a algumas questões por via de métodos práticos. Este método exige ação no terreno acompanhado por uma investigação levando a uma reflexão crítica (Clara P. Coutinho *et al.*, 2009).

Pretendendo-se aplicar a terapia referida anteriormente (ação) no lar selecionado e posteriormente estudar o seu efeito na amostra (investigação), este foi o método escolhido para a realização deste estudo.

Quadro 6: Fases, objetivos de estudo e calendarização

FASES	OBJETIVOS	CALENDARIZAÇÃO
Revisão da literatura	Recolha de informação sobre os tópicos importantes para o desenvolvimento do projeto	Setembro/Outubro 2018
1ª: Seleção de instituições	Apresentação do projeto em diferentes instituições através de reuniões com responsáveis das mesmas	Novembro 2018/ Dezembro 2018
2ª: Pré-seleção dos participantes	Identificação dos potenciais participantes através da lista fornecida pela direção da instituição	Março 2019
3ª: Consentimento informado e aplicação da Escala	Apresentação do objetivo do estudo aos participantes; recolha de consentimento para aplicação do instrumento de recolha de dados e posterior utilização dos resultados; Aplicação preliminar da	Março 2019

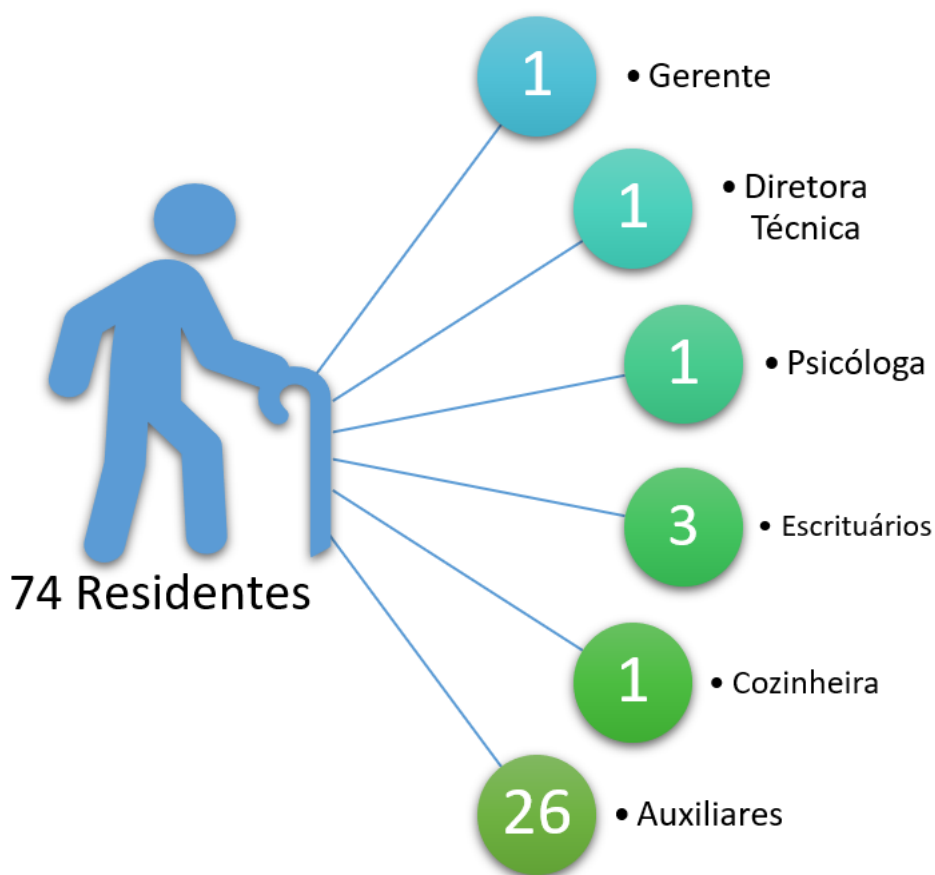
	Escala de forma a identificar se o potencial participante está interessado e se reúne condições a nível cognitivo	
4ª: Seleção de participantes	Seleção dos participantes através dos resultados da Escala e observação durante a aplicação da mesma	Março 2019
5ª: Implementação do projeto	Aplicação da escala antes e depois das sessões de Reiki com profissional; Sessões de Reiki com profissional; Aplicação a escala antes e depois das sessões placebo	Março/Abril/Maio 2019
6ª: Avaliação dos resultados	Análise dos resultados obtidos	Junho 2019
Redação da dissertação	Informação do processo, resultados e conclusões do estudo	Julho/Agosto/Setembro 2019

2.1. AMOSTRA

Numa primeira fase, foram contactados cinco lares na área de Faro e Olhão, numa amostra de conveniência. Na sequência desses contactos, realizaram-se entrevistas com três diferentes instituições. O projeto foi recebido com grande entusiasmo por estas. As responsáveis pela gerência destas instituições demonstraram interesse em fazer parte do estudo afirmando que gostariam imenso de alargar o tipo de

terapia usado até ao momento. Todas elas já tinham algum conhecimento sobre em que consiste a prática do Reiki. Infelizmente duas das instituições, devido a falta de tempo, não conseguiram dar continuidade nem resposta aos e-mails e chamadas telefónicas que se seguiram após a entrevista. Com isto, o projeto foi realizado em parceria com apenas uma das instituições contactadas inicialmente que se situa na área de Estoi, a Casa de Repouso da Quinta da Bemposta, constituída por 33 colaboradores.

Figura 5 : Descrição do quadro técnico da Casa de Repouso da Quinta da Bemposta em relação ao número de residentes



Das 74 pessoas que existem na Casa de Repouso da Quinta da Bemposta, foi disponibilizada uma lista de potenciais participantes no estudo segundo as observações diárias de duas profissionais (Psicóloga e Socióloga) dessa mesma instituição. A lista recebida estava composta por 14 residentes, todas elas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 83 e 97 anos de idade. Foi também fornecida a informação sobre quais destas têm depressão diagnosticada pelo médico do lar e tomam antidepressivos. Esta informação está representada no Quadro 7.

Quadro 7: Informação sobre toma de antidepressivos e diagnóstico de depressão

Participante	Toma Antidepressivo	Depressão Diagnosticada
A	NÃO	NÃO
B	NÃO	NÃO
C	NÃO	NÃO
D	NÃO	NÃO
E	NÃO	NÃO
F	NÃO	NÃO
G	SIM	NÃO
H	SIM	NÃO
I	SIM	SIM
J	SIM	NÃO
K	SIM	NÃO
L	SIM	NÃO
M	NÃO	NÃO
N	SIM	SIM

Após explicação do projeto e pedido de consentimento informado, três potenciais participantes (L, M e N) decidiram que não queriam fazer parte do estudo. Com isto, após esclarecimento de qual era o intuito deste e recolha de consentimento informado, foi aplicado pela primeira vez a “Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta” (adiante referida abreviadamente como Escala) às 11 residentes que concordaram participar.

Quadro 8: Resultados da Escala aplicada para pré-seleção de participantes

Participante	Resultado Yesavage	
A	13	Depressão Grave
B	9	Depressão Ligeira
C	6	Depressão Ligeira

D	7	Depressão Ligeira
E	7	Depressão Ligeira
F	6	Depressão Ligeira
G	8	Depressão Ligeira
H	7	Depressão Ligeira
I	6	Depressão Ligeira
J	4	Sem Depressão
K	3	Sem Depressão

Destas, 5 foram eliminadas por estarem a fazer terapia antidepressiva medicamentosa e outras 3 decidiram não dar continuidade.

Foram, então, recrutadas 3 participantes finais. A seleção das participantes foi baseada, na capacidade cognitiva, no facto de não usarem antidepressivos e não estarem diagnosticadas com depressão.

Quadro 9: Caracterização dos participantes

	Participante A	Participante B	Participante C
Idade	85 anos	97 anos	90 anos
Género	Feminino	Feminino	Feminino
Estado Civil	Viúva	Viúva	Viúva
Escolaridade	Não frequentou a escola, mas não é analfabeta	3ª Classe	4ª Classe
Agregado Familiar	Sozinha	Sozinha	Sozinha
Onde viveu a maior parte da sua vida	Campo	Cidade	Cidade

A ideia inicial apresentada para o projeto, seria trabalhar com uma amostra composta por 15 idosos. Não foi possível concretizar esse objetivo devido às razões acima assinaladas.

Seguiram-se então as sessões de Reiki aplicadas por Reikianos numa primeira fase, e com falsos Reikianos numa segunda.

Quadro 10: Implementação de sessões de Reiki

Participantes A, B e C

	Semana 1	Semana 2	Semana 3
Segunda-feira	Aplicação da Escala (20 minutos)	Aplicação da Escala (20 minutos)	Aplicação da Escala (20 minutos)
Terça-feira	Sessão de Reiki (60 minutos)	Sessão de Reiki (60 minutos)	Sessão de Reiki (60 minutos)
Quarta-feira	Sessão de Reiki (60 minutos)	Sessão de Reiki (60 minutos)	Sessão de Reiki (60 minutos)
Quinta-feira	Sessão de Reiki (60 minutos)	Sessão de Reiki (60 minutos)	Sessão de Reiki (60 minutos)
Sexta-feira	Aplicação da Escala (20 minutos)	Aplicação da Escala (20 minutos)	Aplicação da Escala (20 minutos)

Após a realização das sessões de Reiki aplicadas por Reikianos foi aplicado o mesmo procedimento às mesmas participantes por indivíduos que não possuem qualquer tipo de conhecimento sobre Reiki, de forma a testar o efeito placebo. Esta segunda intervenção foi realizada com um espaço de dois meses após a primeira.

Quadro 11: Implementação de sessões de Reiki com falso Reikiano

	Semana 1	Semana 2	Semana 3
Segunda-feira	Aplicação da Escala (20 minutos)	Aplicação da Escala (20 minutos)	Aplicação da Escala (20 minutos)
Terça-feira	Reiki Placebo (60 minutos)	Reiki Placebo (60 minutos)	Reiki Placebo (60 minutos)
Quarta-feira	Reiki Placebo (60 minutos)	Reiki Placebo (60 minutos)	Reiki Placebo (60 minutos)
Quinta-feira	Reiki Placebo (60 minutos)	Reiki Placebo (60 minutos)	Reiki Placebo (60 minutos)
Sexta-feira	Aplicação da Escala (20 minutos)	Aplicação da Escala (20 minutos)	Aplicação da Escala (20 minutos)

Numa fase final foram comparados todos os resultados entre as sessões e avaliados os resultados.

2.2. SELEÇÃO DE REIKIANOS E FALSOS REIKIANOS

Para realizar este projeto foi necessário encontrar pessoas formadas em Reiki dispostas a participar de forma gratuita. Através de uma rede social, foi postado um anúncio solicitando o interesse de indivíduos com nível de Reiki para fazer parte do estudo. Após recepção de 6 respostas, realizaram-se entrevistas em que o projeto foi explicado aos interessados. Os três Reikianos finais foram selecionados por proximidade geográfica e disponibilidade. Sendo este um projeto não financiado, de forma a não sobrecarregar os indivíduos que se disponibilizaram, foi decidido que cada um teria de aplicar a terapia apenas uma vez a cada participante. Com isto, fizeram parte do projeto três diferentes Reikianos oferecendo uma sessão por cada idoso.

2.3. PROCEDIMENTO DE REALIZAÇÃO DAS SESSÕES

O procedimento concretizado foi o mesmo tanto na execução das sessões de Reiki aplicadas por profissionais como nas de placebo.

Foi disponibilizada uma sala dentro da própria instituição com uma marquesa, uma cadeira, almofadas, uma manta e um pequeno banco de apoio para os pés para os participantes que preferiam receber Reiki sentados.

A Escala foi aplicada no início e no final da semana, na mesma sala e pela mesma pessoa (a autora). Nos dias das sessões, o Reikiano era apresentado ao idoso e após a confirmação que o participante se sentia confortável em receber o tratamento era-lhe pedido para fechar os olhos e relaxar. Durante aproximadamente 60 minutos, o terapeuta por meio da imposição das mãos, ativou, canalizou e equilibrou o fluxo energético de determinados pontos localizados ao longo do corpo do participante. No final da sessão, após alguns minutos dados para o idoso voltar calmamente ao seu estado normal, este foi acompanhado até ao lugar onde se costuma sentar.

2.4. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE - VERSÃO CURTA

Foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta, para avaliar o nível de depressão de cada participante. Os resultados obtidos através desta escala foram também usados para entender se as sessões de Reiki provocaram ou não alterações nos participantes.

Este instrumento foi criado especificamente para avaliar a depressão em idosos. Para tal, foi testada a nível de confiabilidade e validade e comparada com outra escala, a Escala de Depressão de Autoavaliação de Zung. No processo de elaboração, numa primeira fase, foi aplicado um questionário com 100 questões, a indivíduos normais e a indivíduos gravemente deprimidos. Dessas 100, foram retiradas as 30 que apresentavam maior correlação com a pontuação total, que foram depois aplicadas a novos grupos de idosos. Com base nos Critérios de Diagnóstico de Pesquisa para depressão, esses indivíduos foram classificados como normais, levemente deprimidos ou severamente deprimidos. A conclusão final foi que a Escala usada neste estudo foi considerada uma das mais consistentes, confiáveis e válidas para avaliação de depressão em pessoas de idade avançada (REF).

Num estudo realizado por alunos de uma universidade na Turquia, foram estudados os efeitos do Reiki em idosos institucionalizados que sofressem de depressão. Esta Escala foi a ferramenta escolhida para a recolha de dados no mesmo. Após a avaliação de resultados foi concluído que o uso da Escala foi o método adequado (Cinar & Erdogan, 2014).

RESULTADOS

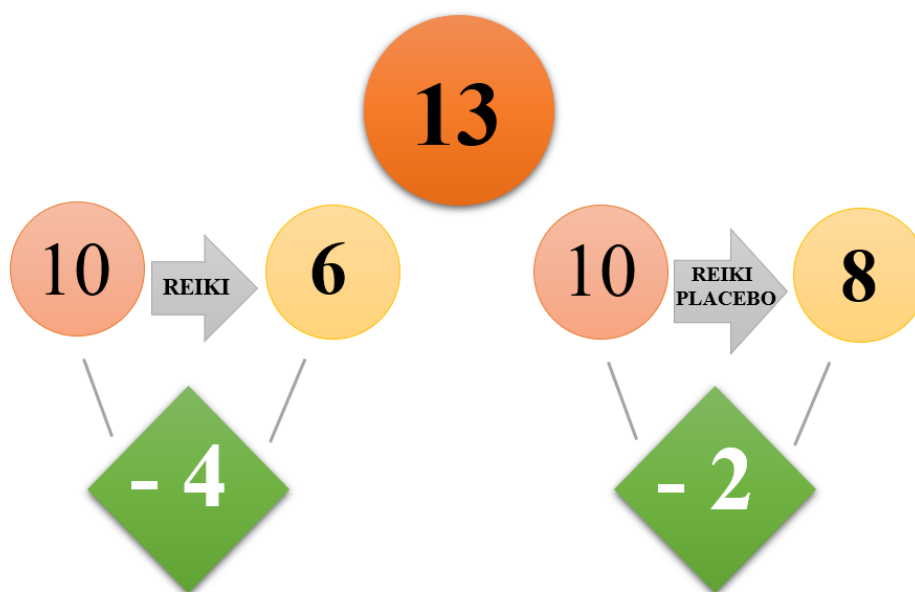
1. APRESENTAÇÃO

Os resultados obtidos através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta, apresentam-se nos Quadros X e Imagens X, acompanhados por comentários.

Quadro 62: Resultados obtidos através da aplicação da Escala com o Participante A

Avaliação Prévia		Antes das sessões de Reiki		Antes das sessões de Reiki Placebo	
13	Depressão Grave	10	Depressão Ligeira	10	Depressão Ligeira
		Depois das sessões de Reiki		Depois das sessões de Reiki Placebo	
		6	Depressão Ligeira	8	Depressão Ligeira

Figura 6: Resultados obtidos através da aplicação da Escala com representação comparativa dos resultados com o Participante A



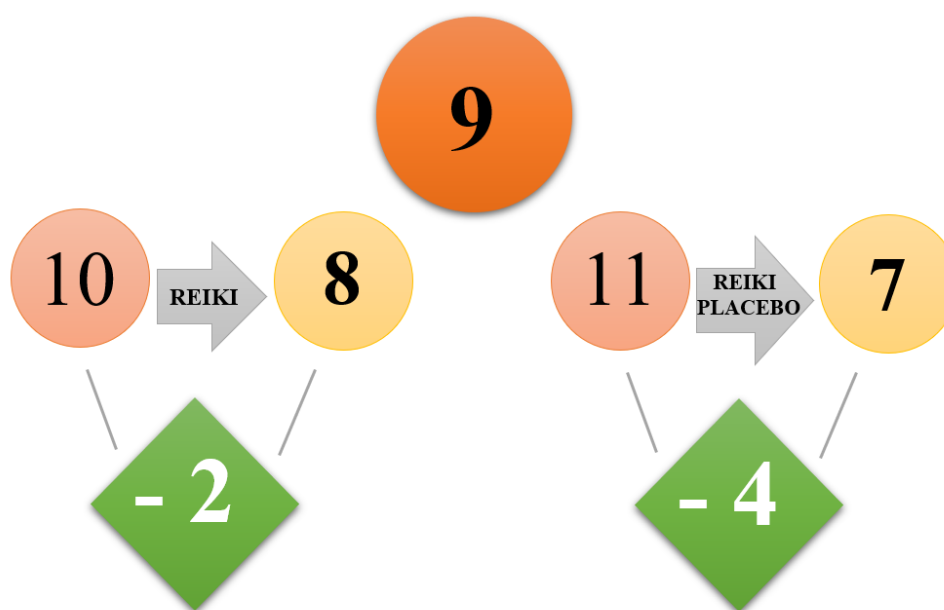
Verificou-se a existência de uma diferença efetiva no resultado final da Escala após a aplicação de Reiki e do Reiki Placebo. Com a aplicação do Reiki o participante obteve uma melhoria na pontuação final da Escala passando de 10 para 6.

Relativamente ao Reiki Placebo verificou-se, também, uma melhoria na pontuação final da Escala em que o participante passou de 10 para 8.

Quadro 13: Resultados obtidos através da aplicação da Escala com o Participante B

Avaliação Prévia		Antes das sessões de Reiki		Antes das sessões de Reiki Placebo	
9	Depressão Ligeira	10	Depressão Ligeira	11	Depressão Grave
		Depois das sessões de Reiki		Depois das sessões de Reiki Placebo	
		8	Depressão Ligeira	7	Depressão Ligeira

Figura 7: Resultados obtidos através da aplicação da Escala com representação comparativa dos resultados com o Participante B



Verificou-se a existência de uma diferença efetiva no resultado final da Escala após a aplicação de Reiki e do Reiki Placebo. Com a aplicação do Reiki o participante obteve uma melhoria na pontuação final da Escala passando de 10 para 8.

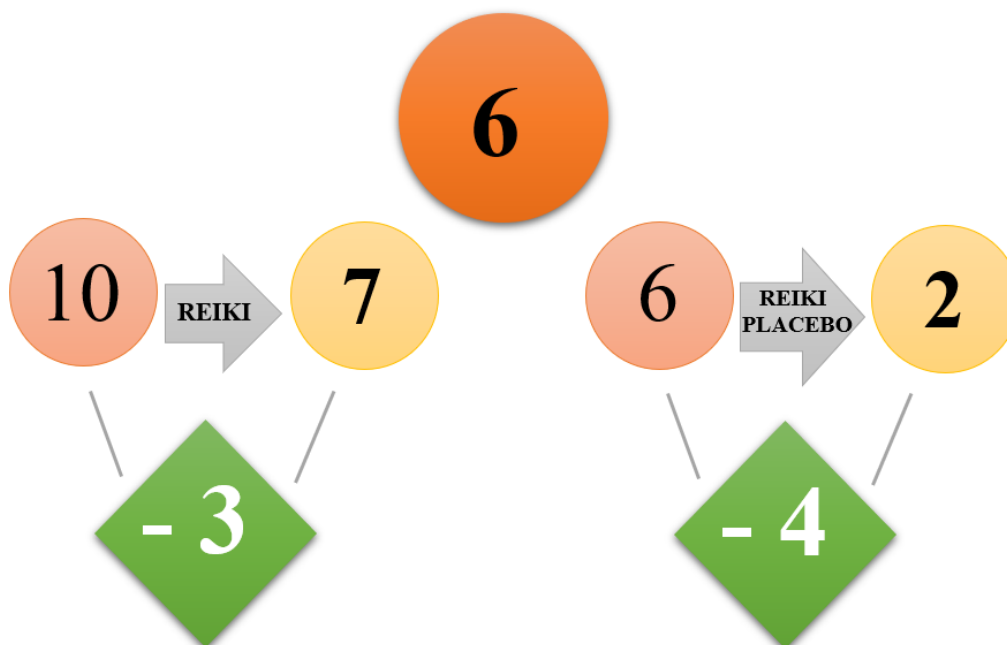
Relativamente ao Reiki Placebo verificou-se, também, uma melhoria na pontuação final da Escala em que o participante passou de 11 para 7.

Observou-se que neste participante a aplicação de Reiki Placebo levou a uma maior diferença na pontuação final da Escala em comparação com a aplicação de Reiki, especificamente, menos quatro pontos.

Quadro 14: Resultados obtidos através da aplicação da Escala com o Participante C

Avaliação Prévia		Antes das sessões de Reiki		Antes das sessões de Reiki Placebo	
6	Depressão Ligeira	10	Depressão Ligeira	6	Depressão Grave
		Depois das sessões de Reiki		Depois das sessões de Reiki Placebo	
		7	Depressão Ligeira	2	Depressão Ligeira

Figura 8: Resultados obtidos através da aplicação da Escala com representação comparativa dos resultados com o Participante C



Verificou-se a existência de uma diferença efetiva no resultado final da Escala após a aplicação de Reiki e do Reiki Placebo. Com a aplicação do Reiki o participante obteve uma melhoria na pontuação final da Escala passando de 10 para 7.

Relativamente ao Reiki Placebo verificou-se, também, uma melhoria na pontuação final da Escala em que o participante passou de 6 para 2.

Observou-se que neste participante a aplicação de Reiki Placebo levou a uma maior diferença na pontuação final da Escala em comparação com a aplicação de Reiki, especificamente menos quatro pontos.

2. DISCUSSÃO

Das três participantes, observa-se que duas destas apresentam uma maior diferença na pontuação final da Escala após as sessões de Reiki Placebo. Com isto, não nos é possível provar que as sessões de Reiki tiveram realmente efeito ou se foi apenas a atenção que lhes foi dada ao longo do projeto.

Por outro lado, citando uma das participantes após uma das sessões Placebo, *“Não sei o que é que vocês me fazem, mas sinto-me tão bem depois disto.”*, observa-se, juntando os resultados apresentados a esta afirmação e ao entusiasmo manifestado pelas participantes com a nossa chegada para as sessões, que o estudo teve um impacto positivo nestas.

Foi também comunicado por colaboradores da casa de repouso, que após uma das sessões de Reiki, uma das participantes, que tem por hábito dar uma volta ou duas por dia a sala de convívio, auxiliada pelo seu andarilho, deu nesse dia, citando, *“[...] umas 7 ou 8, perdemos-lhe a conta.”*

Sabe-se que, três vezes por semana, são proporcionadas atividades socioculturais levadas a cabo por uma animadora. Assim como, a visita de músicos numa dessas três sessões.

No turno da manhã estão presentes 17 auxiliares, 7 no da tarde e 3 no da noite. Tendo em conta que residem 74 idosos neste lar, dá uma média de 4 utentes por auxiliar no turno da manhã, 10 no da tarde e 25 no da noite.

Estes são fatores considerados importantes para a discussão dos resultados no sentido em que, desta forma, é difícil providenciar a atenção e estimulação necessária aos residentes. A nossa intervenção veio proporcionar uma estimulação extra a estas residentes.

A obtenção de resultados positivos com os dois grupos em estudo deixa dúvidas em relação a eficácia do Reiki. Porém, esses mesmos resultados provam que existiu um impacto positivo nas participantes e um decréscimo ao nível da suas depressões.

CONCLUSÃO

O interesse pelas pessoas de idade mais avançada nasceu através de um projeto realizado para uma disciplina de 12º ano há cerca de 10 anos atrás. Essa experiência provocou uma intensa curiosidade em entender a razão pela qual pessoas cheias de histórias e conhecimento para partilhar se encontravam tão isoladas.

Essa curiosidade levou ao início de uma grande aventura, a de ser cuidadora. Ao longo do percurso profissional vários fatores foram observados. Uma das maiores frustrações sentidas enquanto profissional em contexto de lar, foi a falta de tempo para dar a atenção devida aos utentes.

Como referido anteriormente, a institucionalização aparece muitas vezes como a razão que leva idosos a sofrer de depressão. O seu isolamento, as poucas visitas da família, a falta de tempo por parte dos profissionais, as dificuldades motoras, levam a uma falta de estimulação diária, provocando posteriormente a patologia.

Todas estas razões foram incentivo para tentar encontrar uma solução para esta problemática. A prática do Reiki está cada vez mais presente em ambiente hospitalar apresentando maioritariamente resultados positivos.

É difícil para a comunidade científica aceitar que se possa curar ou melhorar sintomas apenas através da imposição das mãos ao longo do corpo. E é de facto, complicado comprova-lo.

Com este projeto pretendia-se entender se seria possível melhorar o nível de depressão de indivíduos institucionalizados, ou seja, idosos com falta de estimulação diária sem recorrer ao uso de medicação. Apesar de o número da amostra não ter sido o que se pretendia na fase inicial, sentimos que demos motivação e sentido na vida das três participantes ao longo do projeto.

Não nos é possível concluir se o Reiki teve realmente efeito devido aos resultados positivos obtidos após as sessões de Reiki Placebo.

Por outro lado, tendo em conta que nenhuma das participantes estava a tomar medicação antidepressiva e que os resultados após as sessões, tanto de Reiki como de Reiki Placebo, foram positivos, conclui-se que este projeto ajudou as residentes a sentirem melhorias na sua depressão.

A redução inesperada da amostra, a dificuldade em encontrar Reikianos com disponibilidade, assim como, o tempo necessário para a realização de cada sessão, leva a conclusão que seria necessário mais tempo para realizar um projeto como este.

A estratégia e a metodologia utilizadas, mostraram-se eficientes, apenas numa perspectiva de trabalhos futuros, deveria ser também criado um grupo controle. Acreditamos que este grupo viria reforçar as conclusões.

As principais dificuldades foram então, a construção de uma amostra coerente (resultante da falta de resposta por outros lares) e a seleção de Reikianos e falsos Reikianos dispostos a prescindirem do seu tempo de forma grátis.

Com isto, sentimos que fizemos realmente diferença na vida das três idosas que participaram neste projeto ao longo das visitas realizadas. O seu entusiasmo em fazer parte de algo foi notável.

Apesar de não ter sido possível provar que foi realmente o Reiki que teve efeito, esperamos ainda assim, ter contribuído, de alguma forma na criação de novas estratégias no âmbito da Gerontologia Social.

BIBLIOGRAFIA

Busfield J. Assessing the overuse of medicines. *Social Science & Medicine*. Apr 2015;131(4):199-206

Freitag V. L., Dalmolin I. S., Badke M. R. & Andrade A. Benefits of Reiki in older individuals with chronic pain. *Texto & Contexto – Enfermagem* 2014 Dec;23(4):

AMA: American Medical Association, (2000), *Depressão – como viver com a doença e como a tratar*. Chicago: American Medical Association.

Albuquerque, S. (2005). *Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para melhora da qualidade de vida dos idosos*. Dissertação de Doutorado, Universidade de São Paulo, Brasil.

Almeida A. & Rodrigues V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(6), 1-8.

APA: American Psychiatric Association, (2014), *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5*, 5ª Ed., Climepsi Editores.

APPSIQ: Associação Paranaense de Psiquiatria, (2010). Risco de demência é 4 vezes maior entre idosos deprimidos. [em linha]. Disponível em: https://psiquiatria-pr.org.br/news-appsiq_det.php?blog=4637. Acedido a 21 de agosto de 2019.

Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In O. Ribeiro et C. Paúl (Eds.). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Babenko, P. (2004). *Reiki: um estudo localizado sobre terapias alternativas, ideologia e estilo de vida*. Dissertação apresentada ao programa de pós graduação em Ciência Sociais da Universidade Federal de São Carlos.

Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P. & Baltes, M. *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge.

Barros, F. (2011). Bem-Estar, Suporte Social e Adaptação à Institucionalização no idoso. *CHBA, EPE, Enfermeiro*, 1-16.

- Beck, A. & Alford, B, (2011). *Depressão: causas e tratamento*. Artmed Editora: Porto Alegre.
- Berger, L. & Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bonfim, C. *et al.* (1996). Lar para Idosos (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento). *Direcção-Geral da Acção Social, Guiões Técnicos*, 3, 2-30.
- Cabral, M. & Silva, P. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal - Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante a Prescrição Médica*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P. Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cancela, D. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Trabalho de Licenciatura, Universidade Lusíada do Porto, Portugal.
- Cardoso, J. (1996). *Reiki: Harmonia Universal*. São Paulo: Editora Tipo.
- Carrajo, M. (1999) Sociología de los Mayores. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 242.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Editora Coisas de Ler.
- Carvalho, T. (2009). *Exercício físico e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161- 184.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). *O Envelhecimento da População Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa da Faculdade de Ciências da Universidade Católica Portuguesa.
- Coutinho, M.; Gontiès, B.; Araújo, L. & Sá, R., (2003). *Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos*. *Psico-USF*, 8 (2), 183-192.
- Dalgalarrodo, P., (2019). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*, 3ª Ed., Artmed Editora: Porto Alegre.

- Davies, A. (1996). Life events, health, adaptation and social support in the clinical Psychology of late life. Em R. Woods (Ed.). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*, (115-140). Chichester: John Wiley & Sons.
- Davim et. al. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconómicas e de saúde. *Rev Lat Am Enferm*, 12(3), 518-24.
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e política sócias em Portugal*. Lisboa: Celta Editora.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Productivity in old age. *Research on Aging*, 33 (2), 205-226.
- Ferreira A. (2009). *A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspetiva do Próprio e do Seu Cuidador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Educação – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freitas, E. et al. (2002). Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, p. 609-617.
- Freitas, E. (2004). Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In L. Py; J. Pacheco; J. Sá & S. Goldman (Orgs.). *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. (19 – 38). Rio de Janeiro: Nau.
- Freitas, P., (2011). *Solidão em idosos: percepção em função da rede social*. II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga.
- Garcia, A. (2009). *Animação Sociocultural para a Terceira Idade*. Chaves: Intervenção.

Guedes, A., (2008). *Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Gomes, A. (1991). Envelhecimento: desespero versus criatividade. *Geriatrics*, 4, 5-15.

Gusmão, R., (2005), *Depressão: deteção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas e tratamento*, tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Hall, M. (1997). *Cuidados médicos ao doente idoso*. Lisboa: Climepsi.

Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Projeções de População residente em Portugal: 2008-2060*. Lisboa: INE.

Ivo, P. (2008). *O Grande Desafio - Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Jacob L. (2001) *A velhice*. Lisboa: ISCTE.

Jung, C., (1971). *A prática da psicoterapia*. São Paulo: Editora Vozes.

Lee, M. (2008). Is reiki beneficial for pain management? *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 13, 78-81.

Lemos, M. (2005) *As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos. Observatório de Idosos e Grandes Dependentes. União das Misericórdias Portuguesas*. Lisboa: Fundação Oriente.

Lima, A., Silva, H. & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 12, (27), 795-807.

Luz, M. & Amatuzzi, M. (2008). Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de Psicologia*, 25 (2), 303-307.

Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, 24 (1), 22-26.

Mailloux-Poirier D. & Berger L. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

- Mailloux, L. (2005). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação Ciência e Tecnologia*, 32, 126-140.
- Martins, R., (2013). *Envelhecimento, atividade física e saúde cardiovascular*, Lição apresentada para provas de agregação em Ciências do Desporto, da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.
- Martínez-Amorós, E.; Cardoner, N.;Gálvez, V. & Urretavizcaya, M., (2012). Eficacia y patrón de uso de la terapia electroconvulsiva de continuación y mantenimiento en el trastorno depresivo mayor. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 241-253.
- Moreno, R.; Moreno, D. & Soares, M. (1999). Psicofarmacologia dos antidepressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 21 (s.1), 24-40.
- Mercadante, E. (2005). *Velhice: uma questão complexa*. São Paulo: Vetor.
- Neto, F. (2009). *Manual de Avaliação Motora para a Terceira Idade*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira. J. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: LivPsic.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. [em linha]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acedido em 31 agosto 2019.
- Paúl, C. (1991). Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social. Revista da Faculdade de Letras. *Sociologia*, 275-287.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 15-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Clinical Gerontology*, 19, 53-60.
- Peixoto, C. (2007). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: Barros, M. (org) *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política* (69-84). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

- Pereira, F. (2008) A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(2), 6-9.
- Pereira, M., (2009). *Variáveis psicossociais e reactividade emocional em cuidadores de dependentes de substâncias*. Tese de doutoramento em Psicologia da Saúde, Universidade do Minho.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ramos, T. (2014). *Depressão e Demência no Idoso: diagnóstico diferencial e correlações*. Dissertação de Mestrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Robert, L. (1994). *O Envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Robert, L. (1995). *O envelhecimento: factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Russel, D. *et al.* (1997). Loneliness and nursing home admission among rural and older adults. *Psychology and Aging*, 12, 574-589.
- Scazufca, M. & Matsuda, C., (2002). Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Suppl1), 64-69.
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 281-287.
- Serrão, D. (2006) Seniores: um novo estrato social. In Paula Frassinetti (Ed.) *Intervenção social. Saberes e contextos*. Porto: Escola Superior de Educação Porto.
- Silva, L. (2008). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde*, 15 (1), 155-168.
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004) *Envelhecer em Família: cuidados familiares na velhice*. Porto. Edição Ambar.
- Spiriduso, W., Francis, K. & MacRae, P. (2005). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign: Human Kinetics.

Stein, D. (1995). *Reiki essencial: manual completo sobre uma antiga arte de cura*. São Paulo: Pensamento.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, (2019). Projeto «Sentir o Reiki» já ajudou 50 utentes no CHUA. Disponível em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/noticias/projeto-sentir-o-reiki-ja-ajudou-50-utentes-no-chua/>. Acedido a 21 de agosto de 2019.

Stella, F.; Gobbi, S.; Corazza, D. & Costa, J. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8 (3), 91-98.

Erdogan Z. & Cinar S. (2014). The effect of Reiki in elderly people living in nursing home. *Indian Journal of Traditional Knowledge*. 15(1):35-40.

Vaz, S. & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Rev. Enf. Ref.*, III (4), 49-58.

Veloso, A., (2015). *Envelhecimento, saúde e satisfação: efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida*. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Zimerman, G. (2007). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Medical News Today. (2017). Placebos: The power of the placebo effect. [em linha]. Disponível em: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/306437.php>. Acedido em 15 setembro 2019.

Associação Portuguesa de Reiki, (2010). Esclarecimento da OMS sobre o Reiki. Disponível em: <https://www.associacaoportuguesadereiki.com/esclarecimento-da-oms-sobre-o-reiki/>. Acedido a 21 de agosto de 2019.

Pordata, (2019). Índice de dependência de idosos: Onde há mais e menos idosos por 100 pessoas em idade activa? Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos-461>. Acedido a 13 de Outubro de 2019.

Pordata, (2019). Índice de envelhecimento: Onde há mais e menos idosos por 100 jovens? Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos-461>. Acedido a 13 de Outubro de 2019.

Clara P. Coutinho, Adão Sousa, Anabela Dias, Fátima Bessa, M^a José Ferreira, Sandra Vieira (2009). Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia Educação e Cultura*, XII (2), 455-479.

ANEXOS

ANEXO 1 - Declaração de consentimento informado

Declaração de consentimento informado

Participação no projeto “Reiki em idosos institucionalizados sofrendo de depressão”

De acordo com a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964,Tóquio 1975,Veneza 1983)

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada acerca do projeto que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que considerei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e os eventuais desconfortos. Além disso, foi-me afirmado que a minha participação é estritamente voluntária e tenho o direito de recusar a todo o momento a participação no estudo, sem que isso tenha qualquer prejuízo para a assistência que me é prestada. Foram-me também garantidos o sigilo e confidencialidade dos meus dados pessoais.

Por isso, consinto participar no projeto XXX e que me seja efetuado um rastreio de depressão geriátrica.

A ASSINATURA INDICA QUE DECIDIU PARTICIPAR, TENDO LIDO OU TOMADO CONHECIMENTO DO QUE FOI ESCRITO ANTERIORMENTE.

ESTOU DISPONÍVEL PARA SER CONTACTADO TENDO EM VISTA UMA EVENTUAL PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS SEMELHANTES. SIM NÃO

Local: _____ Data: ____ de _____ de _____

Assinatura : _____ (Impressão digital do dedo indicador caso não consiga assinar)

Assinatura do(a) entrevistador(a): _____

Declaração de consentimento informado

Participação no projeto “xxx”

De acordo com a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964,Tóquio 1975,Veneza 1983)

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada acerca do projeto que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que considerei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e os eventuais desconfortos. Além disso, foi-me afirmado que a minha participação é estritamente voluntária e tenho o direito de recusar a todo o momento a participação no estudo, sem que isso tenha qualquer prejuízo para a assistência que me é prestada. Foram-me também garantidos o sigilo e confidencialidade dos meus dados pessoais.

Por isso, consinto participar no projeto XXX e que me seja efetuado um rastreio de depressão geriátrica.

A ASSINATURA INDICA QUE DECIDIU PARTICIPAR, TENDO LIDO OU TOMADO CONHECIMENTO DO QUE FOI ESCRITO ANTERIORMENTE.

ESTOU DISPONÍVEL PARA SER CONTACTADO TENDO EM VISTA UMA EVENTUAL PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS SEMELHANTES. SIM NÃO

Local: _____ Data: ____ de _____ de _____

Assinatura : _____ (Impressão digital do dedo indicador caso não consiga assinar)

Assinatura do(a) entrevistador(a): _____

ANEXO 2 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15)

A Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15). Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave.

1	Você está satisfeito com a sua vida?
2	Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?
3	Você sente que sua vida está vazia?
4	Você sente-se aborrecido com freqüência?
5	Está você de bom humor na maioria das vezes?
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?
8	Você se sente freqüentemente desamparado?
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?
12	Você se sente inútil?
13	Você se sente cheio de energia?
14	Você sente que sua situação é sem esperança?
15	Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você?
Contagem máxima de GDS = 15	

