

UNIVERSIDADE DOS AÇORES

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE ANGRA DO HEROÍSMO



Envelhecimento Bem-Sucedido: Que percepções?

Catarina Moura Freitas
(Licenciada em Enfermagem)

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia Social

2011

UNIVERSIDADE DOS AÇORES

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE ANGRA DO HEROÍSMO



Envelhecimento Bem-Sucedido: Que percepções?

Catarina Moura Freitas
(Licenciada em Enfermagem)

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia Social

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Co-orientadora: Mestre Ana Paula Melo Figueiredo Rocha

Angra do Heroísmo, 2011

“Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar de as forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações e interdependências e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.”
Hermann Hesse, in 'Elogio da Velhice'

Dedico aos meus avós:

O Joaquim e a Rosa, que pelos desígnio da vida não chegaram a ser idosos...

Ao António que foi sem duvida uma das razões para eu fazer esta caminhada...

À Conceição que a velhice lhe roubou a memória, mas não o amor e a ternura...

Agradeço...

...ao companheiro da minha vida por todo o amor nos momentos de dificuldade e pela compreensão nas ausências;

...aos meus pais por serem os meus pilares e por sempre terem acreditado em mim;

...ao meu irmão pelo apoio e pela ajuda ao longo do trabalho;

...à Doutora Manuela Martins por toda a disponibilidade e partilha de conhecimentos ao longo desta caminhada;

...à Mestre Ana Paula Rocha por todo o apoio nos momentos mais difíceis e pela partilha de conhecimentos;

...ao Dr. Manuel Américo Silveira por tão gentilmente ter revisto o meu trabalho;

...à minha amiga, de sempre e para sempre, Maria Elisa Silveira pela ajuda nas traduções;

...aos meus colegas de mestrado, especialmente à Célia Azevedo e Ana Teresa Costa por serem um apoio constante neste percurso que partilhamos;

...à Enfermeira Goretti Mendes e aos meus colegas de trabalho pela disponibilidade e compreensão nas ausências;

...aos responsáveis do Centro Comunitário de Santa Luzia, a Senhora Filomena e o Senhor Manuel Martins;

...e por fim, mas não menos importantes, a todos idosos que participaram neste estudo.

A todos, o meu sincero, obrigada!

Resumo

O envelhecimento e o modo como nos adaptamos a esse processo é uma preocupação crescente na nossa sociedade pelo aumento do número de pessoas idosas e da esperança de vida. Na tentativa de perceber como estes percebem esta etapa do seu ciclo de vida este estudo pretende determinar qual a percepção das pessoas idosas que frequentam o Centro Comunitário de Santa Luzia no concelho em Angra do Heroísmo, na ilha Terceira, Açores, sobre o envelhecimento bem-sucedido. Trata-se de um estudo de cariz qualitativo, através de uma abordagem fenomenológica do tipo descritivo simples, utilizando como método de recolha de dados a entrevista que foi aplicada a uma população escolhida intencionalmente, constituída por sete idosos, seis mulheres e um homem com idades entre os 68 e 88 anos, após transcrição das entrevistas foi feita análise de conteúdo tendo em conta os pressupostos de Laurence Bardin.

A partir desta análise foram identificados seis temas: O processo de envelhecimento; Ser idoso na actualidade, O Idoso e a Família; Saúde; Religiosidade do Idoso; e Suportes do envelhecimento. Saliencia-se que embora existam perdas e ganhos no processo de envelhecimento, as primeiras sobrepõe-se, no entanto, referenciam a adaptação através do suporte familiar, desempenho de actividades significativas e frequência do Centro Comunitário. Destaca-se ainda a religiosidade como aspecto presente em todos os seus discursos e a importância que atribuem à saúde nas suas diferentes vertentes, permitindo-lhes manter-se autónomos nas suas tarefas diárias, ao mesmo tempo que mencionam as dificuldades que sentem com os sinais e sintomas resultantes de situações de doença. Embora este seja um processo complexo e multidimensional que envolve adversidades, perdas, diminuições e pressões do meio envolvente, estes participantes reconhecem a possibilidade de viver satisfatoriamente com as suas limitações fazendo planos e projectos, mesmo que tenham medos e receios do tempo que lhes espera.

Palavras-Chave: Envelhecimento bem-sucedido; idoso; percepção do envelhecimento; adaptação; idosos residentes na comunidade.

Abstracts

Aging and the way we adapt ourselves to that process is a growing concern in our society due to the increase in the number of the elderly and life expectancy. In an attempt to understand how they perceive this stage of their life cycle, this study aims at determining how the elderly people that attend Santa Luzia's Community Centre, in Angra do Heroísmo city, Terceira Island, Azores, perceive well-succeeded aging. It is a qualitative study through a descriptive phenomenological approach, using as data collection method the interview that was conducted with an intentionally chosen population, composed by seven elderly – six women and one man – aged between 68 and 88 years old. The interviews' transcription was subjected to content analysis according to Laurence Bardin's presuppositions.

From this analysis, six topics were identified: The aging process; Being elderly nowadays; The elderly and their family; Health; Religiosity in the elderly; and Aging support networks. It should be noted that although the interviewed elderly refer losses and gains in the aging process, the former overlap the latter. Nevertheless, they undergo adaptation through family support, by performing significant activities, and by attending the Community Centre. Also worthy of note is religiosity as an element present in all the elderly's speeches, and the importance they attribute to health in its different strands, allowing them to remain autonomous in their daily tasks, while at the same time they mention difficulties caused by the signs and symptoms of illnesses. Despite being a complex and multi-dimensional process involving adversities, losses, diminutions and pressures from their milieus, these participants recognise the possibility of living in a satisfactory way with their limitations, developing plans and projects, even if facing fears and concerns for the time to come.

Keywords: Successful aging; elderly; aging perception; adaptation; elderly residing in the community.

Résumé

Le vieillissement et la façon dont on s'adapte à ce processus est une préoccupation croissante dans notre société à cause de l'augmentation du nombre de personnes âgées et de l'espérance de vie. En essayant de comprendre comment elles perçoivent cette étape de son cycle de vie, cette étude prétend déterminer quelle est la perception de bien-vieillir des personnes âgées qui fréquentent le Centre Communautaire de Santa Luzia, ville d'Angra do Heroísmo, île Terceira, Açores. Il s'agit d'une étude qualitative, par l'entremise d'une approche phénoménologique descriptive, utilisant comme méthode de collecte de données l'interview qui a été faite à une population choisie intentionnellement, composée par sept personnes âgées – six femmes et un homme – entre 68 et 88 ans. Après la transcription des interviews, on a procédé à l'analyse de contenu en tenant en compte les présupposés de Laurence Bardin.

A partir de cette analyse, on a identifié six thèmes: Le processus de vieillissement; Etre une personne âgée aujourd'hui; La personne âgée et la famille; Santé; Religiosité chez la personne âgée; et Soutiens du vieillissement. Il convient de noter que, quoique les interviewés aient référé des pertes et des gains dans le processus de vieillissement, les premières se superposent. Néanmoins, ils s'en adaptent avec l'aide du soutien familial, en faisant des activités significatives et en fréquentant le Centre Communautaire. Il importe aussi de souligner la religiosité, aspect présent en tous leurs discours, et l'importance attribuée à la santé dans ses différents domaines, leur permettant d'être autonomes dans ses tâches journalières, en même temps qu'ils mentionnent les difficultés causées par les signes et les symptômes des maladies. Bien que le vieillissement soit un processus complexe et multidimensionnel qui implique des adversités, des pertes, des diminutions et des pressions du milieu, ces participants reconnaissent la possibilité de vivre d'une façon satisfaisante avec leurs limitations, en faisant des plans et des projets, même s'ils ont des peurs et des craintes du temps à venir.

Mots-clés: Bien-vieillir; personne âgée; perception du vieillissement; adaptation; personnes âgées résidant dans la communauté.

Siglas e Abreviaturas

AF – Actividade física

A.H. – Angra do Heroísmo

AIVD's – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVD's – Actividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BASE – Berlin Aging Study

CD's – Compact disc

DGS – Direcção-Geral de Saúde

EXCELSA – European Longitudinal Study of Aging

EUA – Estados Unidos Da América

EU27 – Europa dos 27

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

ISSP – International Social Survey Programme

OMS – Organização Mundial de Saúde

SOC – Selecção, Optimização, Compensação

RAA – Região Autónoma dos Açores

SREA – Serviço Regional de Estatística dos Açores

WHO – World Health Organization

Índice

	Páginas
INTRODUÇÃO	14
1 – ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO - PROBLEMÁTICA EM INVESTIGAÇÃO	19
2 – EM BUSCA DAS PERCEPÇÕES DOS IDOSOS - TRABALHO DE CAMPO	27
2.1 – FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO	28
2.2 – TIPO DE ESTUDO	29
2.3 - PARTICIPANTES DO ESTUDO	30
2.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	33
2.5 – CONSIDERAÇÃO ÉTICAS	35
2.6 – PROCEDIMENTOS NA ANÁLISE DOS DADOS	36
3 – O DISCURSO DOS IDOSOS E O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	38
3.1 – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	39
3.2 – SER IDOSO NA ACTUALIDADE	50
3.3 – O IDOSO E A FAMÍLIA	67
3.4 – A SAÚDE DO IDOSO	80
3.5 – A RELIGIOSIDADE DO IDOSO	90
3.6 – SUPORTES NO ENVELHECIMENTO	96
3.7 – ACHADOS SOBRE O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO	102
4 – RECONSTRUINDO UM ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO - CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	113
Anexos.....	129
Anexo I – Tabela com os artigos da revisão sistemática	130
Anexo II – Pedido de Autorização e Declaração do Centro Comunitário.....	134

Anexo III – Guião da Entrevista.....	137
Anexo IV – Formulário e declaração de consentimento informado	141

Índice de Quadros

	Páginas
Quadro n.º 1 – Caracterização dos Participantes	32
Quadro n.º 2 – Perdas no Processo de Envelhecimento.....	43
Quadro n.º 3 – Ganhos no Processo de Envelhecimento	46
Quadro n.º 4 – Adaptação ao Processo de Envelhecimento.....	47
Quadro n.º 5 – Competência dos Idosos	54
Quadro n.º 6 – Praticar Actividade Física	56
Quadro n.º 7 – Percepção sobre o Envelhecimento	60
Quadro n.º 8 – Perspectivar o futuro	64
Quadro n.º 9 – Saúde Familiar	70
Quadro n.º 10 – Os Idosos como suporte familiar.....	74
Quadro n.º 11 – Processos Familiares	76
Quadro n.º 12 – Saúde Física.....	83
Quadro n.º 13 – Saúde Funcional.....	86
Quadro n.º 14 – Percepção de Saúde	88
Quadro n.º 15 – Prática Religiosa	92
Quadro n.º 16 – Busca pelo Sagrado.....	92
Quadro n.º 17 – Rede de Apoio	97

Índice de Diagramas

	Páginas
Diagrama n.º 1 – Processo de Envelhecimento	50
Diagrama n.º 2 – Ser Idoso na Actualidade.....	67
Diagrama n.º 3 – O Idoso e a Família	80
Diagrama n.º 4 – Saúde do Idoso	90
Diagrama n.º 5 – Religiosidade do Idoso	95
Diagrama n.º 6 – Suportes ao Envelhecimento	102
Diagrama n.º 7 – Percepção de um Envelhecimento bem-sucedido	105

INTRODUÇÃO

Embora o envelhecimento da população seja considerado um dos maiores triunfos da humanidade, este é também um dos maiores desafios a enfrentar (OMS, 2002). Pois se é uma conquista de anos de vida, resta-nos saber como estes serão vividos: com qualidade de vida ou incapacidades?

O envelhecimento populacional, que progride de forma evidente na União Europeia, também já se verifica nos Açores, particularmente nas ilhas pequenas e de menor densidade populacional. Algumas ilhas do Arquipélago apresentam populações constituídas maioritariamente por idosos, como é o caso da Ilha do Pico, que é a mais envelhecida, e que em 2008 apresentava uma estimativa da população residente de 14 850 habitantes, em que 2 831 habitantes tinham 65 ou mais anos. Por sua vez o Corvo, a ilha com menos densidade populacional, apresentava uma estimativa da população residente de 488 habitantes, dos quais 89 tinham 65 ou mais anos (SREA, 2008).

No que se refere à Ilha Terceira, local onde se desenvolveu este estudo, a estimativa da população residente em 2008, era de 55 923, dos quais 35 065 residiam no Concelho de Angra do Heroísmo, onde residem os participantes, e 20 858 no Concelho da Praia da Vitória. A população com 65 e mais anos é de 7 595, sendo 4 503 mulheres e 3 092 homens; a população activa é de 38 639, sendo 19 145 mulheres e 19 494 homens, e a população jovem é de 9 689, em que 4718 são mulheres e 4971 homens) (SREA, 2008).

Perante estes dados constatamos que os mais velhos ganham cada vez mais espaço, densidade, organização e força. Força social pelo seu número, cultural pelo seu sentir, pensar e agir, económica pelos seus consumos e política pelos seus votos.

Com este estudo pretendemos conhecer a percepção das pessoas idosas sobre o envelhecimento bem-sucedido, pois achamos que este tema é pertinente na actual conjectura social. E o conhecimento da opinião, na primeira pessoa, torna-se fundamental para proporcionar bem-estar e qualidade de vida nestes anos de vida ganhos. Deste modo, temos como finalidade contribuir para uma intervenção promotora

de um envelhecimento com sucesso, por se tratar de uma área emergente e com novas necessidades e desafios.

A primeira definição de envelhecimento bem-sucedido surgiu em 1961 com R. J. Havighurst, como “*acrescentar vida aos anos*” e “*obter satisfação na vida*” (Franklin & Tate, 2008:7). Desde então, vários autores têm desenvolvido conceptualizações e critérios para determinar a possibilidade de envelhecer com sucesso, dos quais destacamos os trabalhos de Rowe e Khan (1987), Baltes e Baltes (1993) que serviram de fio condutor nesta investigação.

Os idosos através do modelo SOC (selecção, optimização, compensação), operacionalizado pela primeira vez em 1987 por Paul Baltes, podem adaptar-se ao envelhecimento, obtendo sucesso. Ainda de acordo com Baltes e Baltes (1990), a selecção será uma tarefa adaptativa segundo a qual o indivíduo, face às inevitáveis perdas e restrições impostas pelo envelhecimento, se concentra nos domínios prioritários e envolve as condições do ambiente, as suas motivações, competências e capacidades biológicas, podendo ainda envolver novos domínios e objectivos, com a finalidade de obter satisfação e controlo pessoal. A optimização refere-se à forma como as pessoas idosas, tendo em conta o seu curso de vida, desenvolvem acções para alcançar os seus objectivos, enriquecendo e potencializando as suas capacidades em termos quantitativos e qualitativos. Por último a compensação, que recorre a recursos internos e externos, como por exemplo novas tecnologias, para se adaptar às perdas resultantes do envelhecimento.

Na definição de envelhecimento bem-sucedido defendida por Rowe e Khan, estes consideram a importância de três componentes: “1) *baixo risco de doença e ausência de incapacidade resultante de doença*; 2) *elevada capacidade funcional cognitiva e física* e 3) *compromisso com a vida*.” (Castillo, 2009:169). Cada uma destas componentes que compõem o envelhecimento bem-sucedido, tem também as suas características próprias. Por exemplo, a baixa probabilidade de doença refere-se também à ausência, presença ou severidade de factores de risco, que a limitam. Ultrapassando certos limites, como os factores ambientais, médicos, genéticos e outros, este risco aumenta e converte-se em doença. O facto de manter a capacidade física e cognitiva, relaciona-se com a potencialidade de desempenhar uma actividade. No entanto, a terceira componente deste conceito pode tomar diferentes formas que assentam nas relações interpessoais e na

actividade produtiva, esta última num sentido amplo de valor social e não só económico ou pago, como por exemplo fazer voluntariado, partilhar conhecimentos, cuidar dos netos (Castillo, 2009).

Nas suas definições aqueles autores enfatizam a saúde física como factor determinante na obtenção de um envelhecimento bem-sucedido, o que é discriminatório para os que sofrem de patologias crónicas. No entanto, outras teorias têm vindo a ser desenvolvidas e aspectos como a espiritualidade têm sido considerados. Na área de Enfermagem, Flood (2005), na sua definição de envelhecimento bem-sucedido, tem em conta os elementos mentais, espirituais e físicos da pessoa idosa, vendo-a como um ser único e individual. Deste modo, considera que o envelhecimento bem-sucedido resulta da forma como o indivíduo percebe a sua adaptação às alterações psicológicas e funcionais, associadas à passagem do tempo, enquanto mantém uma experiência espiritual e procura um significado e objectivo na vida.

Tendo em conta que na literatura a percepção dos próprios idosos sobre esta temática tem vindo a ser valorizada e que embora na presença de diversas patologias e diminuição da funcionalidade, estes são capazes de referenciar satisfação e qualidade de vida (Lima, Silva & Galhardoni, 2008), o título deste trabalho “Envelhecimento bem-sucedido: que percepções?” surge como forma de despertar o interesse de descobrir, através dos seus discursos, o que entendem por envelhecer com sucesso.

Esta temática desde sempre despertou o interesse da autora, quer a nível pessoal, quer profissional, pois a preocupação de como se envelhece e de como nos adaptamos a esse processo de forma satisfatória ou não, tem implicações directas na sua actividade profissional, como enfermeira, e obviamente a nível pessoal como etapa do seu ciclo de vida. O desafio de tentar compreender esta etapa do ciclo alia-se à importância de adequar estratégias de intervenção junto da população!

Uma vez que pretendemos saber como os idosos percebem o envelhecimento bem-sucedido este é um estudo de carácter qualitativo que nos remete para uma interpretação subjectiva e pessoal, inerente a cada idoso, pelo que nos aproximaremos da fenomenologia. O método qualitativo permite ao investigador observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como estes se apresentam. Mais do que avaliar pretende descrever ou interpretar, pelo que possibilita dar um sentido ao fenómeno (Fortin, 2003).

À primeira vista poderá parecer uma contradição relacionar envelhecimento com sucesso pois há uma imagem desta fase da vida caracterizada por perdas, declínios e uma aproximação à morte, enquanto que o sucesso pressupõe ganhos e balanços positivos. Nesse sentido, o conceito de envelhecimento bem-sucedido necessita ser visto na perspectiva de como será possível ocorrer, sendo necessário ter em conta que o sucesso nas pessoas idosas poderá ser bem diferente do que é considerado pelas gerações mais novas (Baltes & Baltes, 1990).

Assim, colocaram-se as seguintes questões de investigação:

- Será que as pessoas idosas vivenciam situações particulares que contribuem para o seu envelhecimento bem-sucedido?
- Será que os idosos consideram que o seu estado de saúde tem influência na possibilidade de envelhecer com sucesso?
- Quais os acontecimentos que os idosos identificam como meio para obter um envelhecimento bem-sucedido?
- Quais os suportes que os idosos identificam como importantes para obter sucesso nesta etapa?

Neste relatório, preocupamo-nos com a aprendizagem do processo de pesquisa e vamos esforçar por mostrar o que nos motivou para estudar esta temática. Iremos descrever a organização, justificar as opções metodológicas e por último relatar os achados com significado para a compreensão do problema em estudo, no confronto com a pesquisa efectuada. Deste modo, este é composto por quatro partes: na primeira foi feita uma contextualização do tema, com uma abordagem da temática do envelhecimento bem-sucedido, às suas primeiras referências na literatura gerontológica e aos resultados de estudos realizados nos últimos 10 anos; a segunda diz respeito à fase metodológica, onde são descritos todos os procedimentos do estudo desde a pergunta orientadora e objectivos, passando pelas considerações éticas e modelo de análise dos dados; a terceira inclui a apresentação e discussão dos dados obtidos; e por último a quarta parte onde são apresentadas as conclusões, limitações e sugestões do estudo.

Pela natureza do estudo iremos privilegiar e dar ênfase à experiência expressa nos discursos dos idosos e iremos procurar os seus significados organizando o trabalho em áreas temáticas.

1 – ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO - PROBLEMÁTICA EM INVESTIGAÇÃO

Numa investigação, formular o problema a estudar consiste em definir o fenómeno através da apresentação de elementos, relações e argumentos. Como refere Fortin e Fillion (2003:62) *“O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo.”*

Com o passar dos anos, apenas alguns idosos evidenciam estar bem no processo de envelhecimento. Com efeito, enquanto alguns, com a mesma idade, e até mesmo com problemas de saúde semelhantes, se sentem bem consigo próprios, ultrapassando as dificuldades, outros, quase como a procurar o fim, vivem os dias com pouca disposição e acomodando-se à situação. É esta inquietação que nos leva a considerar que estamos perante um problema.

Para encontrar um fio condutor sobre o tema do envelhecimento bem-sucedido, iniciamos este capítulo com uma abordagem à temática e às suas primeiras referências na literatura gerontológica, apresentando o resultado de estudos realizados nos últimos dez anos. Finalmente explanaremos o conceito.

O envelhecimento populacional é um facto, a que ninguém pode ficar indiferente. Na verdade, têm vindo a ser desenvolvidos esforços na área da gerontologia para aumentar conhecimentos sobre esta etapa do ciclo vital de modo a que sejam criadas condições para um bom envelhecimento. No entanto, até aos anos oitenta a preocupação dos investigadores centrou-se no envelhecimento patológico e só a partir daí houve uma preocupação em tentar perceber o envelhecimento bem-sucedido (Fernández-Ballesteros, 2002).

Tendo em conta que não existe consenso sobre a definição de envelhecimento bem-sucedido têm surgido diversas conceptualizações. De acordo com Torres (1999), citado por Teixeira e Neri (2008), o American Social Science Research Council criou o Committee on Social Adjustment to Old Age em 1944, que procurou estabelecer uma definição deste conceito e desenvolver vários instrumentos de medida que correlacionaram o bem-estar subjectivo à autonomia, ao bem-estar psicológico, a estratégias de adaptação e à actividade.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido, como ideia central na área de gerontologia, foi mencionado pela primeira vez em 1961, por J. Havighurst, no periódico *The Gerontologist* (Motta *et al.*, 2005, citado por Teixeira & Neri, 2008).

Os investigadores Rowe e Kahn, no ano de 1987, sugeriram haver uma distinção entre envelhecimento normal e bem-sucedido, propondo que o estudo das determinantes desse processo deveria ser observado em indivíduos com características fisiológicas e psicossociais consideradas acima da média. Posteriormente, Rowe conduziu diversos estudos no Instituto MacArthur Study of Successful Aging que incidiram em temas como o desempenho físico, relações entre a auto-estima e o sistema endócrino e função cognitiva (Teixeira & Neri, 2008).

As teorias que vários autores têm vindo a desenvolver sobre o envelhecimento bem-sucedido apresentam elementos que são comuns entre si e outros que divergem. De acordo com Phelan e Larson (2002), algumas enfatizam a manutenção da capacidade funcional, como elemento essencial para o sucesso, considerando ainda a satisfação com a vida, a longevidade, a ausência de incapacidade, crescimento, participação social activa, independência e adaptação positiva. No que diz respeito aos estudos efectuados sobre os elementos que predizem um envelhecimento bem-sucedido, incluindo um alto nível de funcionalidade, os mesmos autores referem que são encontrados elementos como nível educacional elevado, actividade física regular, auto-eficácia, participação social e ausência de doenças crónicas.

Para conhecer o estado da arte sobre a temática nos últimos 10 anos, foi efectuada uma revisão sistemática da literatura nas seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, Medline e Sagepub. A questão orientadora foi: *“Qual é a percepção dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido”*. Relativamente às palavras-chave ou descritores, foram utilizadas as seguintes: *“successful aging” OR “successful ageing” And “older’s” OR “older adult’s” And “perceptions” OR “adaptation” And “community”*.

Os critérios para considerar os estudos para esta revisão foram artigos publicados em português, inglês e espanhol, efectuados nos últimos 10 anos, com qualquer desenho metodológico, em que os idosos não apresentassem patologias que interferissem na orientação espaço-temporal (como demências) e residissem na comunidade. Os critérios de exclusão foram estudos duplicados na mesma pesquisa ou em pesquisas diferentes,

estudos com artigos referentes a revisões de literatura e estudos com artigos cuja consulta não fosse gratuita.

Dos 12 artigos encontrados 8 foram lidos na íntegra (os disponíveis em *full text*) e 4 apenas em resumo. Foram todos analisados, sendo posteriormente elaborada uma tabela (Anexo I) com os seguintes conteúdos: autor(es); país e ano de publicação; objectivos; metodologia utilizada; participantes e principais resultados. Salientamos que mantivemos algumas das terminologias usadas em língua inglesa, devido ao facto da sua tradução para português não ser a mais exacta, perdendo-se o seu real significado.

De acordo com a literatura existente e a pesquisa efectuada têm vindo a ser desenvolvidos estudos sobre a visão que as pessoas idosas têm do envelhecimento bem-sucedido obtendo-se resultados que indicam que este é um processo adaptativo e de aceitação (Faber, Wiel, Exel, Gussekloo, Lagaay, Dongen, Knook, Geest & Westendorp, 2001; Knight & Ricciardelli, 2003, Abbott, Adams, Arms, Baxter, Becker, Dutcher, Edelbaum & Millham, 2006; Duay & Bryan, 2006; Vilela, Carvalho & Araújo, 2006; Reichstadt, Depp, Palinkas, Folsom & Jeste, 2007; Tan, Ward & Ziaian, 2010).

Para Baltes (1987: 616), o desenvolvimento em todas as etapas do ciclo de vida resulta do equilíbrio entre crescimento (ganhos) e declínio (perdas), “...*qualquer progresso no desenvolvimento mostra simultaneamente o ganho de novas capacidades adaptativas bem como a perda de capacidades previamente existentes. Nenhuma mudança no desenvolvimento durante o ciclo de vida é apenas ganho.*”

No entanto, apesar desta etapa da vida ser caracterizada por um conjunto de perdas e ganhos, as pessoas idosas referem que se ajustam à situação em que se encontram, compensando as perdas com a selecção de actividades ou estratégias que melhor se adaptam às suas novas condições e potencialidades (Knight & Ricciardelli, 2003; Duay & Bryan, 2006; Vilela *et al.*, 2006; Reichstadt *et al.*, 2007).

Podemos constatar que o modelo SOC (selecção, optimização, compensação), operacionalizado pela primeira vez em 1987 por Paul Baltes, poderá ser utilizado pelos idosos como forma de adaptação ao envelhecimento, obtendo sucesso. Ainda de acordo com Baltes e Baltes (1990), a selecção será uma tarefa adaptativa segundo a qual o indivíduo, face às inevitáveis perdas e restrições impostas pelo envelhecimento, se concentra nos domínios prioritários e envolve as condições do ambiente, as suas

motivações, competências e capacidades biológicas, podendo ainda envolver novos domínios e objectivos, com a finalidade de obter satisfação e controlo pessoal. A optimização refere-se à forma como as pessoas idosas, tendo em conta o seu curso de vida, desenvolvem acções para alcançar os seus objectivos, enriquecendo e potencializando as suas capacidades em termos quantitativos e qualitativos. Por último a compensação, que recorre a recursos internos e externos, como por exemplo novas tecnologias, para se adaptar às perdas resultantes do envelhecimento.

Desta forma, o envelhecimento bem-sucedido é visto como a possibilidade de ser vivenciado com satisfação, boa saúde física e mental e bem-estar, sendo estas características referenciadas nos diferentes estudos como indicador de sucesso nesta etapa da vida (Faber, *et al.*, 2001; Tate *et al.*, 2003; Phelan, Anderson, LaCroix & Larson, 2004; Duay & Bryan, 2006; Abbott *et al.*, 2006; Reichstadt *et al.*, 2007).

No campo da enfermagem, Flood (2005), desenvolveu uma teoria de médio alcance sobre o envelhecimento bem-sucedido, baseado no Modelo de Adaptação de Callista Roy, na teoria sociológica da gerotranscendência de Lars Tornstam e na literatura existente sobre esta temática, em que considera quatro aspectos essenciais: mecanismos de desempenho funcional; factores intrafísicos; espiritualidade; e gerotranscendência. Os mecanismos de desempenho funcional dizem respeito ao uso da tomada de consciência e escolha que cada indivíduo faz para se adaptar aos défices funcionais, resultantes das perdas físicas e fisiológicas, que ocorrem no processo de envelhecimento. Os factores intrafísicos são as características inatas do indivíduo que possibilitam ou impendem a adaptação à mudança e à resolução de problemas. A espiritualidade resulta da visão e dos comportamentos pessoais que expressam um sentido de relação com algo superior; os sentimentos, os pensamentos, as experiências e os comportamentos que resultam da busca pelo sagrado. A gerotranscendência é o resultado de uma mudança de meta, de perspectiva, ou seja passar de uma visão materialista e racional, para uma perspectiva madura e existencial que acompanhe o processo de envelhecimento. Esta teoria descreve as mudanças nas actividades e comportamentos que ocorrem simultaneamente, e que levam a um envelhecimento bem-sucedido.

Aspectos como a espiritualidade, a satisfação com a vida e o facto do próprio processo de envelhecimento acarretar alterações biológicas inevitáveis, tem levado a tecer críticas ao modelo de envelhecimento sugerido por Rowe e Kahn, que considera que o

envelhecimento bem-sucedido resulta da combinação de três aspectos fundamentais: baixo risco de doença e ausência de incapacidade resultante de doença; elevada capacidade funcional cognitiva e física; compromisso com a vida. Valorizam ainda aspectos relacionados com a autonomia e o suporte social (Franklin & Tate, 2009).

No modelo de Rowe e Khan, questiona-se o envelhecimento visto como um processo intrínseco, em que o aumento do risco de doença e incapacidade, é em grande parte determinado pela genética, pois actualmente sabe-se que muitas das características do envelhecimento dito “normal” estão relacionadas com o estilo de vida ou factores relacionados com a idade, contudo não dependem exclusivamente desta. Estes autores, consideram que os factores ambientais modificáveis revestem-se de grande importância (Castillo, 2009).

De acordo com Flood (2005), nenhuma das teorias desenvolvidas sobre o envelhecimento bem-sucedido, como por exemplo a de Rowe e Khan (1987) ou a de Baltes e Baltes (1990), fornecem dados sobre os aspectos mentais, físicos e espirituais do envelhecimento e na sua maioria conceptualizam este tema sem ter em conta a percepção dos mais velhos. Os indivíduos não estão apenas sujeitos às alterações resultantes da passagem do tempo, mas também às alterações mentais e espirituais. Na verdade, o bem-estar mental e espiritual adquire contornos importantes à medida que se aproxima o fim da vida, variando de acordo com a percepção de cada indivíduo e resultando numa transformação única.

Nesse sentido, a dimensão espiritualidade é um aspecto importante que é mencionado, nos diferentes estudos que analisamos, como suporte para um envelhecimento bem-sucedido e até mesmo como estratégia para manter uma atitude positiva perante esta etapa (Tate *et al.*, 2003; Abbott *et al.*, 2006; Duay & Bryan, 2006; Moraes & Souza, 2005; Vilela *et al.*, 2006; Nagalingam, 2007).

Apesar de no estudo efectuado por Moraes e Souza (2005), no Brasil, verificou-se que apenas as mulheres consideravam o conforto material, sentir-se fisicamente bem, imagem corporal e aparência, auto-estima, sentimentos positivos, relações interpessoais, suporte social, participação em actividades recreativas, sexualidade, espiritualidade e crenças como factores preditivos de um envelhecimento bem-sucedido.

Embora o género, a cultura e os valores interfiram com a percepção que as pessoas idosas têm do envelhecimento bem-sucedido, noutros estudos, foram valorizados, nas diferentes culturas, aspectos relacionados com o manter-se activo na sociedade através do cuidar dos netos, fazer voluntariado, participar em actividades recreativas e o manter-se activo fisicamente, prática de exercício, estilos de vida activo (Faber *et al.*, 2001; Tate *et al.*, 2003; Phelan *et al.*, 2004; Moraes & Souza, 2005; Duay & Bryan, 2006; Reichstadt *et al.*, 2007; Tan *et al.*, 2010).

No entanto, no estudo de Faber *et al.* (2001), efectuado na Holanda, os participantes, que eram idosos com idade superior as 85 anos valorizaram as funções sociais em detrimento das funções físicas, psíquicas e cognitivas. Embora estes não se tenham classificado como “envelhecidos com sucesso” de acordo com as definições existentes na literatura, mas segundo a sua própria definição consideram ter envelhecido com sucesso.

A manutenção da independência é um aspecto mencionado em vários estudos directa ou indirectamente, pela perspectiva de se manterem autónomos, desempenhando actividades relacionadas com o seu auto-cuidado (exercício/repouso, prevenção/tratamento da doença,...) e com o seu bem-estar.

As relações interpessoais com a família e amigos representam uma dimensão importante da vivência da pessoa idosa proporcionando-lhe a satisfação das necessidades afectivas, como amor, carinho e compreensão, como se verifica em grande parte dos estudos (Tate *et al.*, 2003; Knight & Ricciardelli, 2003; Moraes & Souza, 2005; Duay & Bryan, 2006; Vilela *et al.*, 2006; Nagalingam, 2007).

Em estudos como os de Moraes & Souza (2005), Duay & Bryan (2006), Nagalingam, (2007), Reichstadt *et al.* (2007) e Tan *et al.* (2010) foram referenciados aspectos relacionados com os recursos financeiros e conforto material. Contudo, na investigação realizada por Nagalingam (2007), na Índia, verificou-se que o aspecto financeiro era apenas considerado como factor importante para os homens. O autor considera que este facto pode ser resultado dos papéis atribuídos ao homem e à mulher na sociedade indiana.

Em suma e de acordo com a literatura, não existem receitas universais para alcançar um envelhecimento bem-sucedido, pois tal como referem Baltes e Carstensen (1996),

citados por Fonseca (2005:285), “...*não há teoria, critério ou padrão que seja consensualmente aceite como prescrição definitiva para se falar em sucesso na velhice.*” Contudo, os mesmos autores acreditam que o envelhecimento bem-sucedido poderá resultar da interacção de dois processos, por um lado a adaptação às perdas que ocorrem na velhice e por outro a adopção de estilos de vida que permitam manter uma boa capacidade física e mental.

O envelhecimento bem-sucedido, como conceito em desenvolvimento, tem simultaneamente uma componente concreta e outra intangível. A saúde física é um aspecto objectivo e mensurável, enquanto que a saúde mental, a percepção de objectivos atingidos, a espiritualidade e a experiência de uma vida significativa, são subjectivos. Devido à natureza subjectiva do envelhecimento bem-sucedido e à falta de evidências clínicas, e apesar de em situação de doença alguns indivíduos serem capazes de se adaptar e de experienciar um envelhecimento com significado, este é um conceito individual (Flood, 2002).

Deste modo, cabe à pessoa idosa seleccionar metas e objectivos, otimizar os seus recursos e compensar perdas, ou seja, ser e estar o melhor possível com aquilo que lhe está disponível, podendo cada um destes processos ser activo ou passivo, consciente ou inconsciente, interno ou externo ao idoso (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999; Baltes & Smith, 2004, citados por Fonseca, 2005).

Embora em Portugal ainda não tenham sido efectuados estudos que se debrucem exclusivamente sobre o envelhecimento bem-sucedido, existem estudos sobre a qualidade de vida e bem-estar da população, como é o caso da investigação realizada por Sousa, Galante e Figueiredo (2003) intitulada “Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa”. Este estudo concluiu que em Portugal a qualidade de vida e bem-estar dos idosos é boa, sendo no entanto necessário investir nas áreas relacionadas com as competências cognitivas e motoras, bem como a promoção da autonomia, trabalhando de forma a que as pessoas idosas se mantenham capazes, independentes e valorizadas. Uma das conclusões a que as autoras chegaram foi que muitos dos participantes têm um envelhecimento bem-sucedido.

Se o termo envelhecimento bem-sucedido está associado ao grau com que cada indivíduo alcança um resultado favorável no processo de envelhecimento, a opinião dos idosos é que deve ser tida em conta quando tentamos definir este conceito (Flood,

2005). Sendo assim, e na falta de consenso sobre o conceito e modelos de análise, torna-se pertinente abordar a questão do envelhecimento bem-sucedido no nosso país, neste caso mais especificamente na Região Autónoma dos Açores (RAA), na ilha Terceira, dado que não existem estudos nesta área e permitindo, por outro lado, dar voz aos que vivenciam este fenómeno.

2 – EM BUSCA DAS PERCEPÇÕES DOS IDOSOS - TRABALHO DE CAMPO

São inúmeros os métodos utilizados pelos pesquisadores no estudo dos problemas que interessam ao desenvolvimento de uma base científica. Tal diversidade, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), é fundamental ao espírito científico, cuja meta principal é a descoberta do conhecimento. Não existe uma única maneira de compreendermos a complexidade do nosso mundo e devido a este facto existe uma variedade de métodos alternativos.

Face ao problema que pretendíamos estudar, optámos por uma metodologia qualitativa, razão pela qual nos afastámos de uma apresentação convencional. Começaremos por descrever em primeiro lugar o desenvolvimento do trabalho de campo, pois preocupamo-nos essencialmente aprofundar conhecimentos na área da percepção dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido.

Neste capítulo iremos descrever os procedimentos metodológicos adoptados nesta investigação. Iniciaremos pela justificação do método utilizado e abordaremos posteriormente a finalidade e objectivos do estudo, a descrição do tipo de estudo, a caracterização dos participantes, a abordagem ao instrumento de colheita de dados utilizado e procedimentos na aplicação do mesmo, as considerações éticas e por fim os procedimentos adoptados na análise dos dados.

Na fase metodológica, o investigador escolhe o método que irá utilizar para dar resposta às questões inicialmente colocadas, definindo também a população e os instrumentos para efectuar a colheita de dados. Como refere Fortin (2003:40) *“Estas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação.”*

Pretendemos expor os aspectos metodológicos que irão orientar a execução deste estudo, partindo do pressuposto que os desenhos de estudo qualitativo são flexíveis e particulares e evoluem com a investigação, o que possibilita que os dados sejam mais detalhados e aprofundados (Queirós, Meireles & Cunha, 2007).

2.1 – FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A heterogeneidade que caracteriza o processo de envelhecimento, de acordo com Cupertino, Rosa e Ribeiro (2006), foi observada apenas em meados do século XX através de estudos longitudinais. Esta constatação levou à investigação das determinantes do envelhecimento bem-sucedido e actualmente a literatura gerontológica tem vindo a estudar conceitos que poderão contribuir para este envelhecimento.

Neste contexto, este estudo centra-se em saber como é que as pessoas idosas percebem um envelhecimento bem-sucedido, tendo por finalidade contribuir para uma intervenção promotora de um envelhecimento com sucesso, uma vez que na actualidade é uma área emergente e com novas necessidades e desafios, sendo necessário compreender e reflectir o modo como os próprios idosos vivenciam este processo. Salienta-se que a finalidade do estudo, para além de ser o resumo do objectivo geral do fenómeno em estudo, visa o contributo que o mesmo trará para a sociedade.

Segundo Duhamel e Fortin (2003:162), o objectivo dos estudos descritivos “...*consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo*”, neste sentido delimitamos os seguintes objectivos:

- ✓ Descrever como os idosos entendem o envelhecimento;
- ✓ Identificar os elementos que influenciam o envelhecimento bem-sucedido;
- ✓ Analisar a percepção dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido;
- ✓ Indagar sobre as condições vivenciadas pelos participantes para alcançar a idade que apresentam;
- ✓ Reconhecer os factores aos quais atribuem a sua longevidade.

Quando formulamos a pergunta de partida, devemos ter presente o domínio da investigação e considerar factores como o significado teórico ou prático do estudo, bem como a pertinência e contributo que os resultados trarão ao actual estado de saber (Fortin, 2003).

Tendo em conta a possibilidade do processo de envelhecimento ser vivenciado com satisfação, saúde e bem-estar, nos últimos anos, tem se verificado uma preocupação em definir o envelhecimento bem-sucedido. No entanto, ainda existem poucas abordagens

de como realmente os idosos entendem este processo, pelo que delineamos a seguinte pergunta de partida: “*Qual é a percepção das pessoas idosas sobre o envelhecimento bem-sucedido?*” Perante esta interrogação sugeriram algumas questões relacionadas com a necessidade de conhecer a percepção dos idosos sobre esta temática:

- Será que as pessoas idosas vivenciam situações particulares que contribuem para o seu envelhecimento bem-sucedido?
- Será que os idosos consideram que o seu estado de saúde tem influência na possibilidade de envelhecer com sucesso?
- Quais os acontecimentos que os idosos identificam como meio para obter um envelhecimento bem-sucedido?
- Quais os suportes que os idosos identificam como importantes para obter sucesso nesta etapa?

Estas questões serão um fio condutor do nosso estudo pelo que nos acompanharam ao longo do mesmo.

2.2 – TIPO DE ESTUDO

Numa investigação, o tipo de estudo a utilizar está obrigatoriamente relacionado com o que se pretende estudar que, por sua vez, tem origem na visão que cada um tem do mundo, ou seja, depende do paradigma que norteia e ajuda o investigador a apurar o âmago do fenómeno de interesse (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Este estudo é de carácter qualitativo, uma vez que incide sobre o modo como as pessoas idosas percebem o envelhecimento bem-sucedido, o que nos remete para uma interpretação subjectiva e pessoal, inerente a cada pessoa, pelo que nos aproximamos da fenomenologia.

Como refere Queirós, Meireles e Cunha (2007) a metodologia qualitativa parte do princípio de que há uma associação entre o mundo objectivo e a subjectividade do participante. Deste modo, este tipo de desenho é flexível e particular ao objecto de estudo, permitindo evolução ao longo da investigação e maior detalhe nos dados obtidos.

O método qualitativo utilizado, é o fenomenológico, pois este tem como objectivo compreender um fenómeno do ponto de vista dos indivíduos que vivem ou vivenciaram determinada experiência (Polit, Beck & Hungler, 2004). Relativamente a este tipo de estudo, Cheek (1996:503), citado por Streubert e Carpenter (2002:3), refere que o *“...empreendimento de investigação qualitativa é relativo à possibilidade de permitir múltiplas interpretações da mesma realidade.”*

Embora, no paradigma qualitativo, a realidade seja delineada a partir do quadro referencial dos próprios participantes do estudo, cabe ao investigador interpretar o significado das suas acções, e não apenas descrever os seus comportamentos (Queirós, Meireles & Cunha, 2007).

O modo como o indivíduo envelhece e percebe esse envelhecimento depende do seu percurso de vida que lhe confere heterogeneidade, daí ser necessário salientar que os resultados desta investigação são a perspectiva do grupo de pessoas estudado e não da população em geral. Este é, então, um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica do tipo descritivo simples, pois este tipo de estudo diz respeito à descrição de um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de modo a estabelecer as características desta ou de uma amostra da mesma (Duhamel & Fortin, 2003).

2.3 - PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na investigação qualitativa, segundo Streubert e Carpenter (2002:25) os participantes são *“...seleccionados de acordo com a sua experiência, em primeira-mão da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse.”* Polit, Beck e Hungler (2004) acrescentam que os sujeitos ou participantes são seleccionados intencionalmente de acordo com os conhecimentos do pesquisador sobre a população. O pesquisador pode decidir seleccionar, de forma intencional, um painel variado de sujeitos que tenham conhecimento das questões que estão a ser estudadas.

Tendo estes aspectos em conta e o tipo de fenómeno e estudo em causa, os participantes foram escolhidos de forma intencional. Este tipo de amostra é frequentemente utilizado na pesquisa fenomenológica, pois considera o conhecimento específico de um

determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar este conceito (Streubert & Carpenter, 2002).

Neste tipo de investigação, o tamanho da amostra não é factor determinante de significado, pois, habitualmente estudam-se pequenas amostras, que são seleccionadas intencionalmente. Os sujeitos são escolhidos com o intuito de esclarecer as questões em estudo, obtendo várias realidades (Queirós, Meireles & Cunha, 2007). Polit, Beck e Hungler (2004), referem ainda que é necessária a utilização de critérios diferentes para seleccionar os participantes.

Por uma questão de conveniência geográfica e existência de contacto prévio, resultante da prestação de cuidados de enfermagem com o grupo, a escolha dos sujeitos foi efectuada através do Centro Comunitário da freguesia de Santa Luzia, no concelho de Angra do Heroísmo, na ilha Terceira, Açores. Os participantes reuniam os seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 65 anos;
- Gosto em comunicar;
- Orientação no espaço e tempo;
- Aceitar participar no estudo, assinando o consentimento informado;
- Autorizar a gravação sonora da entrevista.

Os estudos fenomenológicos, segundo Polit, Beck e Hungler (2004:237) são “...tipicamente baseados em amostras de 10 ou menos participantes.”, basicamente pretendíamos ter uma representação semelhante entre homens e mulheres, com famílias e sem família, com habilitações literárias e sem escolaridade.

De acordo com os dados fornecidos pelo responsável do Centro Comunitário de Santa Luzia, aquando da autorização para a realização do estudo (Anexo II), o mesmo é frequentado por 40 utentes, 8 homens e 32 mulheres, numa faixa etária entre os 65 e 91 anos. Deste grupo, sete tinham os critérios estabelecidos e aceitaram participar no estudo, sendo um homem e seis mulheres com idades entre os 68 e os 88 anos. Relativamente, ao estado civil, quatro são viúvos, dois casados e um divorciado. Em relação às habilitações literárias dos sete participantes, cinco possuem o 1º ciclo, um

sabe ler e escrever e um sabe assinar o nome. Através da construção do genograma familiar, apurou-se que quatro vivem sozinhos, um com a filha e genro, um com a filha e neto e um com o cônjuge, filha e neto.

Para uma melhor visualização apresentam-se no quadro seguinte as principais características dos participantes, recolhidas através da primeira parte da entrevista e genograma.

Quadro n.º 1 – Caracterização dos Participantes

Entrevistas	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	80	78	68	82	83	72	88
Estado Civil	Viúva	Viúva	Casada	Viúva	Casado	Divorciada	Viúva
Habilitações literárias	1º Ciclo (4ª Classe)	Sabe ler e escrever	1º Ciclo (4ª Classe)	1º Ciclo (4ª Classe)	1º Ciclo (4ª Classe)	Assina o nome	1º Ciclo (4ª Classe)
Agregado familiar	Sozinha	Sozinha	Marido	Sozinha	Esposa, filha e neto	Sozinha	Filha e genro
Número filhos	3	6	3	6	4	7	4

As Nações Unidas consideram 60 ou 65 anos como a idade a partir da qual as pessoas são idosas, permitindo a partir daqui estimar e fazer projecções nos vários países. A World Health Organization utiliza as categorias de pessoa idosa a partir dos 65 e mais anos e muito idosos com 80 e mais anos (WHO, 2002). Em Portugal, o Instituto Nacional de Estatística (INE) considera também estas categorias, pelo que neste trabalho foi adoptada esta definição.

Embora aos 65 anos não ocorram alterações no organismo humano, quer a nível psicológico, quer biológico, na nossa sociedade esta idade corresponde à passagem para a reforma o que a torna num indicador social sem relação directa com a parte biológica e social, pois o envelhecimento, como processo, ocorre durante toda a vida (Fernández-Ballesteros, 2002).

Apesar de não ter sido aplicado um teste para determinar o estado de consciência e orientação espaço-temporal dos participantes, estes foram os critérios considerados na selecção dos mesmos. Primeiro foi efectuada uma avaliação pelo responsável do Centro

Comunitário nesse sentido e posteriormente ao longo da entrevista, tendo em conta a experiência profissional da investigadora como enfermeira. Verificou-se que todos os participantes se encontravam orientados no tempo e espaço, uma vez que não apresentaram dificuldade na interpretação e forneceram respostas coerentes ao que lhes era perguntado.

2.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Num trabalho de investigação devem ser utilizados métodos que facilitem a colheita de dados para posterior registo e análise dos mesmos. Segundo Fortin, Grenier e Nadeau (2003:239), *“A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar.”*

O método a seleccionar, para a colheita de informação, deverá ir de encontro aos objectivos da investigação. Tendo em conta que no estudo descritivo simples, o investigador pretende reunir informação com o objectivo de abranger os diversos aspectos do fenómeno em estudo, Duhamel e Fortin (2003) referem que poderá ser utilizada a observação, a entrevista e o questionário, sendo estes métodos estruturados ou semi-estruturados.

Considerando estes aspectos e de acordo com os objectivos delineados para este estudo, o método de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada, acompanhada de notas de campo.

Relativamente à entrevista, Fortin, Grenier e Nadeau (2003:245), dizem que *“...é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os sujeitos do estudo com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.”* Sendo assim, o seu principal objectivo é a recolha do maior número de dados possível, para que todos os temas em estudo sejam englobados.

A utilização da entrevista semi-estruturada permite obter resposta às questões colocadas, não necessariamente pela ordem em que estas foram efectuadas. O entrevistado poderá falar livremente, cabendo ao entrevistador reencaminhar a entrevista para os objectivos pretendidos, de forma natural (Quivy & Campenhoudt, 1998). Como refere Gauthier (1998:282), o investigador deixa-se *“...guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelhe a uma conversa,*

os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo.”

Neste tipo de entrevista, o entrevistador é quem controla todo o processo, baseando-se num guião pré-estabelecido onde constam perguntas abertas e fechadas, evitando grandes dispersões do entrevistado relativamente ao tema, sem impedir que as informações surjam de uma forma livre e de acordo com o desenvolvimento do processo (Powney & Watts, 1987, citados por Lessard-Hérbert, 1995).

O guião de entrevista (Anexo III) utilizado neste estudo foi elaborado de acordo com o considerado por Fortin, Grenier e Nadeau (2003:247) utilizando “...as grandes linhas a explorar sem indicar a ordem ou a maneira de indicar as questões. A grelha da entrevista fornece um inventário dos temas a cobrir.”

O guião foi dividido em duas partes, a primeira onde é efectuada uma caracterização demográfica (sexo, idade, estado civil e habilitações literárias) e construído um genograma do participante, para compreender a dinâmica familiar e levar o idoso a falar, de forma descontraída, para de seguida entrar na segunda parte onde foram elaboradas as questões, após terem sido efectuadas leituras que permitiram obter conhecimento sobre a temática em estudo.

As entrevistas foram realizadas no mês de Outubro (2010), individualmente, em data previamente combinada com o responsável do Centro Comunitário (que anteriormente combinou com os participantes), numa sala do mesmo (permitindo conforto, mas ao mesmo tempo sem invadir a privacidade) e tiveram uma duração média de 15 minutos, respeitando as capacidades de cada participante. Os dados foram recolhidos sobre o formato de registo magnético áudio, o que permitiu um registo integral da linguagem verbal. Foram, também, tiradas algumas anotações sobre a linguagem não verbal e o contexto, que surgem aquando da transcrição das entrevistas. Pois como refere Lessard-Hérbert (1995), na investigação qualitativa a entrevista pode ser associada a outros métodos de recolha de dados como é o caso da observação, e nesta situação particular com recurso a notas de campo.

Durante todas as entrevistas, seguimos com todos os participantes os mesmos procedimentos.

2.5 – CONSIDERAÇÃO ÉTICAS

Partindo do princípio de que em qualquer investigação as considerações éticas são alvo de crítica, os direitos humanos têm sempre de ser protegidos. A preocupação ética deve estar patente em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos. Segundo Streubert e Carpenter (2002:37), “...*comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativo ou qualitativo sejam sólidos do ponto de vista ético e moral.*”

A ética, de acordo com Fortin, Prud`homme-Brissom, Coutu-Wakulczyk (2003:114) “... *é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) é um conjunto de permissões e interdições que tem um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.*” Neste contexto, uma investigação deve ser baseada num conjunto de princípios ou direitos fundamentais que devem ser respeitados pelos investigadores, tendo em conta “...*cinco princípios ou direitos fundamentais determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.*” (p.116).

Sendo assim, tendo em conta que neste estudo a amostragem foi feita num Centro Comunitário, foi pedido um consentimento ao responsável do mesmo e, antes da realização das entrevistas, os participantes foram informados dos objectivos da entrevista e do seu contributo para o estudo (Consentimento informado e esclarecido), sendo garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados a recolher (Anexo IV). Sempre que necessário foram esclarecidas dúvidas e não foi efectuado registo áudio, com o objectivo dos participantes se sentirem mais confortáveis com a situação e ser estabelecida uma relação empática. Todos os consentimentos informados foram lidos pelo investigador, tendo em conta o baixo grau de literacia dos participantes e serão preservados em envelope fechado até à discussão desta pesquisa, sendo posteriormente destruídos.

Relativamente à entrevista, foi pedida permissão aos participantes para utilizar o gravador durante a mesma, de forma a facilitar a colheita de dados, garantindo a confidencialidade de todas as informações colhidas e dando a possibilidade de em qualquer momento desistirem de participar no estudo.

2.6 – PROCEDIMENTOS NA ANÁLISE DOS DADOS

As abordagens qualitativas conduzem-nos para uma interpretação dos dados, não numérica, com vista a descobrir as explicações subjacentes e os modos de inter-ligação em estudo (Queiróz, Meireles & Cunha, 2007). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004:358) o objectivo da análise dos dados “...*é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa.*”

O método da análise de conteúdo permite ao pesquisador compreender as representações que o indivíduo apresenta em relação à sua realidade e a interpretação que faz dos significados ao seu redor. Concordando com esta ideia, Bardin (2003:29) refere que este método tem como objectivo “...*compreender para além dos seus significados imediatos...*” que possam parecer úteis ao estudo.

Após terem sido realizadas, as entrevistas foram transcritas integralmente para suporte informático e foram atribuídos códigos a cada entrevistado (E1, E2,...), com o propósito de manter a confidencialidade dos participantes. As transcrições levaram uma média de 4 horas e foram efectuadas pela investigadora nos dias que se seguiram às entrevistas. Depois de transcritas, foi validado o seu conteúdo com os participantes através de uma leitura efectuada pela investigadora com a presença do idoso. Seguindo o mesmo princípio, as notas de campo, que surgiram da observação da linguagem não verbal e do contexto das entrevistas, foram também codificadas (NCE1, NCE2,...).

Ao mesmo tempo que foram efectuadas as leituras fez-se uma pesquisa na literatura existente para conhecer teorias que iam de encontro ou no sentido oposto dos dados emergentes neste estudo.

Após a organização de todo o material e validação efectuámos primeiro uma leitura flutuante e depois em profundidade, recorrendo-se então à codificação manual utilizando diferentes cores para identificar e perceber as ideias principais, em cada entrevista. Posteriormente, as repostas foram agrupadas por pergunta e procedeu-se à mesma codificação por cores, para identificar discursos com o mesmo ou diferentes sentidos, surgindo deste modo as categorias.

As categorias são classes que aglomeram um conjunto de elementos que possuem algo em comum. A categorização pode ser emergente e dedutiva, uma vez que é a partir de

um agrupamento de temas e indicadores, de acordo com critérios semânticos, que se identificam as categorias (Bardin, 2003). Deste modo, após a análise dos discursos dos nossos participantes, identificámos a categoria.

Por fim, em suporte informático, foram construídas tabelas onde colocámos as unidades de registo codificadas de cada entrevista, associadas às respectivas categorias e como resultado de uma terceira leitura em torno desta linguagem mais específica foram identificadas as sub-categorias.

De acordo com Bardin (2003), a categorização contém características particulares, sendo válida na construção de deduções específicas sobre um acontecimento ou variável de ilação precisa e não geral. É um trabalho mais flexível e de certo modo adaptável a índices não esperados ou ao aperfeiçoamento das hipóteses. Neste tipo de análise, é possível determinar categorias mais discriminadas (se comparado com a análise quantitativa), contudo nem sempre é possível o cálculo de frequências por este não ser suficientemente elevado. Na análise qualitativa a dedução é feita a partir da presença do índice e não da frequência do seu aparecimento. Sendo assim, optámos por não efectuar o cálculo de frequência, visto este não acrescentar nada de novo à compreensão do fenómeno em questão.

Neste sentido, e tendo em conta que no paradigma qualitativo a realidade tem por base o quadro referencial dos sujeitos em estudo e que cabe ao investigador interpretar o significado dos dados obtidos e não apenas descrever comportamentos (Queirós, Meireles & Cunha, 2007), foi feita uma busca na literatura por teorias, modelos ou estudos que suportassem as ideias emergentes desta investigação, tendo os dados encontrados sido posteriormente confrontados com os conceitos emergentes da categorização das unidades de registo.

3 – O DISCURSO DOS IDOSOS E O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo pretendemos confrontar os dados que emergiram das entrevistas efectuadas, estabelecendo uma comparação com a fundamentação teórica. Como refere Fortin (2003:343), *“A apresentação bruta dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significação.”*

O envelhecimento é um processo universal e contínuo a que todos estão sujeitos, pois inicia-se com o nascimento e prossegue ao longo do ciclo vital. A sua complexidade implica alterações a vários níveis da esfera do indivíduo, por exemplo alterações físicas como o aparecimento de cabelos brancos e rugas, alterações sociais como a mudança do estatuto e papel desempenhado, ou psicológicas, que se prendem com o auto-conceito e auto-estima.

Segundo Rodríguez (2009) a velhice engloba um complexo conjunto de características que afectam as diferentes esferas da vida pessoal, como a competência, os valores, a saúde e a economia, que configuram a experiência de vida como resultado da passagem dos anos, o que se verifica nos nossos participantes, quer nos seus discursos, quer nas suas características e expressões capturadas e registadas nas notas de campo.

De acordo com Neugarten (1979), os estereótipos que estão associados ao envelhecimento são baseados em imagens das pessoas idosas como necessitados, envelhecidos, em que a maioria é pobre, doente e isolado, necessitando de um grande suporte de serviços. No entanto, à medida que se efectuaram investigações nesta área descobriu-se que existe uma grande diversidade de estilos de vida nos idosos e que muitos conseguem alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

Podemos perceber que as necessidades das pessoas idosas não podem ser semelhantes e muito menos iguais pois como enfatiza a WHO (2008), todos os seres humanos são únicos em qualquer etapa do seu ciclo vital, logo, a forma como vivenciam o seu processo de envelhecimento está intimamente relacionada com as suas vivências, a sua personalidade e as suas oportunidades ou falta delas.

Iniciámos por uma pesquisa bibliográfica com as palavras-chave: “envelhecimento bem-sucedido”; “adaptação”; “idosos”; “idosos residentes na comunidade” e depois articulámos os resultados com as opiniões expressas pelos participantes. Esta matéria será a base deste capítulo, no qual pretendemos compreender o processo de envelhecimento percepcionado pelos idosos. Assim construímos o corpo deste capítulo com as seguintes temáticas: Processo de envelhecimento; Ser Idoso na Actualidade; O Idoso e a família; A Saúde do Idoso, A Religiosidade do Idoso e Suportes do Envelhecimento.

3.1 – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento, sendo um processo de desenvolvimento, exige “(...) *aprendizagens, adaptações, participações e eventualmente ajudas. Para tal, é fundamental a pessoa encarar a vida de forma construtiva, fazendo, face aos problemas que possam surgir, preservar uma autonomia possível, não sobrevalorizando os aspectos negativos, mas dinamizando e valorizando ao máximo os aspectos positivos.*” (Moniz, 2003:50). Neste sentido procurámos compreender o processo de envelhecimento no relato dos participantes expresso no momento das entrevistas.

O envelhecimento, dito normal, é caracterizado pelas alterações típicas e inevitáveis deste processo. No entanto, o ideal para a sociedade do envelhecimento será uma excelente qualidade de vida, com a menor incidência de doenças e incapacidades, mantendo uma actividade física e mental apropriada (Neri, 2008).

Todos os participantes referiram alterações no seu estado de saúde e capacidade funcional. Pela observação podemos constatar que três dos idosos apresentam alterações na marcha: “*É obesa, apresentando marcha cambaleante, utiliza a bengala como dispositivo auxiliar de marcha.*” (NCE1); “*Devido a problemas ósseos, apresenta marcha alterada, arrastando os pés.*” (NCE3); “*Devido à obesidade e problemas ósseos apresenta marcha cambaleante*” (NCE6). Uma das participantes “*Apresenta uma cifose, embora ande com passes curtos, não parece apresentar dificuldade na marcha utilizando sapatos com salto alto.*” (NCE4).

Será importante salientar que todas as etapas do ciclo de vida implicam um conjunto de ganhos e perdas e do seu equilíbrio resulta o desenvolvimento, pelo que é necessário ter

em conta os aspectos relacionados com o indivíduo e o meio em que este está inserido durante o processo de adaptação (Baltes, 1987). Neri (2008) diz ainda que na velhice predominam as perdas (de autonomia, neurológicas, cognitivas, económicas, ...): *“Fala das dificuldades financeiras e embora dê a entender que gostaria de viver com os filhos, reconhece que estes também têm dificuldades e opta por viver sozinha.”* (NCE2). No entanto, estas são controladas por critérios subjectivos e relacionados com a integração do indivíduo na sociedade.

Tendo em conta as alterações que ocorrem no envelhecimento e tendo por base a definição de Busse (1969) de envelhecimento primário e secundário, Birren e Schroots (1996), citados por Fonseca (2006), actualizaram os mesmos e adicionaram o conceito de envelhecimento terciário. Segundo os mesmos, o envelhecimento primário diz respeito às mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento, que são irreversíveis. Todos os participantes apresentam este tipo de alterações no que diz respeito à sua aparência: *“Tem os cabelos grisalhos e são visíveis rugas na face.”* (NCE1), *“Apresenta um aspecto cuidado, pele com rugas, mas hidratada, os cabelos brancos cuidadosamente penteados.”* (NCE4). O secundário está relacionado com as alterações causadas pelas doenças inerentes ao processo de envelhecimento, podendo ser reversíveis ou prevenidas: *“Mexo na cabeça para dar a entender que tem problemas de memória.”* (NCE5). Por fim o terciário, que surge como resultado de um envelhecimento rápido (declínio terminal e aumento das perdas), que precede a morte.

Apesar desta classificação, os limites que definem cada uma delas são muito ténues, pois o envelhecimento é um processo individualizado em que ao aumentar a idade acentuam-se as diferenças entre indivíduos (Paúl, 2005). Na verdade, a idade não significa por si só envelhecimento, como salientam Cavanaugh e Blanchard-Fields (2006), os efeitos da idade reflectem as diferenças causadas pelas mudanças nos processos biológicos, psicológicos ou sociais, e mais importante que a idade cronológica - como é normalmente representada - é perceber que estes efeitos estão inerentes às mudanças que ocorrem com a pessoa e não à passagem do tempo em si.

Tal como referem os autores anteriores, Nunes (2008), diz-nos que a idade biológica ou cronológica não pode ser usada como única definição do processo de envelhecimento, pois o desenvolvimento psicológico e sociocultural não acompanha a curva de maturação e declínio dos sistemas vitais. Para se compreender o processo de

envelhecimento é necessário ter em conta vários aspectos, como os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais, não deixando de parte os psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais e ambientais, que determinam a individualidade da pessoa (Moniz, 2003).

Schroots e Birren (1980) citados por Paúl (1997) consideram haver três diferentes tipos de idade:

- A biológica, associada ao envelhecimento orgânico, em que ocorre uma diminuição do funcionamento dos órgãos e da capacidade de auto-regulação dos sistemas vitais do organismo humano. No entanto, os órgãos não envelhecem todos em simultâneo no indivíduo;
- A sociocultural, que está relacionada com os papéis que o indivíduo desempenha na sociedade, sendo influenciada pela cultura a que pertence;
- A psicológica, que tem a ver com as capacidades psicológicas que o indivíduo mobiliza para se adaptar às alterações ambientais. Inclui os sentimentos, as cognições, as motivações, a memória, a inteligência e outras competências que suportam o controlo pessoal e auto-estima. Uma das participantes “*veste roupas de «festa», utilizando maquilhagem e várias jóias.*” (NCE4), outra “*ri frequentemente e utiliza estrangeirismos para se expressar.*” (NCE6).

No entanto, Fernández-Ballesteros (2009) considera que estas categorizações conduzem a estereótipos, pelo que introduz o conceito de *idade funcional*. Este tem em conta que o envelhecimento psicológico é o resultado do equilíbrio, tanto da estabilidade e mudança, como do crescimento e declínio. Deste modo, a idade funcional é constituída por vários indicadores (*capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais*) que possibilitam compreender as circunstâncias que permitem o envelhecimento satisfatório.

A par do processo de envelhecimento biológico ocorre o envelhecimento psicológico que se caracteriza por ser subjectivo, em que o indivíduo, através de decisões e escolhas, adapta-se ao processo de senescência (Costa, 2002). Este processo resulta de um equilíbrio entre estabilidade e mudança, crescimento e declínio, pelo que algumas funções diminuem de eficácia, como as de natureza física, a percepção e a memória, outras estabilizam, como por exemplo a maior parte das variáveis da personalidade, e

outras, ligadas à experiência e conhecimentos prévios, que na ausência de doença experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida, (Fernández-Ballesteros, 2009).

Abordando o envelhecimento na sua vertente psicológica, Correia (2007) refere que este é influenciado pelas determinantes biológicas e sociais, salientando as competências e capacidades comportamentais do indivíduo para se adaptar ao meio. Para compensar a alteração na sua capacidade visual uma das idosas *“utiliza óculos com bastante graduação, sendo invisual do olho esquerdo, pelo que não consegue bordar. Adaptou-se a esta dificuldade fazendo trabalhos manuais que não exigem tanta minuciosidade.”* (NCE7). Estas competências e capacidades comportamentais incluem: memória, inteligência, aprendizagem, que são influenciadas pelas habilidades, sentimentos, motivações e emoções através do controlo comportamental ou auto-regulação do idoso nas suas tomadas de decisão e opção.

A psicologia do envelhecimento, de acordo com Birren e Schroots (1996), citados por Neri (2004), estuda as alterações cognitivas, afectivas e sociais, e as alterações relacionadas com motivações, interesses, atitudes e valores que são próprios da velhice, dando ênfase às diferenças intra-individuais e inter-individuais que caracterizam o processo de envelhecimento psicológico, tendo em conta diferentes grupos de idade, sexo e grupos com características educacionais e socioculturais distintas. Todos os idosos participam nas actividades do Centro Comunitário, no entanto nem todos têm os mesmos interesses e motivações, uns preferem jogar às cartas ou dominó, outros fazer trabalhos manuais e alguns apenas conviver com os seus pares.

A variabilidade inter-individual das pessoas idosas é maior que nos outros grupos etários, tendo em conta que com o decorrer dos anos as experiências vivenciadas irão fazer evidenciar as diferenças, acentuando as competências ou incapacidades resultantes da sua interacção com o meio físico e social, uma vez que este varia e influencia o seu desenvolvimento (Fonseca, 2006).

Tendo por base o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*) a psicologia do envelhecimento pressupõe que o envelhecimento e o desenvolvimento são processos interligados em que, mesmo com limitações biológicas, os processos psicológicos já estabelecidos se mantêm e, se o ambiente cultural for propício, pode ocorrer desenvolvimento na velhice (Baltes, 1987).

Sendo assim, e considerando que o desenvolvimento não é caracterizado por momentos de crescimento e declínio isolados, mas sim de aspectos que ocorrem em diferentes ritmos, domínios e momentos da vida, salienta-se que no mesmo período de desenvolvimento pode haver crescimento de algumas capacidades e declínio em outras. Como exemplifica Neri (2008:30) “(...) *um idoso pode ter declínio na memória operacional, mas pode conservar e melhorar o funcionamento da memória declarativa; (...).*”

No discurso dos participantes foram identificadas três categorias associadas a esta temática: as perdas, os ganhos e a adaptação, que apresentaremos de seguida.

Quadro n.º 2 – Perdas no Processo de Envelhecimento

Sub-categoria	Unidades de Registo
Auto-estima negativa	“...não tem significado nenhum ter chegado até esta idade! Porque já não faço falta cá a ninguém!” E1; “Que eu já não faço nada que preste!” E1; “Arranjo mal e porcamente... mas pronto lá vou fazendo.” E2; “Eu não sei bem... já tem ocasiões que eu... não sei porque é que vim a este mundo?... para que é que eu ainda estou aqui?” E5
Cognitivas	“... eu não era assim, mas agora esta coisa, não sei porquê estou mais esquecida, o juízo mais fraquinho...” E3; “...muito fraco de memória.” E5; “Muito esquecido...” E5
Força física	“É a gente não ter força! É a gente, ficar diferentes de quando somos novos. Sem forças de trabalhar e... ter mais idade.” E3; “Porque a gente sente-se mais em baixo, mais em baixo. “E3; “... ir ficando sem forças...”E5
De rede de apoio	“Nem sei...! Estou sozinha...não sei responder...” E2; “Não...estou sozinha. Fico sozinha todo o dia.” E2; “A minha filha vai trabalhar. E o pequeno vai para o colégio. E fica só a gente os dois em casa.” E5; “...estar sozinha, é triste! A solidão é triste! Tanta tristeza! Sozinha choro.” E6; “...sinto-me sozinha fico a pensar: “vou a casa do filho... vou a casa da filha”... ou “vou-me embora de vez amanhã, gosto tanto da minha casa” e é assim...” E6
Auto-imagem negativa	“Eu digo muita vez: eu nunca fui pessoa muito forte. Eu nunca fui daquelas raparigas muito fortes, mas não era assim![“Olha para o seu corpo!” (NCE3)] Agora as coisas estão diferentes! Mesmo muito diferentes.” E3; “Eu tenho lá as minhas fotos... nem sequer gosto de ver!” E6; “Era toda alta, magrita... e então baixei (refere-se à altura) por causa dos ossos da coluna... já não tenho, não sei o que é...” E6

Ao longo da vida, os ganhos e perdas não surgem como forças iguais, até mesmo pelo contrário, pois há medida que se envelhece acentuam-se as perdas face aos ganhos, no entanto, o indivíduo pode compensar as perdas resultantes das limitações orgânicas recorrendo a recursos culturais e ambientais para as atenuar (Fonseca, 2005).

Neste grupo de idosos, seis deles utilizam ortotese ocular como forma de melhorar as suas alterações de visão, um deles já efectuou cirurgia às cataratas e colocação de lente : “*Olha para os quadros presos na parede, descrevendo-os, para mostrar que consegue ver bem ao longe.*” (NCE7). Embora vários deles apresentem alteração na marcha, apenas uma utiliza bengala: “*Entra na sala deambulando com o auxílio de bengala.*” (NCE1).

O processo de envelhecimento acarreta um grande número de alterações, quer a nível biológico, quer psicológico e funcional. O aumento de perdas nesta etapa, como refere Ferrer (2009), reflecte-se no aumento de problemas de saúde, diminuição de capacidade adaptativa, quer a nível físico, como um dos participantes exemplifica, dizendo “... *ir ficando sem forças...*” (E5) quer mental, que pode conduzir à diminuição do seu auto-conceito, em que os idosos referem mesmo: “*Que eu já não faço nada que preste!*” (E1) e da sua imagem: “*Eu digo muita vez: eu nunca fui pessoa muito forte. Eu nunca fui daquelas raparigas muito fortes, mas não era assim! [“Olha para o seu corpo.”(NCE3)] Agora as coisas estão diferentes! Mesmo muito diferentes.*” (E3).

A perda de capacidades cognitivas, é também um aspecto importante no processo de envelhecimento, como refere um dos participantes: “...*eu não era assim, mas agora esta coisa, não sei porquê estou mais esquecida, o juízo mais fraquinho...*” (E3). Segundo Paúl (2005), embora não haja um consenso sobre as razões para um declínio cognitivo associado à idade, sabe-se que um certo tipo de memória, raciocínio abstracto e resolução de problemas diminuem com a idade.

Existem vários estudos realizados nesta área, uns que inicialmente indicavam que a inteligência e as capacidades intelectuais geralmente declinam com a idade, como os trabalhos desenvolvidos por Bigler, Johnson, Jackson e Blatter em 1995 e Gedder e Cotman em 1991. Mais recentemente estudos longitudinais como o Estudo Longitudinal de Seattle, realizado por Schaie em 1996 (García, 2009) e o Berlin Aging Study (BASE) conduzido por Baltes & Mayer (1999), chegaram à conclusão de que haveria um aumento das reservas cognitivas ao nível do pensamento nos idosos. Deste modo, de acordo com Barreto (1988), citado por Agostinho (2004), a diminuição destas capacidades é influenciada, mais do que a pela idade cronológica em si, pela doença e proximidade da morte. Os factores sócio-económicos, o grau de escolaridade e a actividade podem ter maior influência sobre a eficácia cognitiva do idoso, do que outros factores.

O modelo de envelhecimento cognitivo, proposto por Salthouse (1996), defende que existe uma relação entre a cognição e a velocidade, ou seja, a diminuição de eficiência da velocidade de processamento de informação ao nível do Sistema Nervoso Central, é responsável pela diminuição da eficácia cognitiva e logo pelos défices cognitivos associados à idade.

Com base neste modelo, Hertzog (1989), citado por Fonseca (2006), considera que a par do envelhecimento existe uma diminuição da capacidade de resposta, no que diz respeito à velocidade e não propriamente aos conteúdos, isto é, as pessoas idosas continuam a ser capazes, mas precisam de um maior período de tempo para a realização de tarefas. Um dos participantes sobre a aprendizagem no computador que tiveram no Centro Comunitário *“Faz um ar de desagrado, por ser apenas uma hora por dia, achando que não é o suficiente para aprender.”* (NCE5).

Segundo García (2009), pode fazer-se uma distinção entre as pessoas idosas com idade entre os 60 a 75 anos, cujas condições de vida e saúde são normais, que podem manter a maioria das actividades excepto as que são influenciadas pela percepção e motivação, e as com 75 e mais anos, que podem começar a apresentar um declínio em determinadas habilidades associadas à resolução de problemas e ao processamento mnemónico. Este declínio parece estar relacionado como a saúde, a história prévia, a educação, a motivação e a prática.

Os participantes referem sentimentos de solidão como consequência da perda de redes de apoio: *“A minha filha vai trabalhar. E o pequeno vai para o colégio. E fica só a gente os dois em casa.”* (E5). De acordo com Bowlby (1969), citado por Paúl (1997:83), *“A solidão é uma condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma tendência para manter a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade pessoal.”* Num estudo realizado por Paúl (1992), concluiu-se que, independentemente do local de residência dos idosos (comunidade ou instituição), a ausência de solidão aparece como aspecto fundamental para a obtenção de satisfação de vida e bem-estar psicológico.

Mais recentemente Paúl, Ayis e Ebrahim (2006), chegaram à conclusão de que existe uma relação forte entre solidão e sintomas depressivos, como verbalizado por um dos participantes: *“...estar sozinha, é triste! A solidão é triste! Tanta tristeza! Sozinha choro.”* (E6), enquanto que uma das participantes, ao ser questionada sobre os motivos de felicidade em ter a sua idade, associa a solidão a sentimentos de tristeza que não lhe permitem ser feliz: *“Apresenta uma expressão triste”* (NCE2). O estudo referido inicialmente aponta para que, na velhice, o casamento é a melhor forma para diminuir os efeitos da solidão na saúde psicológica.

Por outro lado, a solidão pode ser vista como uma experiência subjectiva, ou seja, não está relacionada directamente com situações objectivas, em que Jong-Gierveld (1989), citado por Paúl (1997:87) define a solidão como “...uma situação vivenciada pela pessoa, quando há uma desagradável ou inaceitável falta de certas relações sociais, ou relativamente à qualidade destas.” Deste modo, a gravidade da solidão vai depender da percepção que o indivíduo tem sobre a sua capacidade de estabelecer novas relações, manter ou melhorar as existentes.

Quadro n.º 3 – Ganhos no Processo de Envelhecimento

Sub-categoria	Unidades de Registo
Auto-estima positiva	“Em qualquer altura, qualquer pessoa pode entrar na minha casa. Em qualquer altura, graças a Deus, está sempre limpa.” E1; “Tenho alguns 50 “encharpes”! Feitos à mão! Mas coisas mesmo bonitas, então! Não é por me gabar, mas são...jeitosas as que eu faço! E assim... e gosto de me vestir bem! Não saio de qualquer maneira para a rua! Tem de ser sempre arranjada! Se estou mal disposta, não saiu!” E4; “Tenho sempre a minha casa muito arranjada!” E4; “Gosto de viver e gosto da minha idade e gosto da minha pessoa! E é assim!” E4; “Olha, gosto de ter esta idade...” E4; “Todo o mundo! Não tenho nada a dizer de ninguém e talvez ninguém tenha a dizer de mim.” E6; “Não há uma alma que eu diga: “Não gosto daquela pessoa!”. Porque eu não tenho que dizer de ninguém! E eles, também de mim, a mesma coisa.” E7; “Porque eu não tenho que dizer de ninguém! E eles, também de mim, a mesma coisa.” E7
Tempo	“...é o passar dos anos! É isso que é ficar mais velha...” E2; “Nunca pensei, então, que chegasse a esta idade! (diz com orgulho) Mas nunca pensei!” E4; “Eu às vezes penso: “Como é que fiz 88 anos?” Parece impossível?! Mas isto é verdade o que eu estou a dizer! Eu, às vezes penso, sozinha: Seria que eu me enganei? Mas, não porque eu nasci em 1922, tenho 88! Não sei como é que os passei!” E7
Auto-imagem positiva	“Uso as minhas roupinhas, vou sempre no meu carro.” E3; “Ando sempre arranjada!” E4

De modo a tentar compreender a dinâmica entre ganhos e perdas vamos esclarecer estes dois conceitos. De acordo com Uttal e Perlmutter (1989), citados por Fonseca (2005:97), “*Por ganhos, entendemos a aquisição de novas estruturas ou funções, melhorias na eficiência do funcionamento de estruturas ou funções antigas, ou aplicações inovadoras de estruturas ou funções já existentes a tarefas ou domínios novos. Por perdas, entendemos tanto a remoção ou desaparecimento de estruturas ou funções existentes, como declínios na eficiência do funcionamento de estruturas ou funções antigas.*” Estes autores, salientam ainda que um ganho não implica “*melhor desempenho geral*” e uma perda “*pior desempenho geral*”, e, optam também, por não fazer corresponder estas duas noções às de crescimento e declínio, como tínhamos visto anteriormente, mas sim à ocorrência conjunta de ganhos e perdas em múltiplas dimensões, não apenas na biológica.

No entanto, para Baltes (1987) a adaptação bem-sucedida entre o organismo e o ambiente, resulta não apenas da aquisição de uma maior eficácia funcional ao longo da

vida, mas da ocorrência conjunta de ganhos, que traduzem crescimento, e de perdas, que traduzem declínio, na capacidade adaptativa.

Flood (2002) sugere uma definição conceptual de envelhecimento bem-sucedido que permite a ocorrência de um certo grau de deterioração, contudo, o indivíduo vai escolher um fim que seja desejável para ele ou para ela. Um elemento chave neste processo é a integração de resultados favoráveis e um conjunto de mudanças, resultantes do envelhecimento, que levam à diminuição da capacidade funcional. Pois para envelhecer com sucesso é necessário haver um balanço entre estes dois elementos, bem como a capacidade do indivíduo de se adaptar às mudanças.

Numa situação de crise, Moos e Shaefer (1986), citados por Fonseca (2005:178), consideram haver várias tarefas adaptativas, entre elas “...*preservar uma imagem positiva de si próprio e um sentido de competência e de domínio da situação (em termos de valores e de comportamentos pessoais), que responda adequadamente a uma eventual «crise de identidade» gerada por mudanças nas circunstâncias de vida actuais.*” Nesse sentido e considerando uma auto-imagem positiva, uma das participantes conta com orgulho: “*Tenho alguns 50 “encharpes”! Feitos à mão! Mas coisas mesmo bonitas, então! Não é por me gabar, mas são...Jeitosas as que eu faço! E assim... e gosto de me vestir bem! Não saio de qualquer maneira para a rua! Tem de ser sempre arranjada! Se estou mal disposta, não saio!*” (E4).

Quadro n.º 4 – Adaptação ao Processo de Envelhecimento

Sub-categoria	Unidades de Registo
Trabalho	“Não sei, não sei se pensava nisso. Talvez não pensasse. Talvez, não, a luta (trabalho) era outra, os filhos. Lavava roupas para fora. Tinha muita luta, ia-se para ali vivendo, vivendo!” E1; “Fui criando os meus filhos–tive 6 filhos! Sem contar com os abortos!–sempre sem dinheiro...fazia as minhas costuras...” E2; “A minha velhice... pois... eu cozi pão, para os meus filhos-que eu tinha 6 filhos-, num forno de pão...também ajuda a envelhecer, digo eu... não sei! Já me custa muito mexer no forno, amassar a massa, era 26 Kg que eu cozia de pão. Antigamente, dava bem que fazer!” E2; “E eu fiquei cá que era para ajudar o meu avô, a trabalhar nas terras... e depois a gente não pensava na...” E5; “Eu trabalhei muito quando era mais novo, agora já estou a descansar e... já não trabalho tanto.” E5; “Pronto já não se precisa limpar. Bem bom!” E7
Suporte familiar	“Olha, graças a Deus tive um bom marido, um bom pai, trabalhador, nosso amigo de todos, pronto.” E1; “Era assim, mas ele era muito meu amigo! Eu vivia muito bem! Eu nunca o contrariava, para ele não brigar. Mesmo ele não era de brigar! A gente éramos muito amigos...” E2; “Fui feliz no meu casamento! Fui feliz com os meus filhos! Nunca tive problemas com eles!” E4;
Gestão do tempo	“Não pensava nisso...era um dia de cada vez.” E2; “Um dia de cada vez!” E4; “Vou passando o tempo! (risos) e é assim!” E4; “É, dia pior, dia melhor, mas <i>voilà!</i> Pronto. Está bom!” E6
Experiência de vida	“...meu pai morreu muito novo, com 40 anos, e naquela altura... ficamos todos miúdos.(...) Não sei... pois se chegava à idade dele... morreu com 86 (o avó), mas eu não sabia... Mas o meu pai tinha morrido novo, eu também podia morrer assim, ou...” E5; “Com desgostos, com gostos, com inquietações e passei tudo!” E7; “Eu nunca pensei em velha. Eu olhava para a minha avó e dizia: “Ai Nosso Senhor, será que eu vou chegar aquilo?” Eu não gostava! Mas olha, já os passei!” E7; “Eu... encarava aquilo... ia encarando. Não há outro remédio, não há outro remédio e ficava assim mesmo! (...) Uma pessoa que começou a penar desde pequenina a modos que encara as coisas melhor.” E7

Relativamente ao processo de adaptação, Fonseca (2005:166) refere que este pode surgir de duas situações “... *consciência de que se está a mudar para uma situação em que se mudou efectivamente, ou passa-se de uma fase em que a energia é dirigida para minimizar o impacto do stress provocado pelo acontecimento para uma fase de reorganização, em que a nova realidade é encarada e aceite.*”

A Teoria da Transição, desenvolvida por Schlossberg (1981), descreve a complexa realidade que acompanha e define a capacidade humana para lidar com as mudanças ao longo da sua vida. O seu modelo considera a adaptação como um processo dinâmico, que decorre através dos diversos estádios de uma transição em particular. Existem três factores que influenciam a Adaptação à transição: as características da própria transição (momento, duração, semelhança a outras transições,...); as características do suporte pré e pós transição e o enquadramento ambiental (qualidade das relações humanas, suporte social, inserção do individuo no meio social,...), como refere um dos participantes deste estudo: “*Olha, graças a Deus tive um bom marido, um bom pai, trabalhador, nosso amigo de todos, pronto.*” (E1) evidenciando a importância das relações estabelecidas neste processo; e as características do indivíduo (personalidade, resiliência, estratégias de *coping*): “*Não pensava nisso...era um dia de cada vez.*” (E2), podendo ser visto como resiliência face ao processo.

Relativamente às características individuais referidas por Schlossberg, Fonseca (2005) salienta que o sucesso do indivíduo está relacionado com o facto de ter lidado no passado com uma transição semelhante, encontrando-se mais preparado para lidar com a actual. Como refere um dos participantes: “*Eu... encarava aquilo... ia encarando. Não há outro remédio, não há outro remédio e ficava assim mesmo! (...) Uma pessoa que começou a pensar desde pequenina a modos que encara as coisas melhor.*” (E7). Moniz (2003) diz ainda que o processo de envelhecimento acarreta várias transformações e estas podem ser aceites de forma natural se houver uma adaptação às novas situações e exigências.

No ciclo vital a adaptação, a qualquer uma das suas etapas, implica o desempenho de um conjunto de actividades e papéis. Decorrente das perdas e dos ganhos, inerentes ao envelhecimento, existem diversas variáveis como a saúde física, alterações da personalidade e do estado de ânimo, mudanças na estrutura familiar e relações sociais,

que contribuem de modo significativo para a necessidade de uma adaptação que reorganize o seu modo de vida (Fonseca, 2005).

De acordo com Neugarten, Havighurst e Tobin (1996) à medida que as pessoas envelhecem estão expostas simultaneamente ao ambiente social e aos processos biológicos intrínsecos e embora não tenham influência sobre eles estes exercem grande influência sobre si. O indivíduo continua a poder escolher e seleccionar no ambiente o que precisa para satisfazer as suas necessidades e envelhece de acordo com a sua história de vida, continua a ser ele próprio através da adaptação ao final da vida. Ao adaptar-se às mudanças biológicas e sociais o indivíduo continua a desenhar o que foi e o que é.

Posto isto, MacCrae e Costa (1990), citados por Paúl (2005:32), referem que a personalidade é “...o conjunto de traços, atributos ou qualidades que servem para caracterizar uma pessoa...”. Ao longo da vida a questão prende-se à estabilidade, pois esta mantém-se e as mudanças surgem frequentemente mais associadas ao processo de maturação do que às influências ambientais. Deste modo, a personalidade resulta do conjunto das disposições endógenas e constantes, e não tanto da adaptação, como resultado da experiência.

Associado a esta temática surge também o auto-conceito. De acordo com Paúl (2005), o Eu é uma noção importante para se compreender como o indivíduo se adapta ao processo de envelhecimento. Citando Hertzog e Markus (1999), “...o Eu é (..) o conjunto de estruturas de conhecimento que as pessoas têm de si próprias, integrando activamente estas estruturas em áreas de conteúdo e limites de tempo.” (p.34). Sendo assim, este permite estruturar e interpretar experiências, motivar o comportamento, lidar com as emoções e dar um sentido de continuidade.

Segundo Rocha (2007), os níveis de auto-conceito, quer positivos, como referido por um dos participantes: “Gosto de viver e gosto da minha idade e gosto da minha pessoa! E é assim!” (E4), quer negativos: “...não tem significado nenhum ter chegado até esta idade! Porque já não faço falta cá a ninguém!” (E1), influenciam o processo de envelhecimento, podendo proporcionar um envelhecimento bem-sucedido ou pelo contrário um envelhecimento difícil e penoso. Não se pode negligenciar o papel que a visão da sociedade tem neste processo, bem como o auto-conceito do próprio idoso, pois ambos irão condicionar os comportamentos e atitudes dos mais velhos.

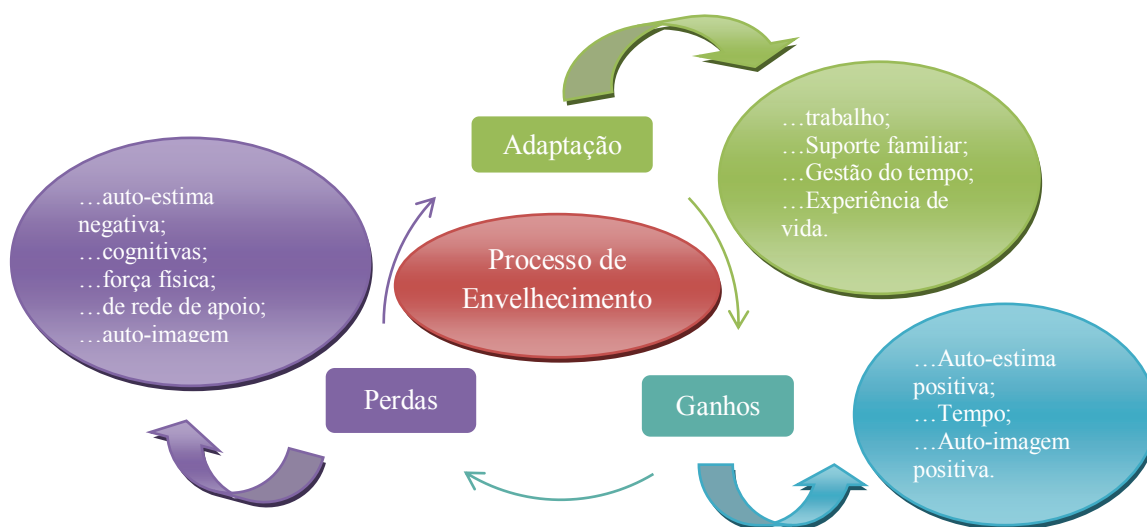


Diagrama n.º 1 – Processo de Envelhecimento

Identificamos pelos discursos dos participantes que, decorrente do processo de envelhecimento, existe um conjunto de ganhos e perdas que influenciam, de forma determinante, a sua condição de vida, alterando a sua imagem, a sua capacidade funcional e conseqüentemente a sua qualidade de vida. Nesse sentido, Ferrer (2009), defende que devemos encarar a vida humana como um processo de desenvolvimento constante e dinâmico de adaptação ao meio, que exige constantes tomadas de decisões. Viver, pressupõe a exposição a toda uma série de potenciais adversidades, perdas, diminuições e pressões ambientais, que ocorrem em áreas importantes da vida e do funcionamento da personalidade. Mas, ao mesmo tempo, pressupõe a possibilidade de ocorrência de oportunidades e adaptações positivas através de recursos bio-culturais que permitam enfrentar satisfatoriamente limitações e fazer face às diversas tarefas diárias.

3.2 – SER IDOSO NA ACTUALIDADE

Do discurso dos participantes evidencia-se a sua experiência enquanto idosos na sociedade de hoje, numa perspectiva da vivência das suas emoções e expectativas. O centro deste sub-capítulo é compreender qual é o lugar dos mais velhos na nossa sociedade, não só pelo seu olhar, mas na conjugação com outros estudos e na análise do investigador.

A Europa teve durante muitas décadas a maior proporção de pessoas com 65 e mais anos. Estima-se que em 2040, 1 em cada 4 Europeus terá pelo menos 65 anos, e que 1 em cada 7 terá pelo menos 75 anos (Kinsella & Wan, 2009). As projecções efectuadas

pelo EUROPOP2008 (*European Population Projections2008*) para a população da Europa dos 27 (EU27) prevê que esta aumente gradualmente de 495.4 milhões em 2008, para 520.7 milhões em 2035 e posteriormente irá diminuir para 505.7 milhões em 2060. A proporção da população com 65 e mais anos irá aumentar de 17,1%, em 2008, para 30,0% em 2060. De forma semelhante, a população com 80 anos e mais irá triplicar de 2008 até 2060 (Giannakouris, 2008).

Em Portugal, verificou-se um envelhecimento da população mais lento do que nos outros países europeus. De acordo com o INE (2009), nas estimativas provisórias da população residente em Portugal no ano de 2008, a proporção de jovens na população total manteve-se idêntica à do ano anterior (15,3%). Por outro lado, assistiu-se a um aumento da proporção da população idosa, passando de 17,4% (em 2007, em que 15,0% eram homens e 19,7 % mulheres) para 17,6% (em 2008). O peso relativo da população em idade activa também diminuiu de 67,2% para 67,1%. Deste modo, manteve-se a tendência de um duplo envelhecimento da população, para o que tem contribuído a descida da natalidade a par com o aumento da longevidade nos últimos anos.

Na Região Autónoma dos Açores, tal como no restante país e Europa, a tendência é para que nas próximas décadas aumente o envelhecimento da população, o que se deve sobretudo à diminuição do peso relativo dos jovens, como resultado da diminuição das taxas de natalidade/fecundidade e do aumento da esperança média de vida (Alcobia, 2008).

De acordo com dados do Secretaria Regional de Estatística dos Açores (SREA) de 2008, a estimativa da população residente na RAA, em 2008 era de 244 780 habitantes. No que se refere à Ilha Terceira, esta estimativa, no mesmo ano, era de 55 923, dos quais 35 065 residiam no Concelho de Angra do Heroísmo (A.H.) e 20 858 no da Praia da Vitória.

Na lha Terceira a população com 65 e mais anos é de 7 595, sendo 4 503 mulheres e 3 092 homens. A população activa é de 38 639, em que 19 145 são mulheres e 19 494 homens e a população jovem é de 9 689, dos quais 4718 são mulheres e 4971 homens (SREA, 2008).

O índice de envelhecimento para a RAA tem vindo a aumentar. Em 2007, de acordo com o INE (2008) era de 65,9. Relativamente ao ano de 2010, o INE projectou um

índice de envelhecimento de 68 e para 2020 de 87. O mesmo índice no ano de 2008, segundo dados do SREA (2008), mostra que para a Ilha Terceira, no Concelho de A.H. era de 62,8 para os homens e 98,6 para as mulheres.

Do ponto de vista social, a velhice ao longo do tempo foi vista de formas bastante diferentes e até mesmo antagónicas. Nas sociedades antigas, atingir a velhice era uma situação rara, e por isso aos idosos eram atribuídos papéis sociais de relevo como conselheiros, sábios, feiticeiros, e eram associados a valores de respeito e conhecimento. Na sociedade contemporânea, a velhice é mais comum e a experiência dos idosos não conta de forma decisiva para o equilíbrio e organização social. A pessoa ao envelhecer pode vivenciar uma diminuição da sua vida social, existe maior probabilidade de perda de familiares e amigos, perda do papel desempenhado a nível profissional, da sociedade e da família (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

O facto da pessoa idosa ter uma maior disponibilidade de tempo implica a necessidade de se adaptar a novos papéis que são impostos pela sociedade transformada. Esta gera novas atitudes psicossociais relativamente à velhice, de tal modo que valores como respeito e dignidade, encontrados ao longo da história relativamente aos idosos, foram substituídos por outros como invalidez e dependência económica. Pois de acordo com Agostinho (2004) a sociedade moderna e industrializada colocou de parte os velhos, valorizando a produção, a rentabilidade e o consumismo.

De acordo com o INE (2002:10), no documento elaborado para a 2ª Assembleia Mundial do Envelhecimento em Madrid, “...os idosos dos nossos dias são diferentes dos do passado e por isso qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano. A autonomia e o estado de saúde devem ser factores a ter em conta, pois afectam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente.” Nesse sentido, uma classificação com base na idade funcional (Fernández-Ballesteros, 2009), relacionada com a saúde, a independência física, a função social e psicológica será a mais adequada. No entanto, em termos cronológicos, WHO (2002) tentou uniformizar os critérios, definindo que qualquer indivíduo com 65 e mais anos, independentemente do sexo e do seu estado de saúde, é considerado idoso.

Segundo Arruda (2007), as pessoas ao envelhecerem deparam-se com novos desafios e exigências e as limitações físicas são acrescidas às que a sociedade coloca, como os

preconceitos e os estereótipos. Nesse sentido o grande desafio é construir o próprio caminho e desenvolver atitudes que permitam ultrapassar as suas dificuldades, com o objectivo de ter mais qualidade de vida.

As representações sociais da velhice têm implicações na vida quotidiana. À medida que os comportamentos adoptados por um indivíduo ou grupo de indivíduos são confrontados com estas representações, elas reflectem-se nas suas práticas sociais e a nível pessoal no significado que adquirem nas suas vidas. Pelo que, de acordo com Araújo, Coutinho e Saldanha (2005), perceber como são as representações sociais da velhice poderá contribuir para uma melhor compreensão desta e dos seus significados, com os quais os indivíduos estabelecem relações para obterem uma velhice bem-sucedida.

A competência para a vida diária dos idosos, segundo Paúl (2005), refere-se a como estes podem funcionar eficazmente nas tarefas e situações de rotina do seu dia-a-dia. Nos trabalhos desenvolvidos sobre o envelhecimento bem-sucedido por Baltes e Baltes (1990), a competência no quotidiano revela ser um aspecto fundamental para manter qualidade de vida apesar das restrições que esta fase da vida pode acarretar.

A competência dos idosos emergiu como categoria neste estudo e embora existam outros modelos que expliquem a competência de vida diária, os discursos dos idosos levam-nos a considerar o proposto por Baltes, Maas, Wilms, Borchelt e Little (1999), que propõem um modelo bidimensional, que a literatura denomina de competências comportamentais, e que estão relacionadas com a capacidade de lidar com as exigências da vida prática, pelo que se reflectem na independência e na autonomia dos idosos.

Quadro n.º 5 – Competência dos Idosos

Sub-categoria	Unidades de Registo
Básicas	<p>“Pois eu faço o meu almoço.” E1; “E o resto durante a semana quando é preciso passar “mapas” (esfregona) e limpar pó, eu faço isto tudo. Tudo!” E1; “...lavo à mão a roupa escura de resto é na máquina.” E1; “Arranjo a minha casa... varrer, limpar a casa, fazer de comer...” E2; “...eu, tenho feito, e os meus de comeres e as minhas coisas. (...) Depois lavo a minha loucinha, a minha louça. (...) Limpo o meu pó...” E3; “(...) a minha roupinha, estendo-a, arranjo a minha casa, limpo-a conforme posso!” E3; “Faço a minha comida, arranjo a minha casa.” E4; “Faço o meu almoço, o meu jantar...” E4; “Faço uma sopinha, umas coisas. Lavo a loiça, lavo a roupa, estendo a roupa para secar, depois vou apanha-la. É assim as coisas.” E5</p>
Alargadas	<p>“...a fazer uma “pisca” (um bocado) de renda.” E1; “Pois gosto, tenho de me entreter!(...) É buracos fechados tapados e abertos. (...) Já fiz muitas colchas, duas para cada filha, já fiz uma para o neto, já fiz uma para mim.” E1; “Estou para ali a olhar para a televisão...” E1; “Venho aqui para o convívio, jogar cartas!” E2; “Vejo televisão, as notícias, gosto muito de ver as notícias. Gosto muito! Também ouço rádio durante o dia e toda a noite!” E2; “...faço uma rendinha, uma renda, um pontinho, uma coisa.” E3; “... e depois tem bocadinhos que me sento a ver televisão. Não é novelas, que eu não me importo! Há muita gente que se importa com as novelas, eu cá não me importo! Gosto mais de ver notícias e... ou um concurso qualquer que dê na televisão e tudo...” E3; “É mais a televisão, sento-me no meu sofá e (...) Pois uma vez se gosto muito do programa estou a ver ali bem, se não gosto muito dou umas “madornas” (dorme), dou umas marradinhas e vai-se passando.” E4; “É um corredor com muitas plantas que... são muito trabalhosas... as plantas para estarem bonitas são muito trabalhosas!” E4; “Pois em principio, eu até fazia muitos.... “encharpes” (lenços), muitas coisas bonitas que eu fazia! Agora há coisa... de perto de um ano é que deixei, porque tenho muitos!” E4; “É jogos. (no computador)” E5; “É fazer renda...” E6; “...é cozinhar! Em primeiro lugar é cozinhar!” E6; “Sou muito amiga de cantar, mesmo quando dá coisas na televisão ou ouço os CD’s da minha filha [“Uma das filhas canta fado.” (NCE6)] canto com ela. Pronto, gosto! Adoro!” E6; “Fazer rendas, fazer malha. Agora estive a começar renda de frioleira. Já fiz bastantes!” E7</p>

Segundo Margaret Baltes e colaboradores (1999), as competências de vida diária podem ser divididas em básicas e alargadas. Por básicas, entende-se aquelas que são necessárias para a manutenção de uma vida independente e incluem as actividades instrumentais do quotidiano e de rotina: *“Arranjo a minha casa... varrer, limpar a casa, fazer de comer...”* (E2), estando por isso associadas a recursos ligados à saúde individual. As competências alargadas, incluem actividades determinadas pelas preferências individuais, motivações e interesses, das quais fazem parte as actividades de lazer: *“Sou muito amiga de cantar, mesmo quando dá coisas na televisão ou ouço os CD’s da minha filha [“Uma das filhas canta fado.” (NCE6)] Canto com ela. Pronto, gosto! Adoro!”* (E6), pelo que estão mais dependentes dos recursos psicossociais do indivíduo.

Durante o ciclo vital, a competência de vida diária adquire diferentes representações. Posto isto, as pessoas idosas podem recorrer a mecanismos de selecção, optimização e compensação (Modelo SOC, proposto por Baltes e Baltes, 1990) para adaptarem as suas respostas comportamentais às necessidades sentidas e aos recursos disponíveis: *“(...) a minha roupinha, estendo-a, arranjo a minha casa, limpo-a conforme posso!”* (E3), de forma a manter ou optimizar o seu funcionamento psicológico e a sua autonomia.

Nesta fase da vida, em que a actividade profissional habitualmente já cessou, os idosos possuem uma maior disponibilidade de tempo, pelo que as actividades de bem-estar e lazer adquirem um papel importante para a obtenção de satisfação na vida (Moody, 2010). Neste estudo os participantes desempenham várias actividades relacionadas com trabalhos manuais como *“Fazer rendas, fazer malha. Agora estive a começar renda de frioleira. Já fiz bastantes!”* (E7) e referem actividades lúdicas que desenvolvem no centro comunitário *“Venho aqui para o convívio, jogar cartas!”* (E2).

As actividades produtivas, ao mesmo tempo que lhes dão prazer, são verbalizadas: *“Pois gosto, tenho de me entreter!(...) É buracos fechados tapados e abertos. (...) Já fiz muitas colchas, duas para cada filha, já fiz uma para o neto, já fiz uma para mim.”* (E1). Segundo Silverstein e Parker (2002) manter actividades significativas pode minimizar o impacto na qualidade de vida em termos sociais e funcionais e prevenir o declínio cognitivo, sendo este um dos critérios para a obtenção de um envelhecimento bem-sucedido.

Podemos, então, dizer que o desempenho destas actividades é necessário e ao mesmo tempo responsável pela satisfação na vida adulta. Enquanto as competências básicas garantem sobrevivência, as alargadas têm influência na qualidade de vida (Baltes *et al.*, 1999).

Numa investigação transcultural europeia sobre o processo de envelhecimento, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger, Schroots, Hekkinnen, Drusini, Paúl, Charzewska & Rosenmayrh (2004), concluíram que a competência, por ser uma combinação de factores biológicos e cognitivos, resulta da idade, do estatuto sócioeconómico, da capacidade subjectiva e do estilo de vida das pessoas. Deste modo, os idosos mais competentes são os que possuem maior capacidade física e mental, os que apresentem um estatuto socioeconómico mais elevado, os que têm uma melhor percepção pessoal da sua capacidade e um estilo de vida mais saudável.

O facto dos idosos terem uma vida activa melhora não só a saúde física como a mental e para além disso fomenta os contactos sociais. A prática de exercício físico regular promove a independência por um maior período de tempo e poderá também reduzir o risco de quedas. Sendo assim, existem benefícios a vários níveis quando as pessoas idosas são activas (WHO, 1998). Esta ideia é reafirmada por Matsudo (2002) que diz que a prática de actividade física regular e a adopção de um estilo de vida activo durante

o processo de envelhecimento são essenciais para a promoção da saúde e qualidade de vida. Daí a importância da estimulação da actividade física ao longo de todo o ciclo vital como forma de prevenir e controlar as doenças crónicas, que aparecem mais frequentemente na última etapa da vida e que irão interferir com a manutenção da funcionalidade.

Do discurso dos participantes podemos perceber que todos desempenham algum tipo de actividade física, o que nos levou a considerar esta como categoria.

Quadro n.º 6 – Praticar Actividade Física

Sub-categoria	Unidades de Registo
Caminhadas	“Às vezes dou uma voltinha com a minha filha. Às vezes vou até ao largo do terreiro, mas é pouca coisa...” E1; “Todos os dias eu vou, o meu bairro é grande tem 15 ou 16 casas ou não sei quê, e todos os dias eu vou uma vez ou duas para lá e para cá, para lá e para cá, por causa das pernas.” E7
Restrições	“Não quero! Porque eu não posso! O senhor doutor [...] (nome do médico), é que é o meu médico, e ele (...) diz que eu que não faça! Não faça para não partir! Porque eu tenho os ossos todos arrendados! E depois eu não posso fazer! Eu tenho os ossos muito fracos!” E3; “Houve aqui ginástica, mas eu então não venho. Eu não posso! Eu só viro a cara a si (faz rotação do pescoço, não mostrando muita amplitude) porque a coluna não deixa virar mais! E depois eu não posso. Eu não tenho força. Então para ginástica eu não quero.” E7
Aconselhamento médico	“Tenho que ir uns bocadinhos, mas não posso muito! O médico diz para escolher um lugar direito. Mas, para eu escolher um lugar direito eu tenho de subir ou descer!” E6; “...o doutor quer que eu ande.” E7
Actividades físicas	“Se tiver bom tempo vou ao meu quintal tenho de subir vinte degraus...” E1; “Agora, vamos começar. Segunda-feira é para estar aqui às dez e meia, para destinarem o dia, a hora, que é para fazer a ginástica. Então, também venho. Faz-me bem. Faz bem.” E4; “As caminhadas, não. A casa tem muitas escadas. E depois como lavo a roupa e vou estende-la, tenho de subir escadas. É andar para cima e para baixo nas escadas é o exercício!” E5; “Estou inquieta para me “botar” (ir para) nessa água a ver! (refere-se à hidroginástica)” E6

A prática de exercício é benéfica para a saúde, por várias razões como: o controlo do peso; a melhoria da circulação sanguínea; a diminuição da pressão arterial e do nível de glicemia, que ajuda a controlar a diabetes; a melhoria da densidade óssea que previne a osteoporose; melhoria do bem-estar emocional e alívio do stress; aumento dos níveis de energia; melhoria do padrão de sono; aumento da flexibilidade; melhoria do equilíbrio e redução do risco de queda (WHO, 2005a).

De acordo com Neto (2010), a actividade física regular também contribui, significativamente, para a integração social do idoso, proporcionando prazer, melhoria do estado emocional, do auto-conceito, da auto-estima e diminuição dos níveis de ansiedade e stress.

As actividades aeróbicas de baixo impacto (caminhar, nadar, hidroginástica) e os exercícios com pesos, que estimulam a manutenção da força muscular dos membros

superiores e inferiores, devem ser estimuladas. Do mesmo modo, os movimentos corporais totais e equilíbrio devem fazer parte dos programas de actividade física dos idosos, pelas razões que já vimos anteriormente (Matsudo, 2002). A combinação de exercícios aeróbios com os de força e resistência visa não só a manutenção ou melhoria do estado cardiovascular, mas também o aumento da massa e força muscular (Ermida, 2000).

A Direcção-Geral de Saúde (DGS, 2001), considera a caminhada um dos melhores exercícios para todas as idades, devendo ser feita pelo menos 30 minutos por dia e pode ser aumentada de forma gradual de modo a não causar demasiado cansaço. *“Todos os dias eu vou, o meu bairro é grande tem 15 ou 16 casas ou não sei quê, e todos os dias eu vou uma vez ou duas para lá e para cá, para lá e para cá, por causa das pernas.”* (E7). Relativamente à duração de outros exercícios, deverá ser entre 30 a 60 minutos, incluindo o aquecimento e com uma frequência de pelo menos três vezes por semana (Ermida, 2000).

À medida que envelhecem, as pessoas praticam menos exercício por acharem que será difícil ou por receio que esta prática lhes cause dor articular ou piore os problemas cardíacos. No entanto, a maioria das pessoas pode beneficiar da actividade física, se o fizer de forma adequada, procurando opinião médica antes de a iniciar. Qualquer que seja o exercício a praticar deve ser iniciado devagar, aumentando a quantidade de exercício gradualmente, sem ultrapassar os níveis de esforço e manter uma prática regular. Uma alternativa aos programas de exercício específicos, para que estes passem a fazer parte de uma rotina diária, passa por caminhar, usar as escadas e carregar objectos, ao invés de usar carro ou transportes públicos e elevadores (WHO, 2005a).

O processo de envelhecimento é um factor de risco para o desenvolvimento da osteoporose, que é a doença mais comum do metabolismo ósseo e caracteriza-se por ser silenciosa e progressiva. É frequente nas pessoas idosas, onde as fracturas são a complicação mais habitual, e nos que se encontram imobilizados por um grande período de tempo. O diagnóstico precoce e a realização de exercício físico são a melhor forma de preveni-la. (Silva, Silva Filho, Fajardo, Fernandes & Malchiori, 2005). No entanto, devido a problemas ósseos e articulares, um dos participantes refere mesmo: *“Não quero! Porque eu não posso!”* (E3), salientando a restrição médica para a prática de actividade física: *“Ele diz que eu não faça! Não faça para não partir! Porque eu tenho*

os ossos todos arrendados!” (E3). Enquanto que outra refere: *“Tenho que ir uns bocadinhos, mas não posso muito! O médico diz para escolher um lugar direito.”* (E6). Neto (2010) salienta ainda que existem investigações que apontam que o sedentarismo aumenta a probabilidade de fracturas e que a prática de actividade física melhora a densidade óssea.

Estes idosos evidenciam uma das preocupações referentes à prática de exercício físico que é a procura de aconselhamento médico sobre o início ou manutenção de uma actividade física, para que esta possa ir de encontro às suas necessidades. Nesse sentido, Neto (2010:90) refere ser necessária uma *“...avaliação física e psicológica antes de se iniciar um programa, pois, os benefícios da actividade pressupõem uma prática racional, controlada e adaptada ao estado de saúde e de condição física de cada um, ...”*. O programa deverá ser avaliado e adaptado periodicamente de modo a que se atinja bem-estar físico e psicológico, com conseqüente aumento da auto-estima e motivação para a prática de actividade física (Ermida, 200).

A DGS (2001) preconiza como exercício as actividades do dia-a-dia, como caminhar, dançar, jardinar, que possam ser feitos de forma agradável, com diferentes ritmos e movimentos. Neste estudo, todos os idosos referem a prática de alguma actividade física, associando esta não só à prática de um programa de exercícios físicos, mas também às rotinas que incorporam no seu dia-a-dia, como arranjar a casa e subir e descer escadas: *“Se estiver bom tempo vou ao meu quintal, tenho de subir vinte degraus (...)”, “(...) eu estendo lá em cima. Levo a pana (bacia) da roupa que me vai servindo de corrimão, de degrau em degrau, levo a roupa... ou lavo à mão a roupa escura de resto é na máquina.”* (E1); *“A casa tem muitas escadas. E depois como lavo a roupa e vou estende-la, tenho de subir escadas. É andar para cima e para baixo nas escadas, é o exercício!”* (E5).

As políticas e programas implementados nas localidades deveriam estimular as pessoas inactivas a tornarem-se mais activas durante todo o ciclo vital, com atenção ao processo de envelhecimento, e garantindo oportunidades para tal. Devem ser proporcionadas áreas seguras para caminhadas e apoiar actividades comunitárias culturalmente adequadas que incentivem a actividade física, podendo ser organizadas e lideradas pelos próprios idosos. Um grupo de profissionais, que oriente o idoso para a participação progressiva nestas actividades e os programas de reabilitação física que ajudam a

recuperar de problemas de mobilidade, são eficientes e eficazes em termos de custo (WHO, 1998).

No Centro Comunitário, foi-lhes proporcionada a inclusão num programa de actividade física que visa a melhoria do equilíbrio, com conseqüente diminuição do risco de queda e aumento da funcionalidade, que inclui a prática de hidroginástica, consultas de enfermagem e nutrição. Todas estas actividades foram acompanhadas e monitorizadas por uma equipa de profissionais. Na sua maioria os participantes manifestaram interesse em participar e verbalizaram uma certa curiosidade sobre estas práticas: “*Agora, segunda-feira vou começar...*”, “*Faz-me bem. Faz bem.*” (E4) e “*Estou inquieta para me botar (ir para) nessa água a ver!*” (E6) “*Refere-se ao Projecto Por Favor não caia, desenvolvido na cidade de Angra do Heroísmo, que inclui hidroginástica.*” (NCE6).

Esta não é a primeira vez que têm oportunidade de praticar actividade física no Centro Comunitário. Evidenciando a sua heterogeneidade e individualidade nem todos apreciaram: “*Ri-se! Mas mostra algum desagrado pelo facto dos colegas não quererem fazer exercício e terem preferido jogar às cartas.*” (NCE4). No entanto, é importante salientar que a investigação na área indica que o exercício físico e a alimentação adequada são fundamentais para a manutenção da autonomia e da qualidade de vida (Ermida, 2000). De facto, tão importante quanto estimular a prática regular da actividade física aeróbica ou de fortalecimento muscular, as mudanças para a adopção de um estilo de vida activo no dia-a-dia do indivíduo são parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade (Matsudo, 2002).

O modo como cada idoso percepção o seu envelhecimento é influenciado pela sua experiência de vida e pelas suas características pessoais, mas também pelo contexto social onde está inserido. Como tal, essa percepção produz várias conseqüências na sua vida, daí a importância de tentarmos perceber como os participantes deste estudo percebem o envelhecimento. As experiências de envelhecimento e a formação das auto-percepções de envelhecimento de cada indivíduo constituem um processo dinâmico, influenciado pelo *Self*, pela sociedade e pelas suas interacções (Demakakos, Hacker & Gjonça, 2006).

1 Entende-se por *self* aquilo que define a pessoa na sua individualidade e subjectividade, isto é, a sua essência. O termo *self* em português pode ser traduzido por "si" ou por "eu", mas a tradução portuguesa é pouco usada, em termos psicológicos. [http://www.infopedia.pt/\\$self-\(psicologia\)](http://www.infopedia.pt/$self-(psicologia)); Tendo em conta a variedade de definições existentes na literatura, neste estudo consideraremos o *self* como o “eu” na sua totalidade.

Quadro n.º 7 – Percepção sobre o Envelhecimento

Sub-categoria	Unidades de Registo
Percepção de sucesso	“Tive sucesso na minha vida. O meu marido era bom, trabalhador, amigo dos seus filhos. Tive sucesso! Trabalhei muito... e vivia muito bem com ele. Estivemos casados 48 anos e meio...” E1; “Ah, envelheci bem!” E4; “Acho [“que teve sucesso” (NCE5)], porque eu vejo outras pessoas aí... ou doentes ou que a vida não correu bem e...” E5
Aceitação	“...claro que eu tento me conformar... eu tenho de me conformar! Claro, que a gente quando somos novos é uma coisa, mas a velhice é outra!” E3; “Ficar mais velha? Olhe, é normal!” E4; “Fui-me adaptando a elas sempre.” E4; “Já é da velhice. Isto já é da velhice! E é só... só... o que eu penso!” E4; “...acho bem, não me sinto velha!” E6; “Eu cheguei! Queria chegar a mais! [“risos” (NCE6)] E6; “Eu digo a toda a gente que tenho 88 anos! [“Diz orgulhosa!” (NCE7)] E7; “Pois. Eu não sei como é que os fiz, mas eu ”fiz-os” (fiz-los)!” E7
Dar lugar a outras gerações	“Mas a gente tem de se conformar... a gente tem de dar lugar a outros!” E3
Sentir-se útil	“E é assim, vamos andando assim! Vou fazendo o almoço [“para a filha” (NCE1)], depois arranjar-se a cozinha.” E1; “Olhe, isto era um vestido já velho [“Mostra a roupa que tem vestida, um vestido por cima de uma blusa com umas calças pretas.” (NCE2)] eu peguei em mim cortei-o, apertei-o e fiz isso! (...) E tenho mais assim! Coisas assim eu vou arranjando!” E2; “Não tenho aquela pensão (preocupação)! Eu ainda ontem telefonei a elas a dizer que não queria refeição, fiz em casa!” E3; “Qualquer casa que eu vou, mesmo a um restaurante que eu chegue a França—que é de pessoas amigas—meto-me logo na cozinha! E vou a qualquer casa dos meus filhos eu é que cuido da cozinha. Gosto! E eles todos contentes, não é!” E6; “Mas eu gosto de fazer os meus trabalhinhos.” E7
Possuir bens materiais	“Pronto, mas tenho de tudo, estou na minha casita.” E6; “Pois sinto-me! Porque, olha, eu tenho a minha casinha, a gente não paga renda e tenho a pensão do meu marido e tenho a minha pensãozinha. Eu estou bem! Eu sinto-me bem! À senhora, a gente não há-de querer ter tudo! Basta a gente ter uma coisinha para ir andando bem! Olha é daqui [(“Mostra a ponta da orelha.” (NCE7))!” E7
Experiência positiva	“Sinto-me feliz! Exactamente! Às vezes dizem: “Ai credo para que é esta idade?! Eu quero morrer!” Não! Nunca digo isso, não desejo a morte e nunca me desespero com a minha idade.” E4; “Gosto da minha idade! Eu gosto de viver assim!” E4; “De resto estou sempre bem! É tudo igual! Gosto de dançar! Gosto de rir! Gosto de festas! Gosto muito... pronto.” E4
Experiências negativas	“Mas o desgosto mantém-se!” E1; “...o meu pensamento está sempre no meu querido filho, porque eu tenho fotografias dele espalhadas em toda a casa.” E1; “Não gosto de muitas coisas, pois já se sabe que agora é envelhecer... é poucas coisas boas, mas...” E3

Segundo Levy, Slade, Kunkel e Kasl (2002), a auto-percepção do envelhecimento pode ser definida como o conjunto de crenças dos idosos sobre o seu próprio processo de envelhecimento. Estas crenças dizem respeito ao modo como os idosos entendem esse processo e ao modo como vivenciam a sua transição para a velhice (Demakakos *et al.*, 2006).

A teoria do processo de Identidade desenvolvida por Whitbourne propõe que as alterações que surgem com o processo de envelhecimento sejam resolvidas através de processos de assimilação, acomodação e equilíbrio da identidade, em que os indivíduos poderão utilizar os três processos em simultâneo ou em separado para se adaptar. A forma como o indivíduo negocia os desafios para o *Self* é a questão fundamental para a adaptação, utilizando a sua capacidade para organizar as experiências de vida (Sneed & Whitbourne, 2005).

Os indivíduos são agentes das suas próprias vidas através das escolhas e iniciativas que tomam, no que diz respeito às relações que estabelecem consigo próprios e com os outros que se encontram à sua volta. Ao longo da vida há continuidade mas também mudança, que resulta dos acontecimentos definidos biológica e socialmente associados à idade, que têm impacto do ponto de vista psicológico e exigem o desempenho de papéis sociais diferentes (Silva, 2005).

Segundo Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007), a adoção de um Modelo de Auto-regulação para conceptualizar e melhor compreender a experiência do envelhecimento será bastante útil. O conceito de auto-regulação está relacionado com a gestão da própria vida e comportamento e ao modo como se lida com ameaças e desafios externos. Apesar do Modelo de Auto-regulação de Leventhals ser frequentemente aplicado à saúde e doença, foi também proposta a sua aplicação ao processo de envelhecimento, entendendo este como factor de stress.

O processo de envelhecimento implica diversos desafios e exigências aos indivíduos e pressupõe o recurso a estratégias que permitam a adaptação a esta nova fase do ciclo de vida (Baltes & Baltes, 1990). Assim, adaptando o modelo de Leventhals ao contexto de envelhecimento e de acordo com Barker *et al.* (2007) obtêm-se as seguintes dimensões: Identidade; Duração; Consequências positivas e negativas; Controlo; e representações emocionais.

A Identidade diz respeito às crenças à cerca da relação entre o envelhecimento e as alterações na saúde e domínios gerais do funcionamento. De um modo geral, todos os participantes, no seu discurso, associam o envelhecimento à diminuição de forças e atribuem as suas dificuldades às alterações de saúde que resultam deste processo;

A Duração engloba questões relacionadas com a consciência do envelhecimento no indivíduo, ao longo do tempo. Esta dimensão inclui duas sub-dimensões: Duração Crónica, na medida em que o envelhecimento é sentido como sendo de natureza crónica e permanente, embora um dos participantes refira “*Eu digo a toda a gente que tenho 88 anos!*” (E7), [“*Diz orgulhosa.*” (NCE7)], não o percebe como algo negativo, e Duração Cíclica, na medida em que a pessoa sente variações ao longo do processo de envelhecimento;

As Consequências Positivas e as Negativas incorporam as crenças sobre o impacto do envelhecimento na vida do sujeito: *“Não gosto de muitas coisas, pois já se sabe que agora é envelhecer... é poucas coisas boas, mas...”* (E3);

O Controlo, implica crenças pessoais sobre formas de gestão da experiência do envelhecimento, onde possuir um sentimento de controlo acerca do próprio desenvolvimento pode facilitar o bem-estar durante todo o ciclo de vida. Esta dimensão contém duas sub-dimensões: Controlo Positivo, referindo-se ao controlo sobre experiências positivas, como por exemplo *“Sinto-me feliz! Exactamente! Às vezes dizem: «Ai credo para que é esta idade?! Eu quero morrer!» Não! Nunca digo isso, não desejo a morte e nunca me desespero com a minha idade.”* (E4), e o Controlo Negativo, dizendo respeito às experiências negativas;

As Representações Emocionais relacionam-se com a resposta emocional gerada pelo envelhecimento, sendo que respostas emocionais negativas ao envelhecimento têm sido associadas a alterações negativas na saúde física e funcional e a estratégias de *coping* ineficazes.

Através do modelo de Leventhals, podemos perceber como as crenças que o idoso tem da sua realidade desempenham um papel importante, na forma como uma pessoa se percebe, estando sempre presentes representações cognitivas e expressões emocionais. No seu processo de envelhecimento, a pessoa idosa deve processar toda a informação e experiências que o rodeiam pois são essas que condicionam o seu comportamento. Cabe-lhes aceitar o seu envelhecimento como uma etapa do curso de vida normal, obtendo um equilíbrio entre as limitações e as potencialidades desta fase (Mazo, Benedetti, Vasconcelos, Silva & Gonçalves, 2003).

No processo de envelhecimento, a adaptação implica a compensação de perdas: *“Fui-me adaptando a elas sempre.”* (E4), através do recurso a novas estratégias de pensamento: *“Já é da velhice. Isto já é da velhice! E é só... só... o que eu penso!”* (E4) e a novas estratégias de resolução de problemas, que reflectem bem a experiência de vida de cada um (Paúl, 2005).

A percepção de que se tem um papel: *“Qualquer casa que eu vou, mesmo a um restaurante que eu chegue a França – que é de pessoas amigas – meto-me logo na cozinha! E vou a qualquer casa dos meus filhos eu é que cuido da cozinha. Gosto! E*

eles todos contentes, não é!” (E6), mais ou menos relevante, a desempenhar junto dos outros, pode constituir-se como um objectivo de vida, assumindo que se dispõe de um certo controlo da própria vida (Silva, 2005).

No estudo desenvolvido por Tate, Lah e Cuddy (2003) no Canadá, com o intuito de saber qual a definição dos idosos de envelhecimento bem-sucedido e saber se estes acham que envelheceram bem ou não, foram identificados vinte temas pelos participantes, entre eles o “*ser útil*”, tendo-se concluído que muitos dos temas reflectem a atitude dos indivíduos perante a vida e o processo de envelhecimento.

Os elementos chave do suporte social são dar e receber e, de acordo com Ramos (2002), ao receber e poder dar suporte a outras pessoas - “*E é assim, vamos andando assim! Vou fazendo o almoço [“Para a filha.” (NCE1)], depois arranja-se a cozinha.*” (E1) - beneficiam psicologicamente e enriquecem o sentimento de auto-valorização.

Um dos achados no estudo realizado por Bryan e Duay (2006), nos EUA, sobre as percepções dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido, estava relacionado com a manutenção das condições financeiras nesta etapa da vida, em que estas desempenhariam um papel determinante para um envelhecimento bem-sucedido: “*Pois sinto-me! Porque, olha, eu tenho a minha casinha, a gente não paga renda e tenho a pensão do meu marido e tenho a minha pensãozinha. Eu estou bem! Eu sinto-me bem! À senhora, a gente não há-de querer ter tudo! Basta a gente ter uma coisinha para ir andando bem! Olha é daqui...!*” (E7) [“*Mostra a ponta da orelha.*” (NCE7)].

Vilela *et al.* (2006) por sua vez, no Brasil, chegaram a resultados semelhantes no seu estudo para conhecer qual a representação dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido e averiguar os princípios que orientam este envelhecimento, em que um dos aspectos referidos pelos participantes foi a satisfação das suas necessidades sócio-económicas, como por exemplo possuir moradia, alimentação: “*Pronto, mas tenho de tudo, estou na minha casita.*” (E6).

Segundo Martins, Andrade e Rodrigues (2010: 121) “*Envelhecemos de acordo com o que vivemos e muito da compreensão e explicação possíveis para o que somos na idade avançada reside na própria história de vida de cada um, tal como cada um a conta e com o significado que em cada momento lhe atribui.*”. Nesse sentido, será também

importante perceber quais as perspectivas que os idosos têm sobre o seu futuro, com base nas suas vivências e experiências.

Quadro n.º 8 – Perspectivar o futuro

Sub-categoria	Unidades de Registo
Projectos	“Pois, tenho filhas para isso, mas a vida delas não dá! Eu já disse, vocês vendem a casa que ela já está paga, vendem a casa, hipotecam a casa, para arranjam uma senhora porque eu não quero ir para a casa de repouso e então para as [...] (nome de uma Instituição) muito menos! Para arranjam uma pessoa para dividirem entre as duas...” E1; “...então estamos os dois sozinhos em casa. Ele então disse a gente vamos dar... a gente vamos ser sócios da Santa Casa, ele já deu os papeis para a gente ser sócios. Porque, a senhora sabe, a gente sabe a gente tem os nossos filhos, mas a gente não sabe... eles têm os seus empregos, eles têm as suas vidas, a gente não sabe se eles podem depois tomar conta da gente!” E3; “O meu marido, a gente estamos para ir agora-que ele agora veio com uma nova-que ele quer ir... onde é? À Graciosa!” E3 “Era no computador. Ver se fazia mais alguma coisa na internet. Eu gosto de ver aquelas coisas, as pessoas estão para ali.” E5; “Era trabalhar, não cegar e continuar os meus trabalhos!” E7
Medo de ser sobrecarga para a família	“Pelo menos que não nos dê coisa para dar trabalho às filhas. Porque elas todas são empregadas e a vida agora está muito difícil, depois arranjar uma pessoa para tratar de mim. Eu penso nisso tudo!” E1; “E... só peço a Deus para não me dar uma coisa e ficar como o meu marido teve tanto ano. Porque elas não têm vida para isso.” E1; “...enquanto a gente for andando assim, a gente... bem bom! Quando a gente não puder nada, nada, nada, vai ser pior!” E3; “(...) E depois claro, tem muitas filhas que, muitas filhas que não...deixam os pais irem nem para Casas de Repouso, nem nada! Pagam a... por exemplo, a uma senhora que vai tomar conta, para os pais não irem... e outros... deixam ir!” E3
Medo de dificuldades económicas	“E depois oxalá que não aumentem as rendas. Se aumentar as rendas eu não sei como é que posso pagar. Mas, vamos andando! Também pode ser quando se aumentar a renda eu já tenha morrido!” E2
Expectativas	“Olha, pois gostava. Gostava, então! [“De ver mais netos nascer e a crescer.” (NCE4)] Tinha este gosto.” E4; “Olha, passear e ver os meus netos todos crescer e casar e a gente viver todos juntos! Ai, grande família Nosso Senhor! [“Risos.” (NCE6)] Mas é verdade! E pronto!” E6
Falta de objectivos	“E o resto não tenho objectivos nenhuns já... o quê? O quê? É pensar no cemitério. Ainda agora na hora do almoço disse à minha filha: “Se estiver bom tempo amanhã, talvez vá ao cemitério. “E1; “Que eu gostasse de fazer? ...não me apetece fazer nada, não sei, se tivesse acompanhada, talvez gostasse de fazer...” E2

Apesar do envelhecimento demográfico e dos idosos serem o grupo que mais cresce e se evidencia na sociedade, eles continuam a ser visto sob o olhar de mitos e estereótipos que conduzem a concepções erradas. De um modo geral, os mitos e estereótipos contribuem para que a sociedade e os próprios idosos tenham uma imagem distorcida da realidade.

A crença que as pessoas idosas perdem a vontade de viver e que já não são capazes de aprender coisas novas é falsa ou pelo menos não quer dizer que tenha de ser assim. De acordo com Población (2002), os idosos têm mais disponibilidade para aprender, não só no sentido de estudar, mas também no de aprender a fazer coisas novas: “*Era trabalhar, não cegar e continuar os meus trabalhos!*” (E7).

No estudo desenvolvido por Martins, *et al.* (2010), com idosos residentes no seu domicílio e em instituições, procuraram saber quais os sentimentos dos idosos sobre a

sua vida actual, sobre o seu futuro e as suas necessidades. Concluíram que apesar dos idosos terem dificuldade em expressar sentimentos, a maioria gosta de viver e está satisfeita com o modo como a sua vida decorreu. O futuro para eles representa uma incerteza, pelo que adoptam uma postura de passividade, a maioria não faz planos, sente tristeza e solidão e receiam o sofrimento e incomodar os outros. Os seus maiores problemas estão relacionados com a solidão, reformas baixas, rejeição familiar e exclusão social.

Nesse sentido, neste estudo, verifica-se que os participantes também manifestam receios relativamente ao ser uma sobrecarga para a família: *“Pelo menos que não nos dê coisa para dar trabalho às filhas. Porque elas todas são empregadas e a vida agora está muito difícil, depois arranjar uma pessoa para tratar de mim. Eu penso nisso tudo!”* (E1), Verbalizam preocupações a nível económico: *“E depois oxalá que não aumentem as rendas. Se aumentar as rendas eu não sei como é que posso pagar. Mas, vamos andando! Também pode ser quando se aumentar a renda eu já tenha morrido!”* (E2). Os medos expressos pelos idosos são o resultado do confronto entre o que é considerado pelos valores sociais com aquilo que conseguiram alcançar até a este momento na sua vida (Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte & Márquez-Serrano, 2006).

De acordo com Ramos (2002), os sentimentos associados a “ser uma carga” são mais comuns na sociedade ocidental, em que a produtividade e a capacidade para retribuir são muito valorizadas, ou seja, está relacionado com os valores predominantes em que, normalmente, os cuidados ao idoso não são enfatizados. Os filhos assumem um comportamento paternalista, não considerando os desejos e preferências das pessoas idosas.

Contrariamente aos achados no estudo de Martins *et al.* (2010), em que a maioria dos idosos não fazia planos para o futuro, neste verifica-se que os participantes têm projectos: *“...então estamos os dois sozinhos em casa. Ele então disse a gente vamos dar... a gente vamos ser sócios da Santa Casa, ele já deu os papeis para a gente ser sócios. Porque, a senhora sabe, a gente sabe, a gente tem os nossos filhos, mas a gente não sabe... eles têm os seus empregos, eles têm as suas vidas, a gente não sabe se eles podem depois tomar conta da gente!”* (E3). E expectativas para o seu futuro: *“Olha, passear e ver os meus netos todos crescer e casar e a gente viver todos juntos! Ai, grande família Nosso Senhor! [“Risos.” (NCE6)] Mas é verdade! E pronto!”* (E6).

No estudo realizado por Duay e Bryan (2006), os participantes salientaram a necessidade de continuar a aprender coisas novas de modo não só a manterem a mente desperta, mas também pelo prazer que lhes dava aprender coisas diferentes ou olhar para algo de uma forma diferente. Neste estudo um dos idosos referiu: *“Era no computador. Ver se fazia mais alguma coisa na internet. Eu gosto de ver aquelas coisas, as pessoas estão para ali. (...)”* (E5). Outros estudos como Phelan *et al.* (2004) e Reichstadt *et al.* (2007) também concluíram que “aprender coisas novas” constitui um aspecto importante na vida dos idosos na medida em que estes sentem um compromisso com a vida e têm um papel a desempenhar na sociedade.

Segundo Almeida, Mochel e Oliveira (2011:106) *“Sob as coordenadas do tempo, criam-se referenciais para avaliar, para construir, para segmentar a vida. As experiências acumuladas geralmente são vistas como um refúgio alentador, um momento de construção e de superação. E o futuro deixa de ser a morada natural dos sonhos, das perspectivas, passando a ser muitas vezes ignorado, menos pelos mistérios que encerra do que pelas certezas que prenuncia: as perdas, as dificuldades de adaptação a um mundo em constantes e rápidas mudanças.”* Sendo assim, a forma como se relacionam com o tempo é vista de uma perspectiva diferente, relacionada com a finitude e falta de objectivos nesta fase da vida: *“E o resto não tenho objectivos nenhuns já... o quê? O quê? É pensar no cemitério. Ainda agora na hora do almoço disse à minha filha: “Se estiver bom tempo amanhã, talvez vá ao cemitério.”* (E1).

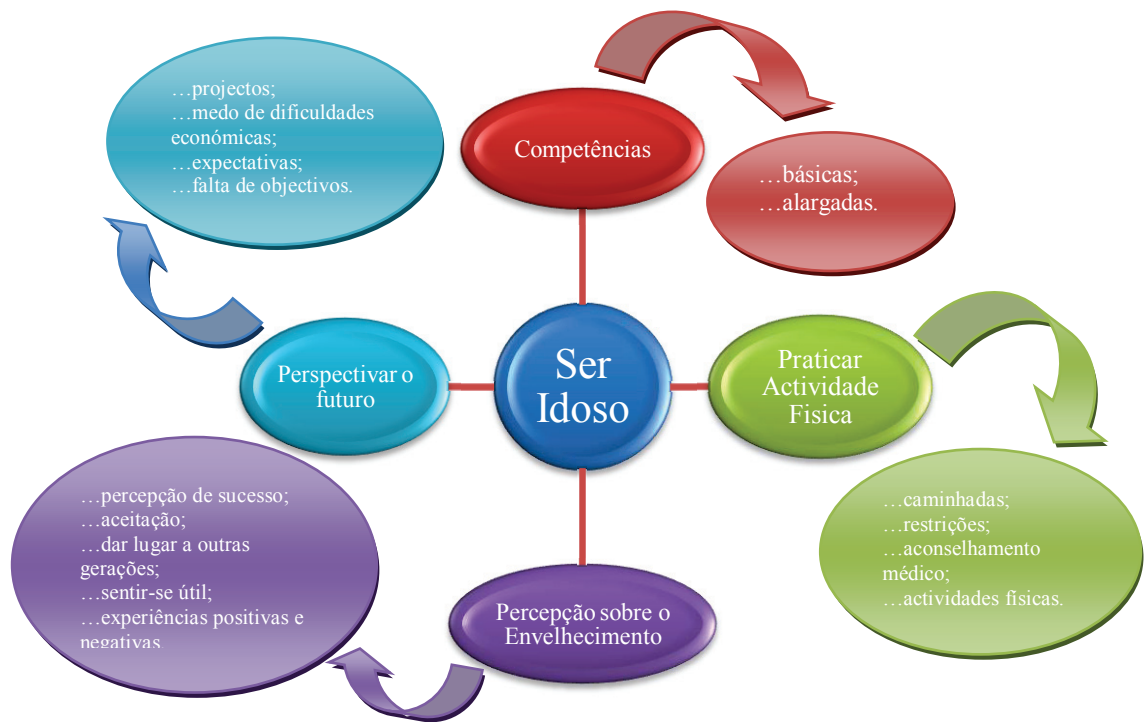


Diagrama n.º 2 – Ser Idoso na Actualidade

Em síntese, vivemos numa sociedade que está a envelhecer, onde a proporção de pessoas mais velhas está a aumentar. O envelhecimento, enquanto questão social, está na ordem do dia e é das que levanta mais desafios à sociedade actual, constituindo, no entanto, uma oportunidade de desenvolvimento da mesma. Na actualidade, o envelhecimento, o ser idoso ou velho não é, ainda, bem aceite pela nossa sociedade, porque esta lhe associa todo um conjunto de perdas, mas, o idoso é, acima de tudo, um ser humano, um indivíduo que passa por um desenvolvimento individual, um ser em relação com os outros e com o meio que o rodeia. Sendo assim, e de acordo com Almeida *et al.* (2011:110), “*Ser idoso repercute com um som diferente em cada vida. Consequência natural do processo de envelhecimento, portanto da dinâmica de viver, sentir-se velho é experiência que põe à prova crenças, planos, desejos e percepções.*”

3.3 – O IDOSO E A FAMÍLIA

Do corpo de texto das entrevistas, evidenciamos as relações familiares e os vários processos inerentes às mesmas como estruturas de apoio ao idoso. A fim de analisar estes discursos, no sentido de entender a sua contribuição para o envelhecimento bem-sucedido, vamos explorar o tema família e idoso.

As alterações demográficas que têm vindo a ocorrer, na maior parte dos países, reflectem-se na sociedade e conseqüentemente na dinâmica familiar. Como referem Souza, Skubs e Brêtas (2007:264), a família *”... é uma construção social influenciada pela cultura e contexto histórico em que foi concebido, sendo uma instituição importante para a organização humana na sociedade.”* Como resultado destas modificações, os papéis e o tempo durante o qual estes são desempenhados pela família têm-se vindo a alterar. No entanto, esta continua a ser a principal fonte de apoio, quer emocional, quer como prestadora de cuidados à pessoa idosa.

A família sofreu modificações nas suas práticas e representações por todo o mundo e Portugal não é excepção, verificando-se: uma diminuição do número de filhos por casal e da dimensão média das famílias; o adiamento da idade do nascimento do primeiro filho; o aumento de pessoas a viverem sós, das famílias monoparentais, dos casais sem filhos, dos núcleos reconstituídos e das famílias com idosos e só de idosos, como revelado pelos indicadores demográficos (Leite, 2003).

Sendo assim, como refere Martins (2002), citada por Araújo, Paúl e Martins (2008:44) *“...a família representa a instituição mais antiga e a que sofreu, ao longo dos tempos, profundas alterações quer na sua constituição quer na sua estrutura, de forma a assegurar a continuidade e o desenvolvimento dos seus membros. A família cresce e desenvolve-se no equilíbrio do contexto de vida e da continuidade geracional, vivendo simultaneamente momentos de estabilidade e mudança.”*

De acordo com Relvas (2000), o tempo e a mudança são dois factores importantes a considerar na abordagem da família, sendo que se encontra associado às tarefas do desenvolvimento da família e marco de cada fase, o que não quer dizer que seja apenas cronológico, pois embora a idade seja importante, mais importante são os papéis desempenhados em cada fase. A mudança na família é permanente, o que implica uma constante reestruturação do seu sistema.

A estrutura familiar resulta das relações entre os seus membros e com os outros sistemas sociais. Ao longo do tempo, os padrões organizacionais de uma família tendem a manter-se estáveis, embora se vão modificando ao longo do ciclo vital (Ballard, 2005). Pelo que a família tem vindo a alterar-se na forma, normas e costumes, levando a uma grande heterogeneidade relativamente ao idoso e às suas relações familiares. Actualmente, as pessoas estão a envelhecer em famílias intergeracionais que são

numérica e qualitativamente diferentes das do passado. Há aumento do número de gerações, embora com diminuição do número de membros pertencentes a cada geração, havendo também o desempenho de papéis e relações familiares por mais tempo (Royo, 2009).

Apesar de todas estas alterações, verificadas na sociedade e respectivamente na família, esta continua a ser o principal sistema de suporte do idoso. Nesse sentido, Pelzer e Fernandes (1997:340), citados por Mazza e Lefèvre (2005:2), referem que “...*a família é a esfera íntima da existência que une por laços consanguíneos ou por afectividades os seres humanos. Como unidade básica de relacionamentos é a fonte primária de suporte social, onde se almeja uma atmosfera afectiva comum, de aquisição de competência e de interacção entre seus membros.*”

Uma das funções básicas da família é a de assegurar a protecção de saúde dos seus membros nas vertentes física e psicológica, existindo, segundo Minuchin (1982), dois tipos de funções: uma *interna* relacionada com a criação de condições que facilitem o desenvolvimento e protecção dos seus membros e uma função *externa* na socialização, adequação e transmissão de uma determinada cultura. Estas funções têm como objectivos criar sentimentos de pertença e identidade familiar, visando a autonomia e individualidade dos seus membros.

As investigações mais recentes indicam que existe interacção entre a saúde de cada membro da família e a saúde da própria família. Na verdade, os seus elementos podem manter-se saudáveis promovendo a saúde através da transmissão de atitudes, crenças, hábitos e cuidando uns dos outros (Hanson, 2005).

De acordo com Riper (2005:132), na “... *teoria dos sistemas da família, os membros da família estão interligados e dependentes uns dos outros.*” Deste modo, uma mudança na saúde de um dos seus membros implica que todos os outros sejam afectados, alterando a unidade familiar como um todo. A saúde física e o bem-estar psicológico, de cada elemento, influenciam o funcionamento familiar.

O estado de saúde da família envolve conhecimento, atitudes e valores, papéis e distribuição de tarefas. De acordo com Bomar (1990), citado por Lima, Lopes e Araújo (2001) a saúde da família é mais do que a ausência de doença de um dos seus membros,

sofrendo a influência de variáveis biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituais, dentro de um contexto cultural vivenciado pela família.

Embora a saúde familiar possa ser influenciada por várias determinantes, neste estudo, identificamos nos discursos dos participantes que os afectos e a comunicação que estabelecem com os seus familiares são aspectos essenciais para a sua manutenção e pensamos ser de grande importância para a obtenção de um envelhecimento com sucesso.

Quadro n.º 9 – Saúde Familiar

Sub-categoria	Unidades de Registo
Afectos	<p>“O amor de um filho é inexplicável! Mas pronto não há mais que se lhe diga, que é assim! Inexplicável, só quem passa é que pode dar valor!” E1; “O filho, ainda domingo comprou uma varinha, gosta muito das sopinhas da avó!” E1; “Fiz com amor e carinho porque ele era bom marido, e era a minha obrigação.” E1; “Ainda acho mais bonitos que as minhas filhas! (...) É que agente...a avó... e outra pessoa pegando nele ou qualquer coisa eu parece-me que aquela pessoa não está a segurar bem como eu! Eu não queria a modos que não queria que lhes tocassem. E hoje em dia quero bem a eles pela minha vida... àqueles dois pequenos... mas também quero aos outros, quero aos meus netos todos! Mas quero muito bem àqueles, não sei se é porque os criei!” E2; “...as minhas filhas são muito boazinhas para a gente! Muito boazinhas! São então muito boas para a gente!” E3; “Eu se fosse por vontade não ia e tudo. Mas acompanho-o sempre, sempre! Se fosse outras deixavam ir sozinho e coisa... mas também deixar o homem sozinho... “[“Risos.” (NCE3)] não é brincadeira!” E3; “(...) Tenho as minhas primas. Tenho a minha... a minha prima (...), que é a única que eu tenho por parte da minha mãe. Gosto muito das filhas dela. E é assim. Convivo com a minha família. Muito importante! “E4; “Quero-lhe tanto bem [“À neta.” (NCE7)] como quero à minha filha!” E7; “Não gosto nada... de barulho! O meu genro fazia muito barulho, que ele bebia... agora não! Ele está doente! [“Diz em jeito de confissão.” (NCE7)] Se bebe, é alguma coisinha sem a gente ver! Mas agora está mais ou menos. Mas é aqueles barulhos que ele às vezes faz... eu não posso com isso.” E7</p>
Comunicação	<p>“Pois vejo. Todas as semanas vejo e falo com eles [“Os netos.” (NCE1)]” E1; “Tenho contacto com eles, sim!(...) Todos os dias falo ao telefone. Aquela de (...), é claro que não posso estar lá todos os... sempre, nem eles cá! Têm a sua vida, a pequena na escola, e essa coisa toda. Mas então, todos os dias falo com ela ao telefone e depois falo quando me dá saudade! Ainda no outro dia deu-me saudade deles todos! Liguei para os três!” E3; “Tenho irmãos no Brasil também e a gente de vez em quando fala para lá.” E5; “Quando eu vou a casa da minha filha, como agora quando a [...] (nome da responsável do Centro Comunitário) me for levar em vez de eu ir para casa ela deixa-me na casa do meu filho e depois vou para baixo a pé.” E6; “...todos os dias (...) todos os dias me telefona. E eu a ela. E quando pode vem sempre cá.” E7; “Se eu telefonar de manhã, ela telefona à tarde. Se eu não telefonar de manhã, antes de eu sair, ela sabe que eu que venho para o convívio, telefona-me então.” E7</p>

De acordo com a Hanson (2005:7), a saúde familiar “...é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os factores biológico, psicológico, espiritual, sociológico, e cultural dos sistema familiar.” Esta abordagem diz respeito a cada elemento da família como indivíduo e à família como unidade.

Neste estudo, indo ao encontro aos dados demográficos, já apresentados, verificou-se através da análise do genograma familiar, que três idosos vivem sozinhos, um com o conjugue, um com a filha e genro, um com a filha e neto e um com o conjugue, filha e neto. Todos os participantes têm dois ou mais filhos, mantendo relações de proximidade com eles. Embora não seja o que se verifica neste estudo, na maioria da população

idosa, com o aumento da longevidade, é menos frequente a coabitação dos pais idosos com os filhos adultos, pelo que há uma maior tendência de pessoas idosas a viverem sós (Fernandes, 2008).

A família, enquanto matriz de desenvolvimento psicossocial dos seus membros, permite, por um lado, a construção duma identidade familiar e criar relações afectivas profundas como os laços criados com um filho: *“O amor de um filho é inexplicável! Mas pronto não há mais que se lhe diga, que é assim! Inexplicável, só quem passa é que pode dar valor!”* (E1). E por outro, como grupo institucionalizado e estável, possibilita a continuidade duma cultura familiar/social, a acomodação e a transmissão dessa cultura (Minuchin, 1982).

De acordo com Hill, Fonagy, Safier e Sargent (2003), citados por Baptista (2007), os mecanismos de funcionamento das famílias reflectem, na sua maioria, uma perspectiva sistémica, que possibilita avaliar o suporte familiar em várias dimensões, tais como a clareza da comunicação, a proximidade versus distanciamento entre os membros, a organização da família em contextos específicos, a ligação afectiva, os papéis familiares e as crenças subjacentes ao desempenho desses papéis.

A comunicação engloba um espaço, tempo e contexto originando mudanças nos envolventes, e a partir dela a família constrói e organiza a sua relação, qualificando e caracterizando o sistema familiar, traduzido na configuração do relacionamento entre os elementos do sistema (Dias, 2001). O facto de ser um processo dinâmico que envolve troca de mensagens (enviar e receber) influencia o comportamento das pessoas a curto, médio ou longo prazo e para que seja saudável, de acordo com Ballard (2005), implica regras bem definidas, mas que sejam flexíveis e possibilitem a comunicação, quer não verbal, quer através da verbalização de sentimentos e pensamentos: *“...todos os dias (...) todos os dias me telefona. E eu a ela. E quando pode vem sempre cá.”* (E7). O contacto telefónico é, também, uma forma importante dos idosos se manterem em contacto e próximos dos familiares, como uma das idosas refere: *“Todos os dias falo ao telefone. (...), é claro que não posso estar lá todos os... sempre, nem eles cá! Têm a sua vida (...). Mas então, todos os dias falo com ela ao telefone e depois falo quando me dá saudade!”* (E3).

A comunicação é de grande importância para aqueles que vivem em sociedade - *“Pois vejo. Todas as semanas vejo e falo com eles [“Os netos.” (NCE1)].”* (E1) - pois através

dela comunicamos ideias, crenças, valores e sentimentos. Permite-nos oferecer, pedir e compartilhar informação referente a feitos pessoais (Martinez, 2002).

No modelo teórico circunflexo dos sistemas familiares, desenvolvido por Olson, Russell e Sprenkle (1983), citados por Baptista (2007), são considerados vários aspectos importantes das relações familiares, tais como a coesão, a adaptabilidade e a comunicação familiar. A coesão está relacionada com o tipo de vínculo estabelecido entre os membros familiares, incluindo a forma de realização dos processos de decisão, o tempo que passam juntos, os interesses familiares comuns, os limites, as ligações entre as pessoas e os interesses nas actividades recreativas. A adaptabilidade está relacionada com a capacidade do sistema familiar em transformar a estrutura de poder e as regras nos relacionamentos, perante situações geradoras de stress. A comunicação é uma dimensão crítica nas famílias, que possibilita e até mesmo facilita os processos de coesão e adaptabilidade. Resulta da empatia entre os membros o ouvir reflexivo e de suporte, além da expressão e partilha afectiva na família.

Na verdade, se as relações entre os membros da família influenciam os comportamentos, crenças e sentimentos de cada um e estes, por sua vez, influenciam as relações que se estabelecem no sistema familiar, a comunicação constitui-se como um meio de regulação da relação e da interacção. Deste modo, os processos de comunicação são assim representados pelo conjunto de interacções que tornam cada família como um sistema único, com objectivos a concretizar por cada um dos seus elementos e pelo sistema como um todo, ou seja, a complexidade das relações é pautada pela comunicação, que permite, segundo Relvas (2000), a estruturação e reestruturação de normas e regras ao longo do tempo, no processo de mudança evolutiva da família.

Os idosos constituem uma fonte de afectos - *“O filho, ainda domingo comprou uma varinha, gosta muito das sopinhas da avó!”* (E1) - onde frequentemente os mais novos vão procurar conforto e carinho para se restabelecerem. De facto o seu papel no seio familiar revela-se de grande importância, pois segundo Silva (2005:153) *“... fornecem modelos de bem envelhecer, representam a pedra segura da ancestralidade, constituem, no imaginário dos mais novos, uma barreira relativamente à morte, e são o exemplo vivo da capacidade de sobrevivência perante as vicissitudes da vida.”*

Ao longo da história, a família tem vindo a desempenhar diversas funções que dada a evolução se têm vindo a modificar ou a adaptar-se para dar respostas às novas

exigências do meio. Hanson (2005) referencia as seguintes funções: económica; reprodutiva; proporcionar protecção; transmissão da fé religiosa (cultura); educação e sociabilização das famílias; conferir estatuto social; relação das famílias; saúde das famílias. São estas funções que transformam a família na unidade básica da sociedade humana.

Contudo, a importância dada a estas funções pela família tem-se modificado ao longo do tempo, em grande parte devido às alterações demográficas e à estrutura da dinâmica familiar. Deste modo, e segundo Moreira (2001:24) a família vem “...*compartilhando e até mesmo transferindo para outros agentes sociais, algumas das funções consideradas anteriormente como exclusivamente familiares, nomeadamente a de socialização e a de protecção dos seus membros, hoje desempenhadas em grande medida pela escola, serviços sociais e serviços de saúde*”.

Embora o viver só ou com o cônjuge seja uma realidade das sociedades industriais, resultante da evolução dos tempos, isso não significa que não se mantenham laços afectivos e emocionais entre a família (Royo, 2009). Todos os participantes referem a família como suporte nas suas actividades relacionadas com a saúde/doença, descrevendo situações como “*A minha filha é que... quase sempre a minha filha leva-me os remédios que tenho em casa e compra outros...*” (E2). Como refere Ballard (2005), grande parte dos idosos recebem apoio de membros da família quer a nível afectivo, quer material.

No entanto, os idosos não são apenas receptores de ajuda por parte dos filhos, eles também prestam auxílio às suas famílias de carácter material, afectivo e económico (Bazo, 1992, 1996 citado por Royo, 2009).

Quadro n.º 10 – Os Idosos como suporte familiar

Sub-categoria	Unidades de Registo
Crescimento dos netos	“Tomei conta deles até aos quatro anos.” E1; “E pronto, tomava conta dos meus netos todos.” E1; “Olha, eu tomei conta deles [“Os netos.” (NCE2)]... eu sei lá... até eles terem... sei lá uns 16 anos, 17. (...) Foi muito importante...” E2; “...eu tinha o pequeno, eu tomava conta do pequeno...” E3; “Eu tomei conta do... da minha filha do meio. (...) eu tomei conta 2 anos e meio, que eu tomei conta do meu netinho!” E3; “Tomei conta de um até à idade dos dois anos e depois foi na altura do abalo [“Refere-se ao sismo de Janeiro de 1980.” (NCE4)]... a casa ficou muito... depois esteve a ser reconstruída. E depois eu tive de ir para a América.” E4; “O meu neto, este maior... eu também tinha o grupo Coral andava para o grupo Coral, vinha para os meus ensaios e depois nasceu o bebé... depois a minha filha não aceitou muito o bebé. O menino! Não aceitou... ficava “presa”... eu então é que fiquei em casa, tomava conta dele e então praticamente é que o criei! O que está em casa!” E4; “Aqui só tenho uma netinha. Ela até... eu é que a criei!” E7
Educação dos netos	“...e a outra mais nova também ia aos quatro anos, mas sempre muito agarrada à mãe, só esteve lá dois dias, fez a quarta classe, mas ficou na minha casa até aos dez anos. Ia busca-la à escola, ou eu, ou meu querido filho.” E1
Alimentação dos filhos	“A minha filha (...) ela vem todos os dias almoçar cá a casa.” E1; “Faço uma sopa ela leva para si, para o marido e para o filho.” E1; “...dou almoço à minha filha que vem almoçar a casa e ao meu neto, que ele está estudando e ela trabalhando.” E4; “A minha filha vai trabalhar.”, “Faço uma sopinha, umas coisas.”, “Lavo a loiça, lavo a roupa, estendo a roupa para secar, depois vou apanha-la. É assim as coisas.” (E5)
Cuidador	“...ele teve um AVC, teve ano e meio acamado (...) Mas eu sempre é que o lavei, eu sempre é que tratei dele.” E1; “Eu naquela altura que estava a tomar conta dele estava a tomar conta do meu pai que estava de cama... já com 80 e tal anos, naquela altura!” E3; “...tomava conta do meu pai, a lava-lo e a tratar dele...” E3; “Pois, a minha, a minha mulher - ela está ali fora - está muito mal das pernas. Não pode andar. É agarrada a tudo para dar um passo! É sempre agarrada a tudo! E depois é preciso vesti-la, vestir... calça-la, fazer alguma comida.” E5

Relativamente a este aspecto os participantes referem: “...*dou almoço à minha filha que vem almoçar a casa e ao meu neto, que ele está estudando e ela trabalhando. E gosto!*” (E4). Segundo Sthanhope e Lancaster (1999) uma das muitas funções que a família desempenha é a de proporcionar apoio emocional e segurança, amor, aceitação, interesse e compreensão aos seus membros.

O papel desempenhado pelo idoso, na sociedade e na família, leva a que estes tenham atitudes positivas no envelhecimento. Como tal, cuidar dos netos e participar de forma activa no meio proporciona sentimentos de pertença e bem-estar. Nas entrevistas, um dos idosos referiu relativamente ao cuidar dos netos: “*Olha, eu tomei conta deles [“Os netos.” (NCE2)] ... eu sei lá... até eles terem... sei lá uns 16 anos, 17. (...). Foi muito importante...*” (E2). O facto de cuidarem dos netos permite reviver experiências anteriores da criação dos filhos e esta nova perspectiva pode ser valiosa na revisão e aceitação do seu próprio processo de envelhecimento (Walsh, 2001).

Uma das funções primordiais da família, nas palavras de Martins (2002), é a protecção dos seus membros, que se traduz, de forma particular, no cuidar: “*Eu naquela altura que estava a tomar conta dele [neto] estava a tomar conta do meu pai que estava de cama... já com oitenta e tal anos, naquela altura!*” (E3). Os cuidados podem ser

prestados a familiares doentes, com incapacidades crónicas, jovens - como já vimos anteriormente - idosos (Gebbie & Gebbie, 2005).

A família é quem geralmente presta apoio e cuidados, verificando-se que esta tarefa é desempenhada por um dos seus membros. No caso do idoso ser casado, o cônjuge é quem adota este papel: *“Pois, a minha, a minha mulher - ela está ali fora – está muito mal das pernas. Não pode andar. É agarrada a tudo para dar um passo! É sempre agarrada a tudo! E depois é preciso vesti-la, vestir... calçá-la, fazer alguma comida.”* (E5). Esta dinâmica funciona até que a saúde do cuidador o permita, sendo posteriormente o papel desempenhado por uma filha ou nora. Tradicionalmente, as mulheres são as prestadoras de cuidados. E embora hoje em dia já se encontrem a desenvolver actividades profissionais no mercado de trabalho de forma significativa, mantêm em paralelo este papel (Richards & Lilly, 2005).

No ciclo vital da família acontecem vários ritos de passagem (morte, casamento, divórcio,...) em que todos os sistemas de relacionamentos familiares são alterados. E embora em alguns dos casos apenas um dos membros esteja sujeito ao processo, como no caso de um divórcio, o papel do processo familiar é tão central que se pode afirmar que é a própria família, como unidade, que está a fazer a transição (Friedman, 2001).

Segundo Martins (2002), citada por Araújo, Paúl e Martins (2008), a família cresce e desenvolve-se no equilíbrio do contexto de vida e da continuidade geracional, vivendo simultaneamente momentos de estabilidade e mudança. Nesse sentido, Bomar e Baker-Word (2005:218) definem os processos familiares como *“... acções contínuas ou uma série de mudanças, que ocorrem na experiência da família.”*

Por outro lado, Baptista (2007), refere que os processos familiares dizem respeito aos factores comportamentais e de interacção da família, tais como os conflitos, as diferenças entre os seus elementos, a comunicação, a resolução de problemas, o controlo e a autonomia. Nesse sentido e a partir do discurso dos participantes consideramos os que foram identificados por eles como determinantes neste processo.

Quadro n.º 11 – Processos Familiares

Sub-categoria	Unidades de Registo
Solidariedade geracional	“O que me faz sentir bem é dar-me bem com a minha família...” E1; “O meu netinho quando chega a casa—ele tem quatro anos—é uma distração para agente! É uma alegria! (...) Ele gosta muito da gente! E eu gosto muito dele também!” E5
Morte	“Perdi tudo na vida! Perdi o meu marido. Julgava que era o último desgosto que passava após a morte dos meus pais, mas depois do meu filho... não há comparação possível.” E1; “...mas tenho aquela falta muito grande, que é a falta do meu querido filho.” E1; “...mas Nosso Senhor... paciência... ainda me deixou... faltava-me três meses para fazer 50 anos de casada...” E2; “E depois, então, é que morreu o meu marido... é que foi... fiquei uma velhinha! Não me importava com a vida! Não me importava com nada!” E4
Desprendimento	“Prefiro viver sozinha! Os meus filhos, para dizer a verdade não têm muitos poderes (posses) para me ter... trabalham também... e ...a minha [...] (nome da filha) trabalha (...), mas está pagando a sua casa, também está a pagar a casa por muito dinheiro, consertou-a e está pagando-a, tem a pequena na universidade...” E2; “Quando eles fazem uma festinha ou uma coisa, que chamam a gente para festejar. E também qualquer coisa que eles fazem que já não ligam tanto a gente... aquilo já ofende muito! E esta coisa toda... ofende mais essas coisas! E é assim!” E3; “O meu genro já esteve já pedi para ele me ensinar, mas eu não percebo! Parece-me que ele... para professor não era bom para mim! [“Risos.” (NCE5)] Ele começa e agente fica a olhar para aquilo ele, ele... ele é muito rápido!” E5; “A minha filha trabalha, a minha nora trabalha, para onde é que eu vou?!” E6; “Claro que o meu genro tem carro, mas nunca diz vamos aqui ou acolá, então fico em casa.” E7; “É eles na cozinha sentados, porque é lá que tem um a televisão e eu estou cá no meu quatinho.” E7
Suporte familiar	“...até daqui a bocadinho... a minha filha vem buscar-me para ir à [...] (médico). Ligaram há bocadinho para casa para confirmar a consulta, mas...” E1; “Às vezes ela traz sopa, outras vezes chega lá, vai comer, não sabe o que é que vai comer, traz ou fruta ou faz-me compras (...). Eu faço uma listazinha, quero lhe pagar ela não quer, umas vezes ela paga metade, outras vezes ela não paga nada, outras vezes eu não pago nada.” E1; “E se não, quando vou para casa dessa minha filha (...) — que ela conduz e a outra não conduz — vou, vamos aqui a Santa Luzia das sete ou das oito horas.” E1; “... e roupa lavo na minha máquina, quando tem roupa clara que dê para lavar, se não tiver roupa clara que dê para lavar na máquina uma delas leva a roupa e seca na máquina...” E1; “E ontem, a minha filha é que me pôs a cama de lavado com os lençóis térmicos...” E1; “...chamei a minha filha, e disse: “Oh [...] (nome da filha), a mãe caiu no chão, com certeza... no quarto de banho quando me fui lavar. Porque a mãe, tem um “matulo” muito grande na cabeça”, e a minha filha começou a dar gaitadas (gargalhadas)” E2; “A minha filha é que... quase sempre a minha filha leva-me os remédios que tenho em casa e compra outros... é sempre os mesmos.” E2; “Nunca compro sapatos, nunca compro roupa... é a minha filha (...) que me vai mandando umas coisas.” E2; “Até a minha filha, uma delas, disse: “A mãe parece que só vivia para o pai! Depois que o pai morreu nunca mais se importou com a casa, nunca mais se importou...” Depois então aquilo mexeu comigo, aquilo que ela disse! Então depois reagi mais um bocadinho, mais um pouco...” E4; “...eu vou às festas... quando a minha filha me vem buscar, eu vou devagar, mas já não é aquilo que eu era!” E6; “Porque eu em casa a minha filha é que faz tudo! Não gosta que eu, não quer que eu faça, porque diz que eu que não posso. Cozinha e tudo. Eu sou vou à cozinha comer ou beber ou uma coisa que seja preciso.” E7
Papéis familiares	“Claro, quando chega a hora elas estão a olhar para o relógio para se irem embora. Para resolverem as suas vidas. Fazerem os seus jantares, tratar dos seus filhos, dos seus maridos e é assim, as suas roupas, as suas comidas...” E1; “Mas a gente vê... a gente também vê que elas tem as suas vidas, e tem o seu marido e tem os seus filhos e coisa... a gente também vê as coisas...” E3

O processo familiar é o resultado da interação permanente entre os elementos da família, e é através dele que eles realizam as suas tarefas instrumentais e expressivas, tornando as famílias singulares (Ballard, 2005). Como refere Fernandes (2008), na família é onde ocorrem as principais trocas intergeracionais, nomeadamente no que diz respeito à afectividade: “*O meu netinho quando chega a casa – ele tem quatro anos - é uma distração para a gente! É uma alegria! (...) Ele gosta muito da gente! E eu gosto muito dele também!*” (E5) Ajudas doméstica e financeira, cuidar das crianças e

cuidados gerais em situações de doença ou incapacidade. No entanto, estas trocas também se encontram expostas às alterações sócio-demográficas da sociedade actual.

Nesse sentido, actualmente, embora não se verifique nesta investigação, os estudos mostram que os idosos estão cada vez menos disponíveis para desempenhar o papel de cuidador a tempo inteiro dos netos, pois têm outros interesses e actividades, como por exemplo o desempenho da sua actividade profissional. Na verdade, tendo em conta as alterações demográficas, muitos netos para além de conhecerem os avós conhecem os bisavôs, que por vezes são dependentes dos primeiros, o que interfere com a sua disponibilidade como cuidadores (Relvas, 2000).

Tal como no ciclo vital de cada pessoa, o da família também engloba vários estádios de desenvolvimento. Estes dividem a família em períodos distintos e são marcados por alteração nos estatutos e papéis de cada elemento. Algumas mudanças são subtis como referem Richards e Lilly (2005), enquanto que outras desencadeiam situações de crise, podendo os acontecimentos ser normativos - os que são esperados, como o casamento, a reforma, a morte do cônjuge numa fase tardia da vida -, e os não normativos - os que não são previsíveis, como uma situação de doença, a morte acidental de um membro da família, como refere um dos participantes: *“Perdi tudo na vida! Perdi o meu marido. Julgava que era o último desgosto que passava após a morte dos meus pais, mas depois do meu filho... não há comparação possível.”* (E1); ou o desemprego.

O impacto da morte de um filho no idoso pode originar sentimentos de culpa por estar a sobreviver ao seu descendente, e este conjunto de emoções pode ainda ser agravado por todas as perdas decorrentes do processo de envelhecimento (Oliveira & Lopes, 2008): *“Está emocionada e a chorar. Veste roupas pretas em sinal de luto pelo filho perdido há cerca de 5 anos.”* (NCE1). A morte de uma pessoa com quem se tem laços afectivos pode ser uma experiência marcante, e por vezes até mesmo assustadora para o idoso. A perda de quem se gosta origina rupturas profundas que requerem a adaptação ao modo como se percebe o quotidiano e os planos e projectos para continuar a viver (Silva, Carvalho, Santos & Menezes, 2007): *“E depois, então, é que morreu o meu marido... é que foi... fiquei uma velhinha! Não me importava com a vida! Não me importava com nada!”* (E4).

Dentro das famílias idosas, as transições dão-se quando os papéis e as responsabilidades se transformam com o passar das gerações. Por vezes, os filhos deparam-se com as

necessidades de apoio emocional, aconselhamento, ou outros aspectos, solicitados pelos pais, em simultâneo com a saída de casa dos próprios filhos, trabalho a tempo inteiro, problemas económicos, associados por exemplo ao pagamento de propinas, o que pode causar uma sobrecarga de papéis e aumento da tensão (Richards & Lilly, 2005). Os idosos reconhecem as dificuldades sentidas pelos filhos: *“Prefiro viver sozinha! Os meus filhos, para dizer a verdade não têm muitos poderes (posses) para me ter... trabalham também...e... a minha [...] (nome da filha) trabalha (...), mas está pagando a sua casa, também está a pagar a casa por muito dinheiro, consertou-a e está pagando-a, tem a pequena na universidade...”* (E2).

Numa família, cada elemento desempenha um determinado papel e uma determinada função, que se inter-relacionam com os dos restantes elementos, podendo ocupar diversos papéis em simultâneo, como por exemplo, mulher, mãe, filha ou irmã. Papéis estes, que não são mais do que *“...as expectativas de comportamento, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição na família ou no grupo social”* (Duvall & Miller, 1985, citados por Stanhope & Lancaster, 1999:502). Cada família adequa os papéis familiares e os comportamentos esperados dos seus elementos tendo em conta a estrutura e as forças internas e externas à unidade familiar.

A estrutura da família, segundo Minuchin (1990:57) representa *“...o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Uma família é um sistema que opera através de padrões transaccionais. Transacções repetidas estabelecem padrões de como, quando e com quem se relacionar e estes padrões reforçam o sistema”*. Deste modo, em cada momento e em cada contexto familiar, os elementos da família devem ter a capacidade para se adaptar a estas normas invisíveis, pois as circunstâncias alteram-se (Moreira, 2001), pelo que os idosos percebem que os filhos constituíram família e que desempenham papéis paralelos: *“Claro, quando chega a hora elas estão a olhar para o relógio para se irem embora. Para resolverem as suas vidas. Fazerem os seus jantares, tratar dos seus filhos, dos seus maridos e é assim, as suas roupas, as suas comidas...”* (E1).

A maioria das pessoas, ao longo do seu ciclo vital, vive acompanhada e o facto de esta ser uma tendência universal leva a que quem viva sozinho seja denominado de diferente ou estranho. Nesse sentido, grande parte das pessoas considera a viuvez uma desvantagem, pois a norma na sociedade é estar casado. Existem estudos que revelam

que os idosos depois de viúvos referem que perderam contacto com os amigos que ainda são casados (Thorson, 2000).

Na fase tardia da vida, o idoso depara-se com a perda do companheiro, situação que de acordo com as estatísticas é mais frequente para a mulher do que para o homem tendo em conta a esperança de vida das primeiras ser superior. No que diz respeito ao estado civil destes participantes, quatro são viúvos, dois casados e um divorciado. Ao longo das entrevistas realizadas, os que são viúvos (todas mulheres) não verbalizaram o sentimento de exclusão, mas expressaram saudade dos entes queridos que já partiram e da vida que partilharam: *“Fui feliz no meu casamento! (...) E depois, então, é que morreu o meu marido... é que foi... fiquei uma velhinha! Não me importava com a vida! Não me importava com nada!”* (E4).

Na viuvez o papel da família pode ser o de suporte - *“Até a minha filha, uma delas, disse: «A mãe parece que só vivia para o pai! Depois que o pai morreu nunca mais se importou com a casa, nunca mais se importou...». Depois então aquilo mexeu comigo, aquilo que ela disse! Então depois reagi mais um bocadinho, mais um pouco...”* (E4) - e o de ajudar a encontrar novos interesses e estabelecer relações interpessoais com outras pessoas. Será importante salientar que não deve haver uma superprotecção, por parte da família, que leve à diminuição da autonomia do idoso (Relvas, 2000). Segundo a mesma autora, em todas as famílias ocorrem mudanças, situações de stress e várias crises, e a forma como cada uma lida com estas situações, de modo a reestruturar-se e encontrar um novo equilíbrio, é o que as faz desenvolver-se de forma saudável.

Dada a complexidade e a multidimensionalidade inerente ao processo de envelhecimento, temos de considerar que existem perdas, mas também ganhos que se reflectem em todo o seio familiar e o modo como a família lida com estas situações depende de todas as experiências vividas e partilhadas pelos seus elementos e o modo como as vivenciaram e as apreenderam. Deste modo, envelhecer em família é um processo dinâmico e interdependente do contexto social em que se está inserido.

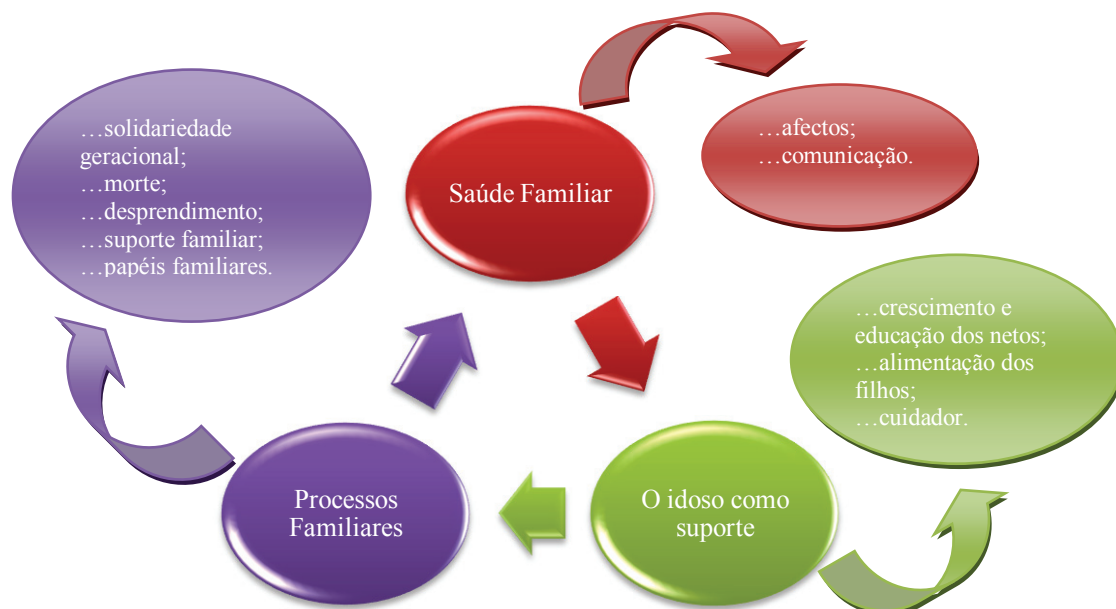


Diagrama n.º 3 – O Idoso e a Família

Em síntese, embora o papel exercido pela família na sociedade actual não seja idêntico ao desempenhado outrora os laços afectivos e o suporte entre os seus membros mantêm-se. Nesse sentido, podemos verificar que a família se adaptou às novas exigências da sociedade actual e podemos também dizer que os idosos de hoje não são os de antes, mas o seu papel de detentor de “sabedoria” e conhecimento das tradições permanece, permitindo trocas intergeracionais e o desenvolvimento do sentimento de pertença.

Neste estudo, a importância atribuída à família, quer pelo seu suporte social, quer pelos laços afectivos, reveste-se de grande importância e contribui para um envelhecimento bem-sucedido.

3.4 – A SAÚDE DO IDOSO

Os idosos referem no seu discurso a sua percepção de saúde, pelo que é necessário ter em conta que não se trata apenas de viver mais anos, mas sim de viver com qualidade. Segundo a WHO (2005a), estes anos extra de vida devem ser vividos com independência e dignidade. Isto significa que, para além do aumento da esperança de vida, é essencial aumentar o período em que cada um pode viver uma vida saudável. Para tal, é imprescindível que sejam adoptados estilos de vida saudáveis, desde cedo, no sentido de prevenir doenças na velhice.

A WHO (2011) define saúde como “...um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição

ênfatiza que a saúde é mais do que a saúde física, e estas três componentes (físico, mental e social) não podem ser vistas de forma individual, pois influenciam-se entre si. Está implícita uma dimensão qualitativa deste conceito, pelo que a promoção de um envelhecimento saudável tem como objectivo melhorar a qualidade de vida (WHO, 2003b).

Considerando a possibilidade de prevenir e/ou controlar algumas doenças crónicas, como a hipertensão arterial, é necessário alcançar as pessoas antes destas sofrerem das patologias, ou seja intervir nos primeiros estádios do ciclo vital, o que a OMS (2009:5) define como “...o processo de optimização de condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”, ou seja, o envelhecimento activo.

Na definição de envelhecimento bem-sucedido defendida por Rowe e Khan, estes consideram a importância de três componentes: “1) baixo risco de doença e ausência de incapacidade resultante de doença; 2) elevada capacidade funcional cognitiva e física e 3) compromisso com a vida.” (Castillo, 2009:169). Cada uma destas componentes que compõe o envelhecimento bem-sucedido, têm também as suas características próprias. Por exemplo a baixa probabilidade de doença refere-se também à ausência, presença ou severidade de factores de risco que a limitam. Ultrapassando certos limites, como os factores ambientais, médicos, genéticos e outros, este risco aumenta e converte-se em doença. O feito de manter a capacidade física e cognitiva, relaciona-se com a potencialidade de desempenhar uma actividade. No entanto, a terceira componente deste conceito pode tomar diferentes formas que assentam nas relações interpessoais e na actividade produtiva, este ultimo num sentido amplo de valor social e não só económico ou pago, como por exemplo fazer voluntariado, partilhar conhecimentos, cuidar dos netos (Castillo, 2009).

Em termos biológicos, no processo de envelhecimento todas as células sofrem alterações, ficam maiores e vão perdendo a capacidade de se dividir e reproduzir. Uma das mudanças mais frequentes é o aumento dos pigmentos e substâncias gordas no interior da célula, devido a isso muitas perdem a sua capacidade funcional ou passam a funcionar de forma anormal. O tecido conjuntivo torna-se menos flexível o que provoca maior rigidez dos órgãos, vasos sanguíneos e vias respiratórias. As membranas celulares alteram-se levando a que os tecidos tenham mais dificuldade em receber o oxigénio e os

nutrientes necessários, bem como dificuldade em eliminar o dióxido de carbono e toxinas. Muitos tecidos perdem massa e atrofiam, outros tornam-se mais rígidos, aparecendo nódulos. Todas estas alterações fazem parte do envelhecimento dos órgãos, o que leva a uma perda da função gradual e progressiva, e conseqüentemente a uma diminuição da capacidade funcional (Márquez, Martínez, González & Rizo, 2007).

O início da doença e o declínio funcional relacionado com o envelhecimento podem ser evitados ou retardados em qualquer idade. Por exemplo, um aumento, mesmo que seja pequeno, da actividade física, o deixar de fumar, mesmo numa idade avançada, podem reduzir significativamente o risco de doença cardiovascular. As mudanças no local de trabalho (como passar de trabalhos esgotantes para tarefas mais leves) e na comunidade (promover cidades amigas dos idosos, melhor iluminação, aumento dos espaços verdes, por exemplo) permitem que as pessoas idosas permaneçam autónomas e produtivas por mais tempo (OMS, 2001).

O modelo de Rowe e Khan tem o mérito de ser o primeiro em que se incluíram e descreveram os factores intrínsecos que interferem no processo de envelhecimento, como a variabilidade intra-individual, com os factores extrínsecos, alguns modificáveis. Parte do princípio que nada está completamente assente na biologia e de que o envelhecimento não é sinónimo de doença, deixando para trás a dicotomia entre ter saúde / estar doente, surgindo a noção de “envelhecimento normal”. No entanto, para que assim seja, devem ocorrer intervenções nas etapas médias da vida e no final desta. Também são valorizados neste modelo, os factores psicossociais menos estudados, como as motivações, o compromisso com a vida, a inserção social, dando a entender que o envelhecimento bem-sucedido não é um problema exclusivamente médico ou biológico (Castillo, 2009).

A par da transição demográfica, ocorreu a epidemiológica, em que deixou de haver um predomínio das doenças infecciosas e parasitárias, crescendo as doenças não contagiosas e crónicas. Estas modificações estão associadas à evolução da ciência médica e melhoria das condições de vida (saúde, educação,...) (Kinsella & Wan, 2009). As doenças não infecciosas tornaram-se a maior causa de morte em muitos países e afectam de forma determinante a qualidade de vida das pessoas. Estas doenças incluem alterações cardiovasculares (enfartes cardíacos, acidentes vasculares cerebrais), cancro, diabetes, demências, depressões, entre outras (WHO, 2005b).

Quadro n.º 12 – Saúde Física

Sub-categorias	Unidades de Registo
Doenças	“Que às vezes os diabetes abaixam-me tanto, chegam a estar a 50. E às vezes vão tanto alto... eu quase sempre tenho a 200 e tal, a 300 ainda agora um dia destes tive a 301 ou a 313... eu não sei o que é que hei-de fazer!” E2; “As pernas... eu, sofro muito das pernas que é uma coisa séria! E eu tenho osteoporose.” E3; “...eu apanhei uma “friagem” quando era novinha e depois fui tratada para uma flebite e afinal nem aqui, nem em França eles dizem que eu tive uma flebite! E também não foi uma erisipela. Foi um a “friagem”, uma coisa de frio. Estive internada há pouco tempo. Foi uma coisa que apanhei nos pulmões.” E6; “...deu-me uma angina do peito que eu estive a morrer!” E7; “E já tive uma pneumonia, também, há já bastante tempo.” E7
Sinais	“Senti-me mal eu cai! Eu fiz um “matulo” (hematoma) muito grande na cabeça (mostra o local exacto com a mão) (...)” E2; “Às vezes fico assim mais... com mais dores...” E4; “Também depois, ou dor numa perna... também é a idade... ou mais dores daqui ou mais dores dali.” E4; “Doem assim aqui [“Mostra a zona do joelho onde dói.” (NCE6)], depois fico muito cansada...” E6
Sintomas	“Tem dias que eu... tenho arritmias...” E1; “...o coração a picar-me, a picar-me, a picar-me!” E1; “...tem de ser sempre de braço com ela e não pode ser muito longe, porque também estou um bocadinho forte, também canso!” E1; “Claro, passo o “mapa” (esfregona) na casa fico cansada, mas também não preciso passar na casa toda de uma vez...” E1; “Mas, antigamente eu é que arranjava, mas agora, infelizmente, eu não posso! A minha coluna é um autêntico “S” E1; “Mais cansada! Mais cansada!” E3; “E depois tem dias que eu estou mais tenteada (melhor) e tem dias também que me dá um abatimento, um abatimento! Para trabalhar... para mexer comigo, não posso!” E3; “Isto é uma doença crónica que eu tenho. Uma tosse crónica!” E7
Medicação	“Ainda ontem queria arrastar esta perna, não podia, [“Mostra a perna a que se refere.” (NCE1)] tive que me prevenir com um [...] (nome do medicamento)... até me passar estas dores!” E1; “Ontem estava muito constipada! Ainda hoje estou muito rouca, fiz um chazinho de ervas com mel. E pronto, vai-se vivendo para ai assim!” E1; “Tomo muita medicação. Então também me chateio com a medicação que tenho de tomar! E é isto, desta maneira.” E4; “Estou a tomar muitos medicamentos para algumas doenças que eu tenho, mas...” E5; “Tenho os meus medicamentos de lá de fora.” E6

Em Portugal no ano 2001, segundo o INE, as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos e os acidentes de viação eram as principais causas de morte. As doenças cardiovasculares estão relacionadas com a hipertensão arterial, níveis de colesterol elevados, hábitos alimentares inadequados, obesidade e estilos de vida sedentários (Carrilho & Patrício, 2003). Neste estudo foram mencionados problemas cardiovasculares aos participantes, embora estes não tenham enumerado quais as patologias de que sofrem: “ [...] tenho arritmias...” (E1); ósseos: “[...] Eu tenho osteoporose.” (E3); diabetes mellitus: “Que às vezes os diabetes abaixam-me tanto [...]” (E2), obesidade e cancro. Algumas destas patologias vão de encontro aos números apresentados nas estatísticas, quer a nível nacional, quer europeu.

De acordo com a DGS (2005), relativamente à morbilidade no grupo etário dos 65 aos 74 anos, as perturbações cerebrovasculares são as mais prevalentes, enquanto no grupo com idade igual ou superior a 75 anos, para além destas, surge a pneumonia - “E já tive uma pneumonia, também, há já bastante tempo.” (E7) - e a insuficiência cardíaca: “...deu-me uma angina do peito que eu estive a morrer!” (E7).

O risco para as doenças crónicas tem vindo a aumentar e em simultâneo verifica-se o aumento da esperança de vida, o que também aumenta a probabilidade do idoso padecer de pelo menos uma doença crónica, como hipertensão arterial e/ou diabetes (WHO, 2004). Deste modo, os indivíduos estão sujeitos a uma exposição mais prolongada aos factores de risco, responsáveis pelo surgimento das doenças crónicas (WHO, 2005b). Estas são originadas por alterações patológicas irreversíveis, caracterizam-se por serem permanentes, provocam incapacidades, requerem a reabilitação do doente, exigem um longo período de supervisão, observação e cuidados (WHO, 2003a).

Todas as alterações resultantes do processo de envelhecimento podem conduzir ao aparecimento das síndromes geriátricas, que são um conjunto de sinais e sintomas, normalmente causados pela combinação de várias doenças com elevada prevalência nas pessoas idosas, e estão frequentemente na origem de incapacidade funcional ou social deste grupo etário (Márquez *et al.*, 2007). Apesar deste ser um conceito ainda pouco definido, Inouye, Studenski, Tinetti e Kuchel (2007) referem que este diz respeito às condições clínicas que ocorrem nos idosos e não se enquadram em nenhuma patologia diagnosticada.

Existe um grande número de síndromes, e a sua classificação irá depender dos autores, mas as mais comuns são: as quedas: “*Senti-me mal eu cai! Eu fiz um “matulo” [hematoma] muito grande na cabeça [mostra o local exacto com a mão]...e [...]*” E2; a depressão, a fragilidade, o delírio, a imobilidade: “*Doem assim aqui [Mostra a zona do joelho onde dói] (NCE6), depois fico muito cansada...*” (E6); alterações da marcha e do equilíbrio, deterioração cognitiva, incontinência (urinária e intestinal), obstipação e perda de autonomia (Zenón, López Guzmán, Silva & Deses, 2006).

Apesar de muitas doenças e incapacidades serem mais comum nas pessoas idosas, como já foi referenciado, a saúde entre pessoas da mesma idade varia muito, pois enquanto alguns podem ter uma ou mais doenças crónicas ou incapacidades, outros podem permanecer saudáveis. Não se pode determinar o estado de saúde de uma pessoa apenas pela sua idade cronológica. As alterações físicas e problemas de saúde são mais frequentes nalgumas idades do que noutras, o que não significa que a maioria das pessoas de um determinado grupo de idade sofram de uma mesma patologia. A saúde e a doença não são uma consequência de alcançar uma idade particular. Quando consideramos a promoção da saúde e intervenções que visam um envelhecimento

saudável, as pessoas idosas não podem ser vistas como um grupo uniforme, tem de ser tida em conta a sua heterogeneidade (WHO, 2003b).

O aumento do consumo de medicamentos acompanha a tendência do envelhecimento populacional, onde a polimedicação nos idosos é uma situação frequente (Penteado, Cunico, Oliveira & Polichuk, 2002). Como temos vindo a referir, as pessoas idosas têm mais problemas de saúde, que tendem a ser crónicos, como cardiopatias e diabetes, pelo que necessitam de utilizar mais medicamentos, quer sejam adquiridos com ou sem receita médica: *“Ainda ontem queria arrastar esta perna, não podia, [Mostra a perna a que se refere (NCE1)] tive que me prevenir com um [nome do medicamento] até me passar estas dores!”* (E1).

A adesão terapêutica inclui a adopção e manutenção de vários tipos de comportamentos (por exemplo, dieta saudável, actividade física, não fumar), assim como o consumo de medicamentos de acordo com a orientação de um profissional da saúde, no entanto, os idosos tendem a referenciar a toma de medicação como incómodo: *“Então também me chateio com a medicação que tenho de tomar! É isto, desta maneira.”* (E4). Estima-se que nos países desenvolvidos, a adesão a terapias de longo prazo seja apenas 50%, em média, enquanto nos países em desenvolvimento, as taxas são ainda menores, o que compromete gravemente a eficiência dos tratamentos e traz implicações importantes na qualidade de vida e na economia para a saúde pública (WHO, 2002).

A população tem vindo a recorrer cada vez mais a medicinas complementares, sendo a fitoterapia (uso de produtos naturais) uma dessas alternativas. Os produtos naturais são preparados com base em plantas que têm benefícios terapêuticos, que contêm ingredientes naturais ou processados de uma ou mais plantas. Embora não existam estudos científicos, alguns produtos naturais parecem ter um perfil risco-benefício favorável (Menniti-Ippolito, Gargiulo, Bologna, Forcella & Raschetti., 2002; Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Van Rompany *et al.*, 1998; WHO, 1996; Ernest, 2002, citados por Silva, Luís & Biscaia, 2004).

O recurso a plantas medicinais é um hábito para muitas pessoas e é uma das formas mais antigas de tratar várias patologias, ou seja, a utilização de plantas na prevenção e/ou na cura de doenças é um hábito que sempre existiu na história da humanidade. Assim, a fitoterapia é encarada como opção na busca de soluções terapêuticas - *“Ontem estava muito constipada! Ainda hoje estou muito rouca, fiz um chazinho de ervas com*

mel. E pronto, vai-se vivendo para aí assim!” (E1) - tratando-se de uma alternativa eficiente, barata e culturalmente difundida (Moraes & Santana, 2001, citados por Oliveira & Araújo, 2007).

A saúde deixou de ser avaliada pela presença ou ausência de doenças, mas sim pela manutenção da capacidade funcional. O declínio do estado fisiológico e psicológico, que decorre do processo de envelhecimento, resulta na dificuldade de manter o equilíbrio corporal face ao aumento das doenças crónico-degenerativas mais frequentes nesta etapa da vida (Bonardi, Souza & Moraes, 2007).

Quadro n.º 13 – Saúde Funcional

Sub-categoria	Unidades de Registo
Diminuição da capacidade visual	“Vou com ela, tem de ser de braço, porque tenho medo das pedras, porque eu não vejo...” E1; “Não faço pela revista... porque vejo mal.” E1; “Agora já não bordo, porque eu não vejo muito bem para bordar.” E3; “Os meus olhos é que estão muito mal! Este [“Mostra o olho esquerdo, é invisual deste olho.” (NCE7)] não dá nada! Este [“Mostra o olho direito. (NCE7)] não dá mais do que isto! Não há mais lentes...” E7; “E bordava, bordava também muito bem, mas agora não vejo, não posso...” E7
Diminuição da mobilidade	“Pois, a velhice vai trazendo sempre muitas consequências. Porque eu dava a voltinha, a minha filha mora [...] (referência à morada), dava uma voltinha até em volta da Igreja da [...] (referência à morada) e agora já não consigo.” E1; “Faço as coisas com dificuldade! Ainda ontem queria arrastar esta perna, não podia (...)” E1; “O pior é o andar, é os joelhos!” E6; “O que eu podia fazer, era aquilo que eu mais gosto e não posso! É dançar!” E6
Autonomia nas AIVD’S	“Não, as minhas coisas eu vou fazendo! Não me queixo dos braço, queixo-me é das pernas!” E1; “Ainda vou à praça com 82 anos. E é que gosto de fazer as minhas compras. Não sou dependente de filha nenhuma, felizmente, até há data! Muito importante!” E4; “Não dependo de ninguém! Faço a minha vida toda sozinha, muito bem!” E4
Ajudas nas AIVD’S	“Há três, quatro meses a minha filha tem uma moça que vai lá todas as semanas quando eu acho que tem necessidade-que eu não tenho necessidade!” E1; “Levanto tapetes, com muita dificuldade levanto um tapete!” E1; “Não tem comparação possível daquilo que é e daquilo que fazia! Faço as coisas com dificuldade!” E1; “Não posso estar parada a limpar o pó. Só limpar o pó é que me custa mais e é varrer a casa... porque estar parada... e eu não posso estar em pé parada, não posso! Ainda em pé e andar com força depressa para limpar!” E2 “Já não dá para fazer as minhas coisinhas...” E2; “O que eu não posso fazer, não faço! Não posso! Claro, precisava era... era ter como muita gente tem, era uma empregada! Mas o meu marido não quer!” E3;

No que diz respeito à funcionalidade da pessoa idosa, Lawton e Brody (1969), citados por Cabete (2005), defendem que esta resulta da interação entre dois conjuntos de variáveis: as individuais (competências) e as ambientais. A mesma autora, citando Lichtenberg, MacNeill e Mast (2000:15), acrescenta que “[...] *por competências individuais se entende: saúde física e mental, capacidade cognitiva, afetividade e qualidade de vida, auto-eficácia e controle de si e do meio, enquanto as variáveis ambientais incluem a habitação, o ambiente social e as relações de vizinhança.*”

Por outro lado, como resultado das doenças crónico-degenerativas e das mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento surge a incapacidade funcional, que pode ser vista como um processo dinâmico e progressivo. De acordo com vários estudos, como o

Established Population for Epidemiologic Studies of the Elderly, o *Health Interview Survey Longitudinal Study on Aging* e o *National Long Term Care Survey*, a incidência da incapacidade funcional aumenta com a idade, e quando melhorada poderá trazer benefícios e ser adiada em idosos entre os 65 e os 74 anos de idade (Bonardi *et al.*, 2007).

Com a idade, alguns sentidos deterioram-se, como a audição e a visão, mas a severidade e a extensão com que isto ocorre não é idêntica (WHO, 2003a). Como podemos ver pelo discurso dos participantes, a diminuição da visão não os atinge com a mesma gravidade. Enquanto para alguns é ligeira, limitando algumas actividades - *“Agora já não bordo, porque eu não vejo muito bem para bordar.”* (E3) - para outros há já alterações muito significativas: *“Os meus olhos é que estão muito mal! Este [Mostra o olho esquerdo] é invisual, este olho [NCE7] não dá nada! Este [Mostra o olho direito] não dá mais do que isto! Não há mais lentes...”* (E7).

A diminuição da funcionalidade nos idosos é uma das principais manifestações da doença, não só das já referidas doenças cardiovasculares, mas também das que afectam o aparelho locomotor, como a osteoporose e as fracturas (Mañas, 2009). Uma das grandes alterações referida pelos participantes está associada à diminuição da mobilidade, e as consequências que este aspecto traz para o seu dia-a-dia: *“O que eu podia fazer, era aquilo que eu mais gosto e não posso! É dançar!”* (E6). De acordo com Mañas (2009), esta perda de funcionalidade pode ser detectada pela perda de autonomia e pelo aparecimento da dependência que a pouco e pouco vai limitando a qualidade de vida dos idosos: *“Faço as coisas com dificuldade! Ainda ontem queria arrastar esta perna, não podia [...]”* (E1).

Cada patologia poderá originar uma perda funcional, e esta irá afectar um determinado grupo de actividades. A perda de autonomia para o desempenho destas actividades afecta inicialmente as mais complexas, como viajar, e posteriormente as relacionadas com o dia-a-dia, auto-cuidados (Fried & Guralnik, 1997, citados por Mañas, 2009). Quando o conceito de funcionalidade é aplicado à vida diária, e tendo em conta a sua repercussão no envelhecimento, Diehl (1998), citado por Fonseca (2006:93), diz que *“...será a capacidade de uma pessoa para desempenhar um leque diversificado de actividades consideradas essenciais para uma vida autónoma, envolvendo aspectos do funcionamento individual e de natureza física, psicológica e social [...]”*

Deste modo, a funcionalidade pode ser definida como a capacidade da pessoa para desempenhar, com autonomia, determinadas tarefas no seu dia-a-dia, quer sejam de lazer, quer sejam de interacção social. Estas tarefas são designadas de Actividades de vida diária (AVD's) e podem ser divididas em básicas (relacionadas com o auto-cuidado como alimentar-se, lavar-se, vestir-se, arranjar-se) e instrumentais (indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, fazer compras, utilizar transportes, cuidar da casa, utilizar o telefone, gerir as próprias finanças, tomar os seus medicamentos (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007).

Relativamente ao perfil das pessoas com 65 ou mais anos em Portugal, Branco, Nogueira, e Dias (2001) referem que 12% dos idosos declaram precisar de ajuda para as AVD's. Destes, 92,5% têm ajuda diária e 8,3% parecem ser grandes incapacitados. Embora neste estudo os participantes refiram autonomia na realização das actividades instrumentais - *“Ainda vou à praça com 82 anos. E é que gosto de fazer as minhas compras. Não sou dependente de filha nenhuma, felizmente, até à data! Muito importante!”* (E4) - manifestam a necessidade de algumas ajudas para o desempenho de actividades - *“O que eu não posso fazer, não faço! Não posso! Claro precisava era...era ter como muita gente tem, era uma empregada! Mas o meu marido não quer!”* (E3), - embora nem sempre reconheçam precisar de ajuda: *“Há três, quatro meses, a minha filha tem uma moça que vai lá todas as semanas quando achou que eu tinha necessidade - que eu não tenho necessidade!”* (E1).

A saúde dos idosos, quer seja a real quer seja a percebida, é um aspecto fundamental para se entender o envelhecimento com sucesso. A avaliação que os indivíduos fazem da sua condição de saúde é subjectiva e complexa, pois depende das expectativas individuais e sociais (Paúl, 2005).

Quadro n.º 14 – Percepção de Saúde

Sub-categoria	Unidades de Registo
Positiva	“Com a minha idade a saúde vai mais ou menos.” E5; “Mas, olha, eu vou andando! (...) Eu faço muito empenho em melhorar!” E7
Negativa	“Não tem comparação possível daquilo que é e daquilo que fazia!” (E1); “...as doenças... as doenças atrapalham muito!” E2; “A minha doença não tem cura!” (E2); “Agora as coisas estão diferentes! Mesmo muito diferentes.” (E3) “A minha saúde não é muito boa.” E4; “Interfere. (...) muito com a minha velhice.” (E4); “Tenho penado então!” E7

Os problemas de saúde revestem-se de grande importância para os idosos, pelo que estão no topo das suas preocupações. Do estado de saúde real ou da avaliação que os

idosos fazem dele, dependem variáveis como a competência e a actividade (Fonseca, 2006). Para os idosos a percepção da saúde tem influência na sua qualidade de vida e consiste na capacidade de se sentir bem, mesmo na situação ou agravamento de doença. A saúde percebida é uma avaliação global do estado de saúde a partir da percepção de aspectos objectivos e subjectivos, constitui um indicador útil para determinar a saúde do indivíduo. Deve ser compreendida como a síntese de todas as dimensões de saúde significativas e que são o resultado da interpretação. Além de englobar condições médicas e incapacidades funcionais, envolve factores considerados não clínicos como o estado de humor, as redes de relações sociais e as comparações sociais (Rabelo, Lima, Freitas & Santos, 2010).

O estudo longitudinal EXCELSA (*European Longitudinal Study of Aging*) realizado a nível Europeu, inclusive numa população de 96 indivíduos em Portugal (com idades compreendidas entre os 30 e os 85 anos, a residir nas suas casas), chegou a dados interessantes em relação às variações significativas dos índices de envelhecimento bem-sucedido dos portugueses idosos, em função da auto-avaliação de saúde efectuada pelos próprios. Confirmaram que os mais velhos avaliam mais positivamente a sua saúde do que os mais novos (Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001).

Mais recentemente, no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 53,4% da população residente no Continente avaliava o seu estado de saúde como “*muito bom*” ou “*bom*” (em que a avaliação dos homens é mais favorável do que a das mulheres). Na RAA, de forma semelhante ao Continente, embora com melhores resultados quando comparado com as outras regiões, 64,3% da população considerou o seu estado como “*muito bom*” ou “*bom*”, verificando-se que uma parte significativa da população mais jovem faz uma avaliação de “*muito bom*” ou “*bom*”, enquanto que os de mais idade a classificaram como “*razoável*” e “*mau*” ou “*muito mau*” (INE & INSA, 2009). Esta última avaliação vem de encontro à dos participantes deste estudo que percebem o envelhecimento como negativo: “*A minha saúde não é muito boa. Interfere muito com a minha velhice.*” (E4).

No entanto, indo ao encontro dos achados de muitos estudos que indicam que apesar de apresentarem problemas de saúde os idosos consideram envelhecer bem e com qualidade de vida (Bryant, Corbett & Kutner, 2001, 1993; Stewart & King, 1994;

Kutner, Ory, Baker, Schechtman, Hrohbrook & Mulrow, 1992) um dos participantes refere: “Mas, olha, eu vou andando! [...] Eu faço muito empenho em melhorar!” (E7).

Os inquéritos de saúde privilegiam a percepção de saúde como indicador da saúde das populações, atribuindo-lhe, contudo, as reservas do carácter de subjectividade que o caracteriza, mas reconhecendo a importância que detém o bem-estar traduzido desta forma pelos próprios quando avaliam a sua saúde (Fernandes, 2007).

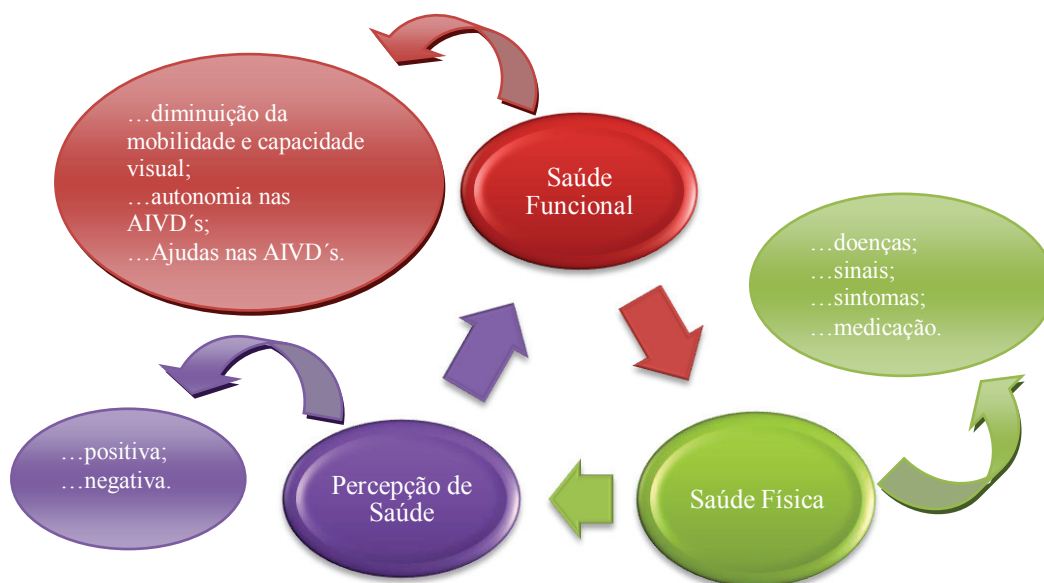


Diagrama n.º 4 – Saúde do Idoso

Em síntese, embora a saúde seja um dos primeiros aspectos mencionados quando se pensa em envelhecer bem, esta não define este processo. Os factores psicológicos, as actividades e papéis sociais, os factores económicos, as relações sociais e sentimentos de pertença são de grande importância para um envelhecimento bem-sucedido (Castillo, 2009). Nesse sentido, podemos afirmar que o envelhecimento bem-sucedido é mais do que a ausência de doença e a manutenção da capacidade funcional e mental. Mesmo reconhecendo a importância destes factores, é, acima de tudo, aceitar um compromisso com a vida expresso no desempenho de actividades significativas.

3.5 – A RELIGIOSIDADE DO IDOSO

A religião ocupa um importante espaço na vida das pessoas, podendo ajudá-las a encontrar o significado e a coerência no mundo. Em vários estudos (Cupertino &

Novaes, 2004; Silva & Alves, 2007; Pegoraro, 2009) sobre as implicações da espiritualidade no envelhecimento, conclui-se que esta funciona como um factor facilitador da adaptação às transformações que surgem com o processo de envelhecimento.

De acordo com Wright (2005:20) a religião “...é a adopção ou participação em uma comunidade de fé específica, que partilha o mesmo conjunto de crenças, rituais, morais [...] centrado num poder definido como transcendente e grandioso, referido como Deus.” Através da religiosidade, podem-se atribuir significados aos acontecimentos da vida e desse modo os indivíduos entendem-nos como fazendo parte de algo mais amplo, acreditando que estes são determinados por uma força superior e que nada acontece por acaso. Estas situações, associados às crenças pessoais, podem levar a um enriquecimento individual, como aumento da sabedoria, equilíbrio e maturidade (Dull & Skokan, 1995).

O aumento da espiritualidade com o avançar da idade é uma fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental. A importância da espiritualidade, em estudos efectuados com idosos, foi mencionada como suporte para um envelhecimento bem-sucedido e até mesmo como estratégia para manter uma atitude positiva perante esta etapa (Tate *et al.*, 2003; Moraes & Souza, 2005; Abbott *et al.*, 2006; Duay & Bryan, 2006; Vilela *et al.*, 2006; Nagalingam, 2007).

A espiritualidade é definida por Wright (2005:20) como “...tudo aquilo e todo aquele que atribui um significado e um propósito final à vida de uma pessoa e que apresenta formas particulares de estar no mundo, em relação com os outros, consigo mesmo e com o universo.”

Os termos religiosidade e espiritualidade costumam ser utilizados como sinónimos, no entanto Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007), referem que, apesar de estarem relacionados, existem diferenças entre eles. A dimensão religiosidade está associada a uma profissão de fé, uma crença em um ser ou poder sobrenatural ao qual se atribui a responsabilidade de criação e controle do universo. A espiritualidade envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, com a crença em aspectos sagrados, como Deus ou um Poder superior, e aspectos transcendentais, como a alma e a essência.

Quadro n.º 15 – Prática Religiosa

Sub-categoria	Unidades de Registo
Ir à Igreja	“Vou quando posso [“À Igreja.” (NCE1)]. Se algum sábado por algum motivo qualquer fico em casa, vou à Ermida que fica quase mesmo encostada à minha casa.” E1; “É todos os domingos! Vou à Igreja todos os domingos à missa. Nunca falto um domingo!” E3
Outros rituais	“Caso contrário, ao domingo, quando vou para lá (...) levanto-me e vejo a missa no [...] (nome do canal televisivo) se me levanto antes das 9h, se não vejo [...] (nome do canal televisivo).” E1; “E se há um falecimento, uma doença, vou visitar aquela pessoa, vou à missa do sétimo dia ou vou à funerária ou uma coisa qualquer...” E1; “Amanhã vou ao cemitério falar com o coveiro para arranjar a sepultura do meu marido e do meu querido filho. Já devia ter ido, mas o tempo não tem deixado!” E1; “O senhor Padre vai à minha casa confessar. O senhor [...] (nome), (...) é que leva lá o senhor Padre e depois é que me vai levar lá o Senhor (refere-se à hóstia) os outros dias que eu preciso. É não posso vir então.” E7
Evocar o nome de Deus	“Ah Senhor...” E2; “Ai Nosso Senhor!” E3; “Ai meu Deus!...” E4; “... Nosso Senhor!” E6

A palavra Religião tem origem no latim *religare*, que significa restabelecimento da ligação entre Deus e o homem. A função da religião na sua essência é manter e desenvolver a relação do indivíduo com o sagrado, propondo dar um significado à vida e fornecer instrumentos que ajudem o indivíduo a ultrapassar o sofrimento, as perdas e a percepção da morte. A religião pode ser intrínseca, quando uma pessoa é verdadeiramente religiosa, ou seja, as suas crenças fazem parte integrante da sua vida diária; ou pode ser extrínseca, quando a pessoa utiliza a religião para servir as suas necessidades pessoais de ganho social e auto-protecção, evidenciando um compromisso mais superficial com os valores religiosos (Goldstein & Sommerhalder, 2002).

Com o intuito de analisar a religiosidade, enquanto dimensão objectiva e subjectiva relacionada com a satisfação na vida de pessoas adultas e idosas, Goldstein e Neri (2002) realizaram um estudo em que os seus resultados salientam a diferença entre a religiosidade intrínseca e a extrínseca. Estes demonstraram haver um maior índice de práticas religiosas privadas na velhice, ou seja, frequentam menos as igrejas ou templos e fazem orações em casa, principalmente para pedir perdão, o que revela uma solicitação de auxílio e de protecção em momentos difíceis. Em suma, concluíram que a religiosidade intrínseca era a mais praticada junto desta população.

Quadro n.º 16 – Busca pelo Sagrado

Sub-categoria	Unidades de Registo
Oração	“Eu rezo todos os dias, pela alminha do meu marido, pelas almas no purgatório... pelas almas todas.” E2
Adoração	“... é Santo António que me faz isto, é que eu peço muito a Nosso Senhor e a Santo António- os meus devotos é Santo António, Coração de Jesus, é Nosso Senhor... - eu gosto de todos, todos!” E2; “Eu também ia (à Igreja), mas agora como não me posso ajoelhar... olha, deixei de ir! Mas não deixo de adorar Deus!” E6; “Eu sento-me na beirinha da minha cama, em frente tem um móvel com as minhas imagens, que eu tenho de santinhos, com fotografias dos meus filhos, tenho tudo ali!” E7
Fé/crença	“Olha, graças a Deus...” E1; “Pois já que Deus quis.” E1; “Eu tenho muita fé com Santo António!” E2; “Há-de ser o Deus quiser!” E3; “Dei a volta a isto tudo! Graças a Deus!” E4; “Deus nos livre!” E6; “E se Nosso Senhor quiser, assim está muito bom!” E7; “Seja pelo amor de Deus!” E7

No presente estudo, um dos participantes verbaliza: *“Eu rezo todos os dias, pela alminha do meu marido, pelas almas no purgatório... pelas almas todas.”* (E2). No entanto, as autoras consideram também que a igreja é um forte elemento de suporte social, uma vez que a maioria das pessoas relataram que a frequentam com amigos próximos, indo de encontro ao referido por um dos participantes: *“É todos os domingos! Vou à Igreja todos os domingos à missa. Nunca falto um domingo!”* (E3).

De acordo com o Inquérito Permanente às Atitudes Sociais dos Portugueses, integrado no International Social Survey Programme (ISSP), conduzido pelo Instituto de Ciências Sociais em 1998, foram estudadas as atitudes e práticas religiosas dos portugueses. Cabral, Freire, Garcia, Pais e Vilaça (2000:4) indicam que os dados sugerem que *“... sob uma aparente unidade, que se enraíza no catolicismo, a sociedade portuguesa manifesta-se religiosamente plural: não no sentido da existência de uma pluralidade de confissões [...] mas no de a vivência do sagrado, em geral, e do catolicismo, em particular, se experimentar de múltiplas e diversas maneiras.”*

Numa comunidade, as actividades religiosas e a socialização com aqueles que partilham a mesma crença religiosa são uma importante forma de participação das pessoas idosas no local onde residem: *“Vou quando posso [“À Igreja.” (NCE1)]. Se algum sábado por algum motivo qualquer fico em casa, vou à Ermida que fica quase mesmo encostada à minha casa.”* (E1). As situações de isolamento podem ser minimizadas, visto que passam a ser bastante conhecidos e estimados nas respectivas comunidades religiosas, que são normalmente acolhedoras (OMS, 2009).

De acordo com Cabral *et al.* (2000), na população portuguesa, os dados da curva da prática religiosa, indicam que um sub-conjunto de 42,6% de pessoas declaram frequentar regular ou irregularmente a missa em contraste com outro sub-conjunto de 57,4% de portugueses que raramente ou nunca frequentam a igreja fora de actos sociais, como baptismos, casamentos e funerais: *“E se há um falecimento, uma doença, vou visitar aquela pessoa, vou à missa do sétimo dia ou vou à funerária ou uma coisa qualquer...”* (E1).

Boff (2006) refere que o ser humano tem a capacidade de pensar em explicações para os acontecimentos que o rodeiam - *“...é Santo António que me faz isto, é que eu peço muito a Nosso Senhor e a Santo António. Os meus devotos é Santo António, Coração de Jesus, é Nosso Senhor...eu gosto de todos, todos!”* (E2) - e a partir deste processo

poderão ser construídos símbolos e desencadear o aparecimento de religiões. Deste modo, as religiões desempenham, historicamente, um papel de referência que confere estabilidade às pessoas.

A espiritualidade pode ser vista como uma forma mais ampla de estabelecer uma relação com o que é transcendente. Para Barret (2004), o sistema religioso é uma forma de espiritualidade que permite manter comunidades unidas através da partilha de princípios como os de confiança e solidariedade, funcionando como um mecanismo de difusão cultural que possibilita a construção de redes sociais fortes. Na velhice este sistema pode ser uma fonte de conforto e uma forma de atenuar a solidão ou o sofrimento provocado por perdas: *“Eu sento-me na beirinha da minha cama, em frente tem um móvel com as minhas imagens, que eu tenho de santinhos, com fotografias dos meus filhos, tenho tudo ali!”* (E7).

Os portugueses, de acordo com o estudo realizado por Arroyo Menéndez (2007), apresentam um elevado grau de confiança na Igreja, são os europeus que mais confiam nesta instituição, com alguma distância em relação aos restantes países. Apresentam uma crença num Deus bastante humanizado, no sentido que a Bíblia lhe dá, um Deus cujo Homem foi criado à imagem e semelhança. Pesa ainda o facto de os portugueses relacionarem a Fé com aspectos mais mundanos e menos transcendentais. Neste estudo, verifica-se que a utilização de expressões relacionadas com a religião são bastante frequentes, manifestando fé, como *“Ai meu Deus!...”* (E4) e *“Nosso Senhor!”* (E6).

Segundo Teixeira e Lefèvre (2008), a fé aumenta a confiança e a esperança, diminuindo a angústia e a falta de aceitação: *“E se Nosso Senhor quiser, assim está muito bom!”* (E7). Parece existir um aumento da fé em Deus na velhice, em que se efectuam mais leituras bíblicas e há uma maior participação em cultos religiosos. A fé, no idoso, pode auxiliar na compreensão das dificuldades e adversidades associadas à sua vida: *“Dei a volta a isto tudo! Graças a Deus!”* (E4).

De acordo com Flood (2005), os idosos, ao aumentarem a criatividade, ao diminuírem os sentimentos negativos e ao possuírem um maior controlo pessoal obtêm maiores níveis de espiritualidade. Este aumento de espiritualidade e o aumento de comportamentos religiosos levam a uma melhor adaptação às alterações, resultantes do processo de envelhecimento, e podem influenciar os factores intrapsíquicos (características inatas).

Neste sentido, as crenças podem ser factor crucial na adaptação do indivíduo perante os vários acontecimentos. Estas constituem uma parte importante da cultura, dos princípios e dos valores utilizados pelos idosos para dar forma a julgamentos e no processamento de informações. As inclinações perceptivas podem fornecer ordem e compreensão de eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis, bem como serem determinantes em questões intrinsecamente relacionadas com a velhice, como a perda e a doença. São importantes também na aceitação, na atribuição de sentido a experiências desagradáveis e na busca de apoio social (Carmona & Claudino, 2010).

A religiosidade e espiritualidade desempenham também um papel extremamente importante na vida das pessoas idosas. Tal como refere Mazo (1998), o facto da vida da maioria dos idosos ter sido regida por princípios e valores cristãos leva a que, com o avanço da idade, a espiritualidade lhes propicie um ponto de apoio para o encontro espiritual e existencial, dando-lhes sentido à vida.

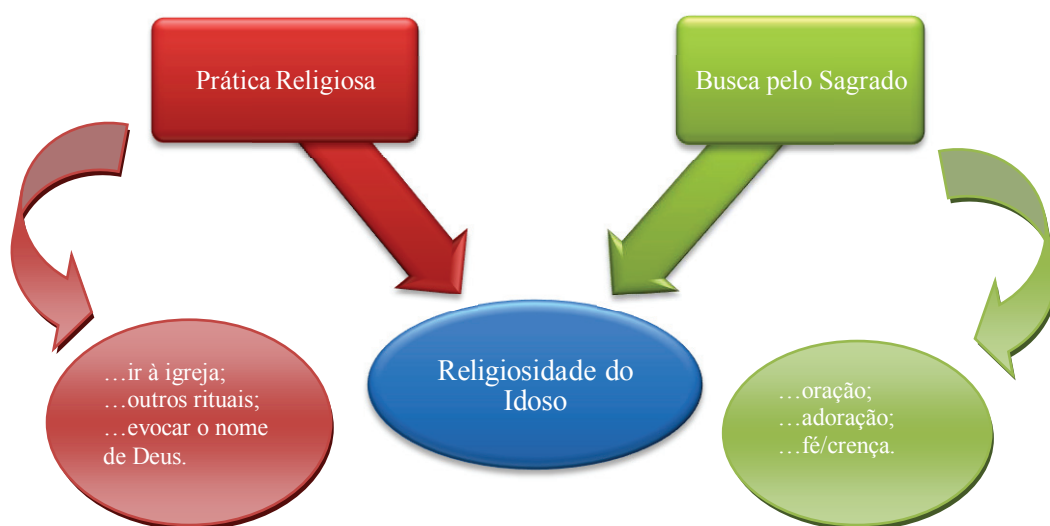


Diagrama n.º 5 – Religiosidade do Idoso

Ao longo do ciclo vital surgem momentos de perdas e ganhos e como já vimos anteriormente as perdas acentuam-se na fase final da vida. As pessoas idosas vivenciam a perda de familiares e amigos e vêem a sua situação social a alterar-se, mas por mais difícil e doloroso que seja este processo há simultaneamente uma possibilidade de crescimento e adaptação (Pargment, Van Haitsma & Ensing, 1995).

Em síntese, a forma como as pessoas lidam com as diversas situações da vida tem implicações no seu bem-estar e a religião pode desempenhar um papel fundamental

neste processo. Na busca pelo sentido e significado da vida, com o objectivo de se tornar um ser completo e realizado, a religião fornece as ferramentas através da crença num Ser poderoso que orienta as suas vidas e nesse sentido pode ser um caminho para o envelhecimento bem-sucedido.

3.6 – SUPORTES NO ENVELHECIMENTO

Ao longo do ciclo vital, as redes sociais dos indivíduos alteram-se acompanhando as mudanças dos contextos que os circundam, como a família, o trabalho, a vizinhança. A interacção com os outros e a dependência vão ocorrendo ao longo do ciclo de vida de cada pessoa, tomando formas mais próximas ou mais afastadas. Pois, em determinados momentos, a dependência toma proporções que põem em causa a sobrevivência, como quando nascem e em certos momentos do entardecer da vida. Momentos pontuais de doença que podem causar dependência física ou psíquica também criam uma maior interacção com quem está ao seu redor.

Existem acontecimentos, como a reforma ou a mudança de residência, que alteram profundamente as redes sociais. Com o passar dos anos, os pares vão morrendo e os idosos ficam com menos amigos, as redes degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade. A existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, aspectos que são essenciais para envelhecer bem (Paúl, 2005).

Da leitura do corpo das entrevistas, fomos percebendo quais os suportes para o envelhecimento, referenciados pelos participantes como apoio para a sua adaptação ao processo de envelhecimento e para que este seja bem-sucedido.

Quadro n.º 17 – Rede de Apoio

Sub-categoria	Unidades de Registo
Familiares	“Sinto-me bem. Pois, o que me sinto bem é ter as filhas amigas, genros e netos, é só.” E1; “A minha família...os meus filhos, os meus netos...eles preocupam-se comigo!” E2; “A minha família é muito importante! Muito amiga dos meus filhos, os meus netos e tudo... é uma alegria para mim!” E3
Vizinhos	“Tenho vizinhos. A minha casa tem um pátio à frente, à janela falo com todos para baixo e para cima, os que passam. Mas não vou a casa de ninguém então vem ninguém vem à minha casa. Não sou pessoa de ir tomar café, nem a casa de outro.” E1; “Pois com certeza que é importante! Uma coisa qualquer que eu tivesse necessidade, até ligava para qualquer uma, sempre me chega, mais perto que as minhas filhas. Não é? E é assim! Vai-se vivendo assim.” E1; “Eu não sou pessoa de ir brigar com ninguém, porque eu tenho vergonha! Nem de ir para casa das vizinhas, “farolar” (fazer mexericos)... eu não vou. Estou é na minha casa, a fazer a minha comidinha, as minhas coisas.” E2; “Eu tenho vizinhos ao pé de mim, mas então... antigamente, não era assim! Antigamente, os vizinhos juntavam-se para bordar uns com os outros, para fazer rendas, juntavam-se a conversar uns com os outros. Os vizinhos de agora... cada um cuida de si...; Vizinhos da porta, mas cada um cuida de si, ninguém vai a casa de ninguém, nem nada!” E3; “Tenho vizinhos amigos. Gosto muito dos meus vizinhos amigos.” E4; “...tem ali poucos vizinhos, tem várias casas ali ao pé, mas estão vazias, vazias.” E5; “Tem uma vizinha que mora por cima de mim... incrível!” E6; “Vizinhos, tudo muito amigo! E tem um café (...). E vou lá também quase todos os dias, porque a [...] (nome da dona do café) é muito minha amiga, só vou é lá beber um café em cima do pequeno-almoço. E às vezes vou a casa da [...] (nome da vizinha), uma que mora quase no fim do bairro(...) às vezes vou lá, mas passa-se dias e dias que não vou então, não posso. (...) Sou amiga com todas, todas, todas! Estou ali há 48 anos, não tenho nada que dizer de uma vizinha assim (mostra a ponta do dedo)! Nem elas de mim. Porque passa-se semanas que eu não vou a casa delas (...) eu tenho uma vizinha, minha, bem em frente que é professora. (...). Aquela rapariga é tanto minha amiga! De vez em quando vai lá...” E7
Centro Comunitário	“Todas as semanas, venho.” E1; “Todos os dias! Quero dizer os dias que há. Tenho pena de ser tão pouco! Se houvesse um centro de dia é que era bom! Vinha, passava os dias acompanhada e depois ia dormir para a minha casa...era bom...” E2; “Não venho, todos, todos dias—é dois dias por semana—mas eu não venho, porque eu às vezes... eu vou dizer a verdade, é a verdade... Eu às vezes, eu não venho... estou mais aborrecida, estou mais cansada das pernas e mais aborrecida, antes quero ficar em casa para ficar coma as pernas mais estendidas em casa... a ver televisão, dali a bocadinho vou recolher uma roupinha e depois vou... ou fazer uma coisa, ou fazer outra... por causa disso às vezes não venho. Quando não me apetece muito, não venho! E quando me apetece... como ainda hoje (...).” E3; “Os que convivo mais é aqui quando venho aqui um bocadinho. Estou mais elas! Sou amiga destas velhinhas todas para aí!” E3; “E passo tempo. “Estemos” (estamos) aqui um bocado com eles e depois vamos se embora para as nossas casas, e pronto.” E3; “Gosto! Gosto! Gosto bastante deste ambiente! Gosto! Passa o tempo também. Um tempinho.” E4; “Gosto muito! Acho, para ver as pessoas, para distrair.” E5; “Sim, gosto muito! É estar com elas! Este passeio! Se não for, só se estiver em casa fechada! Muito bem! Havia de ser era todos os dias! <i>Voilà!</i> Gosto muito daqui. Gosto muito de estar aqui. (...) Eu gosto das pessoas. Gosto muito da [...] (nome da responsável do Centro Comunitário)” E6; “Consolo-me! (adoro) É estar ali com as minhas amigas, a conversar, a ver trabalho novos! Enfim, coisas assim!” E7

Wagner, Shütz e Lang (1999) no estudo BASE, realizado por Baltes e Mayer (1999), relativamente às redes sociais, concluíram que não é correcto assumir que a integração social dos idosos está marcada pela falta de um papel na sociedade ou ainda assumir que estas se mantêm estáveis em termos de qualidade e quantidade até uma idade avançada. Na verdade, apesar do número de amigos reduzir com a idade, a proporção de idosos que incluem na sua rede social novas pessoas mantém-se constante.

Em vários estudos (Knight & Ricciardelli, 2003; Tate, *et al.*, 2003; Moraes & Souza, 2005; Duay & Bryan, 2006; Vilela *et al.*, 2006; Nagalingam, 2007), realizados com idosos, foram obtidos dados que indicavam que as relações interpessoais com a família e amigos representam uma dimensão importante da vivência da pessoa idosa,

proporcionando a satisfação das necessidades afectivas, como amor, carinho e compreensão.

De acordo com Paúl (1997), as redes sociais de apoio aos idosos podem ser divididas em dois grupos principais: as redes de apoio formal e as de apoio informal, em que o apoio que ambas prestam pode ser psicológico (satisfação com a vida e bem-estar psicológico) e instrumental (ajuda física em situações de diminuição de capacidades funcionais). As redes de apoio informal incluem a família do idoso e os amigos e vizinhos.

As relações pessoais tem vindo a ser caracterizadas por uma identidade flexível, o que as pode tornar superficiais, mas estas mantêm-se enquanto as necessidades que satisfazem os indivíduos intervenientes se mantiverem. O termo “amizade” poderá levar a pensar num determinado tipo de relacionamento, mas à medida que as pessoas envelhecem a linha entre amigos e vizinhos torna-se mais ténue, bem como a distinção entre amizade baseada na similaridade de interesses e características em oposição às baseadas em disponibilidade e simpatia, ou seja, as relações com pessoas na comunidade, como os vizinhos ou pessoas em instituições (Askham, Ferring & Lamura, 2008).

Por outro lado a relação que se estabelece com amigos e vizinhos difere da que se mantêm com familiares, porque resulta de escolhas estruturadas, feitas na base de opções dentro do próprio meio social da pessoa. As amizades são relações expressivas baseadas na escolha e partilha de interesses e estão na base de trocas subjectivas significativas. As escolhas dos amigos são mais fluidas e livres do que as de vizinhos, que apesar de tudo se baseiam mais na relação de proximidade e de suporte instrumental. Quer os amigos, quer os vizinhos, fornecem importantes tipos de apoio e assistência - *“Pois com certeza que é importante! Uma coisa qualquer que eu tivesse necessidade, até ligava para qualquer uma, sempre me chega, mais perto que as minhas filhas. Não é? E é assim! Vai-se vivendo assim.”* (E1) - que contribuem para o bem-estar e independência dos idosos e são muitas vezes o único apoio de que dispõem (Paúl, 1997).

De acordo com Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa, Dias e Gonçalves (2003), o apoio social deve ser visto como uma experiência pessoal e não como um conjunto objectivo de interacções e trocas. Sendo assim, o apoio social, de uma forma

percebida, refere-se à avaliação que o indivíduo faz dos vários domínios da sua vida em relação aos quais julga que é querido e que lhe reconhecem valor - “*A minha família...os meus filhos, os meus netos...eles preocupam-se comigo!*” (E2), - ou seja, à avaliação que faz da disponibilidade dos outros próximos e da possibilidade que há em recorrer a eles quando precisarem.

Sequeira e Silva (2002) desenvolveram uma investigação com o objectivo de estudar quais os níveis de bem-estar de um grupo de idosos residentes em meio rural e identificar que variáveis se constituem como mais importantes para o bem-estar destes. Verificaram que os meios rurais podem tornar-se um ambiente privilegiado de envelhecimento, uma vez que promovem as redes de relação, há maior contacto, e uma maior rede de vizinhança, o que dita maior apoio instrumental, emocional e psicológico. Concluíram que aqueles que percebem um contacto mais frequente com a família revelam uma atitude mais positiva face ao próprio envelhecimento do que o grupo que afirma ter pouco contacto com a família.

Mais recentemente, num estudo empírico realizado por Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005) para determinar a satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses, que foi efectuado com pessoas em meio rural e urbano, obtiveram-se resultados referentes às relações sociais em que a ideia da importância da família nas redes de suporte social em Portugal foi reforçada e salientou-se a extensão da rede de amigos na população idosa.

Embora sejam os familiares a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, como por exemplo “*A minha família é muito importante! Muito amiga dos meus filhos, os meus netos e tudo... é uma alegria para mim!*” (E3), os amigos têm um forte efeito no seu bem-estar subjectivo. Os amigos são, assim, uma importante parte das redes de apoio social, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização - “*Os que convivo mais é aqui, quando venho aqui um bocadinho. Estou mais elas! Sou amiga destas velhinhas todas para aí!*” (E3) - e apoio instrumental. Enquanto os encontros com a família nem sempre são fáceis, podendo ser ritualizados, estereis e mais frequentemente resultam em conflito, o encontro com os amigos pode ser mais estimulante e positivo para o idoso (Paúl, 1997). Deste modo, paralelamente à família, os amigos e vizinhos desempenham um papel fundamental no apoio afectivo e companhia dos idosos (Royo, 2009).

As relações sociais revestem-se de grande importância durante todo o ciclo vital, pois favorecem a saúde, exercendo uma função protectora perante patologias do foro físico e mental. Fernández-Ballesteros num estudo que realizou em 1992, com a população espanhola, observou que as pessoas com maior apoio social, por parte da família, amigos e vizinhos, referiam ter um melhor estado de saúde (percebida) e que as com maior número de relações sociais viam o seu bem-estar e qualidade de vida favorecido (Martinez, 2002).

No grupo das redes de apoio formal estão incluídos os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível do concelho ou da freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio (Paúl, 1997).

O Centro de Convívio é um lugar extremamente útil para o idoso. Nele, os idosos têm a oportunidade de conviver, através de reuniões, discussões conjuntas, havendo uma homogeneidade forte. Podem encontrar um sentido novo para a vida e isso tem um efeito terapêutico positivo. As actividades exercidas nos grupos comunitários incluem envolvimento em tarefas sociais e religiosas que facilitam a interacção e permitem estabelecer novas amizades, com possibilidade de socializar e de trocar experiências - *“Consolo-me [adoro] é estar ali com as minhas amigas, a conversar, a ver trabalhos novos! Enfim, coisas assim!”* (E7) - num território que pode simbolizar o público ou o privado, a rua ou a casa, ou, ainda, o salão de festas de antigamente (Santos, Santos & Henriques, 2002).

Araújo, Coutinho e Carvalho (2005), no estudo que desenvolveram para identificar as representações sociais da velhice entre idosos de grupos de convívio, concluíram que os dados obtidos revelaram a importância constitucional que os grupos de convívio têm para a população em estudo. Este é um espaço onde, por excelência, se desenvolvem práticas sociais que contribuem para que as pessoas idosas exerçam o seu papel de cidadãos, sendo um local onde eles utilizam as suas potencialidades, onde há sempre alguém que os escute - *“Sim, gosto muito é de estar com elas! Este passeio! Se não for, só se estiver em casa fechada! Muito bem! Havia de ser era todos os dias! Voilà! Gosto muito daqui. Gosto muito de estar aqui. [...] Eu gosto das pessoas. Gosto muito da [nome da responsável do Centro Comunitário]”* (E6), - o que proporciona a criação de

laços de amizade e momentos de lazer, contribuindo, também, para o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva.

No mesmo estudo, Araújo, Coutinho e Carvalho (2005), referem que os participantes indicam que o centro de convívio é uma rede de apoio fundamental para uma velhice bem-sucedida: *“Todos os dias! Quero dizer os dias que há. Tenho pena de ser tão pouco! Se houvesse um centro de dia é que era bom! Vinha, passava os dias acompanhada e depois ia dormir para a minha casa...era bom...”* (E2). Referindo também que este é um espaço onde encontram solidariedade, e por isso é de fundamental importância os idosos participarem, uma vez que esses grupos de convívio contribuem para desenvolver uma rede psicossocial e afectiva que possibilita práticas para melhor enfrentar a velhice.

Nesta investigação, a satisfação de frequentar o Centro Comunitário é verbalizada por todos: *“Gosto muito! Acho, para ver as pessoas, para distrair.”* (E5). Nesse sentido, Vilela, *et al.* (2006) também concluíram que a satisfação de participar num grupo de convívio permitia aos idosos manterem a sua identidade, participando de forma dinâmica e mantendo perspectivas para o futuro.

A aprendizagem é uma experiência de toda a vida, muito embora requeira diferente exercício e treino de competências, de acordo com o desenvolvimento e capacidades de cada um. Ter acesso a informação sobre o processo de envelhecimento, reconhecendo que nem tudo são perdas e que há capacidades que poderão manter ou melhorar o seu desempenho, torna-se relevante para que o indivíduo se sinta útil ao grupo em que está inserido, tenha prazer no exercício competente de actividades e procure situações em que possa ser estimulado (Silva, 2005).

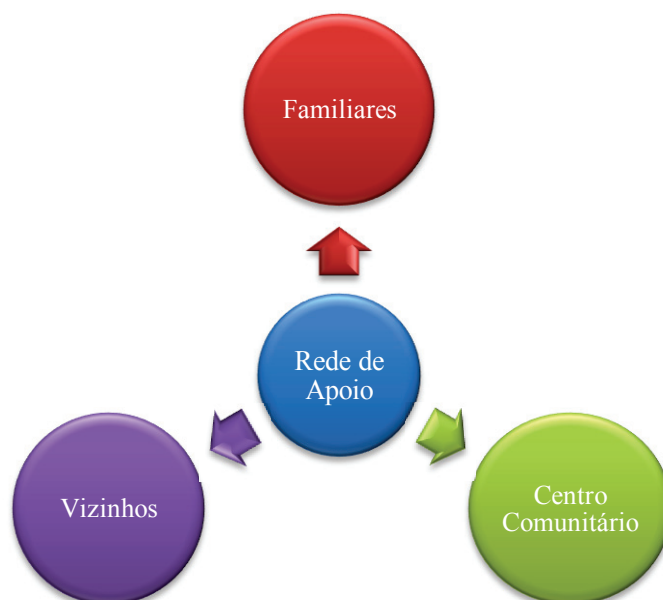


Diagrama n.º 6 – Suportes ao Envelhecimento

A existência de redes sociais de apoio é um aspecto crucial da vida dos idosos, numa relação directa de apoio preventivo da institucionalização ou, num contexto institucional, como decisivas no sentimento de bem-estar físico e psicológico dos indivíduos. Mais do que a quantidade de pessoas de uma rede social de apoio, a qualidade relacional é um factor importante, destacando-se o papel de uma relação íntima, a existência de um confidente (Paúl, 1997).

Em síntese, nesta temática, observamos como as redes de suporte ao envelhecimento passam por várias vertentes, mas as relações que se estabelecem com a família e rede de vizinhança são fundamentais para obter bem-estar. Salienta-se também o papel fundamental desempenhado pelo Centro Comunitário neste aspecto, pois permite relacionamentos interpessoais com significado, ao mesmo tempo que proporciona actividades de lazer e funciona como atenuante da solidão.

3.7 – ACHADOS SOBRE O ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

O nosso ponto de partida foi a leitura do discurso dos idosos e posteriormente o confronto com os estudos realizados em torno do mesmo tema, mas depois deste percurso sentimos necessidade de olhar para os achados e dar-lhe o sentido da relação entre as fontes utilizadas e as perguntas de investigação.

Ao olharmos para a primeira questão que colocámos: *“Será que as pessoas idosas vivenciam situações particulares que contribuem para o seu envelhecimento bem-sucedido?”*, e confrontando com os discursos dos participantes, identificámos que os idosos expressam vivências de situações particulares que lhe dão sentido a um envelhecimento bem-sucedido, sendo de salientar os ganhos no processo de envelhecimento, as competências que mantêm na actualidade e o terem uma perspectiva do futuro. Destaca-se ainda que dentro destas vivências está o facto de os idosos serem capazes de constituir um suporte para a sua família e de se terem adaptado ao processo através da sua experiência de vida.

No que diz respeito à segunda questão: *“Será que os idosos consideram que o seu estado de saúde tem influência na possibilidade de envelhecer com sucesso?”*, todos os participantes consideram que o seu estado de saúde tem influência no seu envelhecimento. Na maioria dos relatos há uma percepção negativa de saúde, apenas dois idosos têm uma percepção positiva, estabelecendo comparação com os seus pares. No entanto, se considerarmos a saúde funcional estes idosos são ainda autónomos nas suas actividades diárias, o que se reveste de grande importância e contributo para a obtenção de sucesso.

Relativamente à terceira questão: *“Quais os acontecimentos que os idosos identificam como meio para obter um envelhecimento bem-sucedido?”*, nota-se que dos seus discursos emerge a importância que atribuem à experiência de vida, sendo esta determinante para alcançar a idade que apresentam. Muitos salientam que o facto de terem vivenciado determinadas circunstâncias, no seu passado, permitiu uma melhor aceitação e adaptação às novas situações e exigências impostas pelo processo de envelhecimento. Factores como a gestão do tempo, suporte familiar e o trabalho tiveram influência sobre a sua longevidade, pois, tal como a experiência de vida, foram modos facilitadores de adaptação a esta etapa.

Por último, considerando a quarta questão: *“Quais os suportes que os idosos identificam como importantes para obter sucesso nesta etapa?”*, identificamos que estes atribuem grande importância à família, nomeadamente aos laços afectivos estabelecidos, à relação intergeracional e às funções de suporte que estabelecem entre si, como factor determinante de sucesso. A frequência do Centro Comunitário é referenciada como algo de grande importância, uma vez que lhes permite fazer/refazer

relações de amizade, actividades de lazer e físicas, salientando-se mesmo como forma de combater a solidão, referenciada por dois dos idosos. A fraca rede de vizinhança e amigos é colmatada pelas idas ao Centro.

Tendo em conta que o principal objectivo desta investigação foi saber quais as percepções das pessoas idosas sobre o envelhecimento bem-sucedido, da análise das entrevistas emergiram seis temas: Processo de Envelhecimento; Ser Idoso na Actualidade; O Idoso e a Família; Saúde do Idoso; Religiosidade do Idoso; e Suportes do envelhecimento. Apresentaremos de seguida estes em forma de diagrama para uma melhor visualização, e posteriormente faremos uma síntese das principais ideias que surgiram a partir da análise do discurso dos participantes.

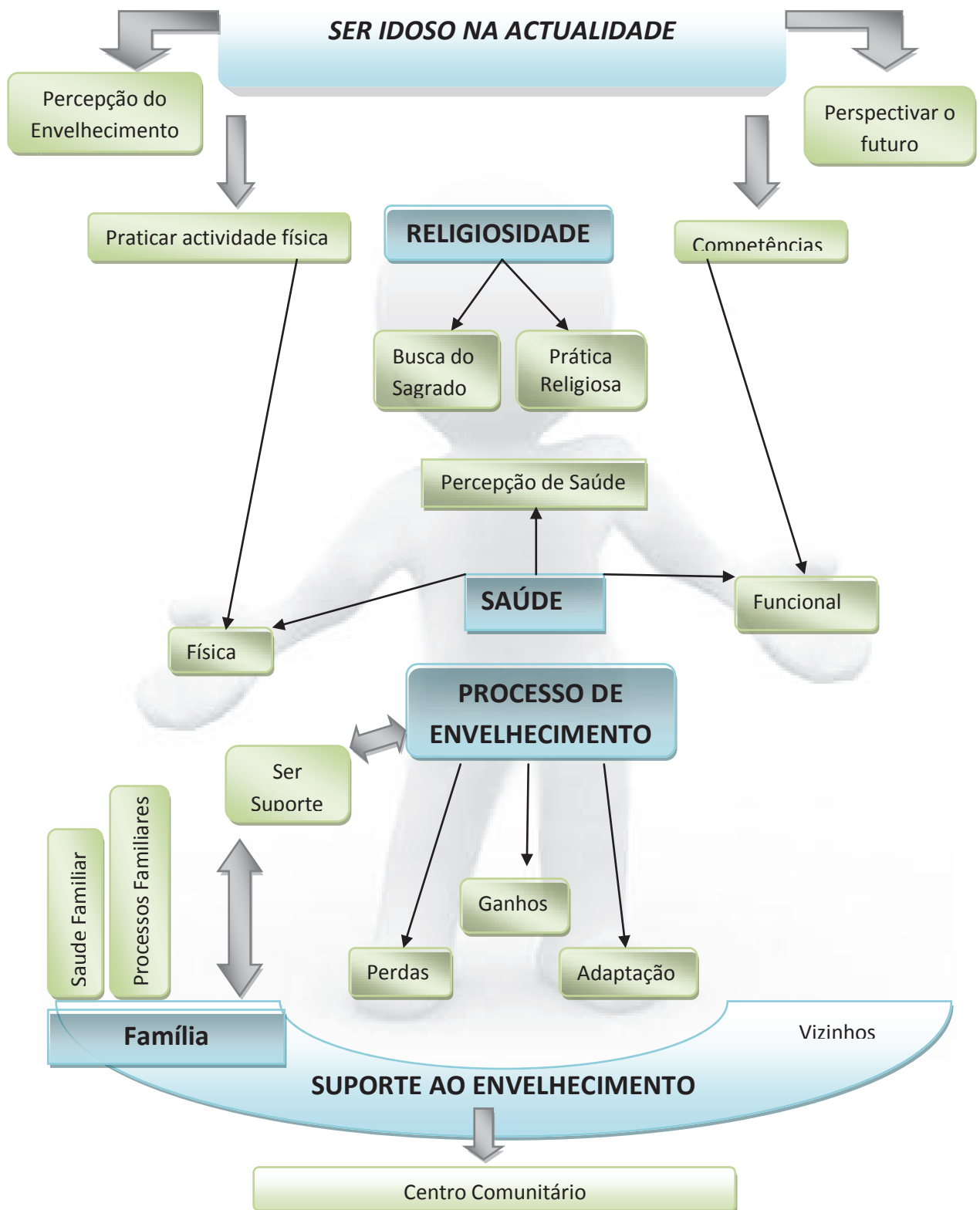


Diagrama n.º 7 – Percepção de um Envelhecimento bem-sucedido

A pesquisa revela que, para este grupo, o **processo de envelhecimento** está relacionado com **perdas**, com **ganhos** e com a **adaptação** ao mesmo. Verifica-se que há uma maior referência às perdas que ocorrem nesta fase do ciclo vital, como a perda de força física e

da rede de apoio. No entanto valorizam o facto de terem alcançado esta etapa. A sua adaptação resulta em grande parte do suporte familiar e da experiência de vida.

Cada um de nós tem um lugar na sociedade, nela desempenhamos ao longo da nossa vida um conjunto de papéis que acompanham o nosso ciclo vital. Tendo em conta o ser idoso na actualidade em conjunto com as alterações demográficas e o que estas implicam, o lugar do idoso tem vindo a ser alterado, sujeito a estereótipos e a adaptação a uma sociedade cada vez mais industrializada. Do discurso dos participantes emergiram as seguintes categorias: Competências; Prática da Actividade Física; Percepção sobre o envelhecimento; e Perspectivar do futuro.

Nas suas actividades diárias, o idoso põe em prática as suas **competências**, que aqui entendemos como básicas e alargadas, seguindo a definição de Baltes *et al.* (1999). Houve uma maior referência às actividades básicas, associadas a afazeres domésticos. No entanto, dentro das actividades alargadas, os idosos salientaram as relacionadas com o lazer, abrangendo um leque diversificado de opções.

Na literatura encontram-se descritas várias **actividades físicas** e programas destinados a idosos, em que a **caminhada** reúne um maior consenso, por ser a mais indicada. Há também um estímulo à utilização de escadas. A caminhada foi a mais referenciada pelos participantes, embora nem sempre a vejam como prática de exercício. Salienta-se também que um dos idosos considera que as actividades que desempenha nas suas tarefas, como subir e descer escadas, são actividade física. O **aconselhamento médico** é fundamental no início e manutenção da actividade física, e este é um dos aspectos referenciados pelos idosos, sendo uma das causas para não praticar exercício.

No Centro Comunitário, os idosos já tiveram acesso a um programa de exercício físico, em que um dos participantes refere que os outros não aderiram, preferindo jogar às cartas. Embora no momento das entrevistas ainda não tivessem iniciado, iam começar a participar num projecto que visa o melhoramento do equilíbrio (como forma de prevenir quedas), incluindo acompanhamento de enfermagem e nutricional, sobre o qual vários participantes manifestaram algum entusiasmo e curiosidade.

O modo como se percebem os acontecimentos determina como as pessoas idosas vão enfrentar e adaptar-se às novas exigências resultantes do processo de envelhecimento. A **percepção** deste, nestes participantes, passa: pela percepção de

sucesso; pela **aceitação**; por dar lugar às outras gerações; por **sentir-se útil**; por possuir bens materiais; e pela percepção de experiências positivas e negativas na sua vida. Estes aspectos revelam que embora ocorram perdas neste processo e haja sentimentos negativos, os idosos são capazes de alcançar sucesso, mantendo-se activos a desempenhar um papel na sociedade a que pertencem e a aceitar esta fase seu ciclo vital. No entanto, a perspectiva dos anos que lhes falta viver envolve **medos** e **expectativas**. Enquanto uns conseguiram fazer planos e traçar projectos, outros revelam a falta de objectivos para esses anos vindouros.

Apesar de todas as transformações que têm ocorrido na sociedade e conseqüentemente na **família**, esta continua a ser o lugar onde se desenvolve afectos e onde se aprende as normas e costumes que nos permitiram viver e integrar no meio. Os laços que se constroem perduram ao longo do tempo e funcionam como um sistema de trocas entre os membros de cada família.

Os participantes deste estudo referem os **afectos** e a **comunicação** como fundamentais para manter a saúde familiar. O **papel de suporte** que desempenham na família inclui o acompanhamento do crescimento e educação dos netos e o auxílio dos filhos em termos de alimentação. Três dos participantes referem também o papel de cuidador, que dois deles no momento já não desempenham. Mas das suas palavras podemos inferir a importância que desempenhou aquele papel na sua vida, com destaque para o sentido do dever. O idoso que no momento ainda desempenha aquele papel, cuida da esposa. O seu discurso reflecte o modo como ocupa a sua vida diária, notando-se que, além disso, estabelece comparações entre as limitações da esposa e as suas próprias.

Nos processos familiares os idosos referem a importância da **solidariedade intergeracional** e do suporte prestado pelos filhos em vários domínios, mas ao mesmo tempo falam do **desprendimento** que sentem por parte dos mesmos, o que lhes causa sofrimento, embora reconheçam que estes estejam a desempenhar os seus papéis. A **morte** de familiares, como os companheiros de vida, é uma das grandes perdas para estes idosos. Uma das participantes refere a morte do filho como algo marcante e percebe-se que ainda se encontra em fase de luto, com sentimentos de revolta pela vida não ter seguido a ordem natural.

A **saúde** é um aspecto fundamental na vida dos idosos, influenciando a sua capacidade funcional e determinando a sua percepção de bem-estar. Ao longo da análise das

entrevistas foram emergindo ideias associadas à **saúde física** e funcional dos idosos e à percepção que estes têm da sua saúde. Embora não enumerem patologias, referenciam várias doenças de cariz crónico que implicam um conjunto de sintomas e sinais, em que o mais frequente é a **dor**. A toma de **terapêutica** é uma prática diária que, simultaneamente, referenciam como necessária e como incómoda. Um dos participantes menciona a toma de chá e mel para alívio de sintomas.

No que diz respeito à **saúde funcional**, que tem repercussões directas nas suas actividades de vida diária, os idosos mencionam as **dificuldades na mobilidade** como a maior alteração. No entanto, todos são independentes nas suas rotinas, excepto uma idosa em que a filha realiza as actividades por ela, não por uma questão de incapacidade, mas por vontade da filha. Apesar de serem autónomos, alguns idosos reconhecem que, embora não o possuam, necessitam de auxílio. Outros, porém, sobrestimam as suas capacidades.

A sua **percepção de saúde** é negativa. De um modo geral consideram que os problemas de saúde têm grande influência nas suas vidas. Apenas dois idosos mostram empenho em melhorar a sua saúde e estabelecem comparação com os seus pares, pelo que acham que têm uma boa saúde.

A **religiosidade** e a **espiritualidade** são uma determinante na vida destes idosos. Todos eles referenciam práticas espirituais, mesmo que não frequentem a igreja. A utilização de expressões religiosas e a crença num Ser superior que guia as suas vidas é uma constante nos seus discursos. A participação na eucaristia, ou a assistência pela televisão, faz parte das suas rotinas. No entanto, aqueles que não o fazem salientam que mantêm as suas crenças através de orações e até mesmo pela presença de imagens religiosas no domicílio.

Durante o processo de envelhecimento, são vários os **suportes** a que o idoso recorre. Estes participantes salientam os **familiares** como a sua principal fonte de afectos e apoio. Embora haja referência à **rede de vizinhança** e estes a considerem de grande importância, verificou-se que esta é fraca nestes idosos. O **Centro Comunitário** surge como um local de troca de experiências e lazer onde consideram ter amigos, para alguns os únicos amigos. Dois participantes consideram que a existência de um Centro de Dia seria essencial nas suas vidas, uma vez que residem sós, e a frequência diária numa instituição com estas características seria a resposta para as suas necessidades.

4 – RECONSTRUINDO UM ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO - CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Dadas as alterações demográficas que têm vindo a ocorrer por todo o mundo, perceber como os idosos percebem e entendem o processo de envelhecimento é fundamental para que se possa compreender esta etapa da vida. Conhecer as suas dificuldades e o modo como se adaptaram às alterações resultantes da velhice permite-nos vislumbrar a possibilidade de um envelhecimento bem-sucedido. No nosso entender, a pertinência deste tema prende-se com estes e outros aspectos que abordamos ao longo deste estudo.

Os idosos participantes neste estudo têm entre os 68 e os 88 anos. Seis deles são mulheres e um é homem, o que vai de encontro aos dados demográficos em que a esperança de vida é superior para as mulheres. Quatro são viúvos, dois casados e um divorciado. Apresentam baixas habilitações literárias, uma vez que a maioria se insere nos primeiros quatro anos de escolaridade básica de Portugal. Relativamente ao agregado familiar, três vivem sozinhos e os restantes com as famílias nucleares e alargadas.

No início da nossa pesquisa estabelecemos objectivos, aos quais nos propusemos dar resposta com esta investigação, pelo que de seguida tentaremos mostrar os resultados obtidos em função dos mesmos.

Os idosos entendem o envelhecimento como um processo enquadrado no ambiente da actualidade de forma complexa, valorizando a sua própria percepção do envelhecimento, as práticas de actividade física, as suas competências e o futuro. Confirmam que este processo lhes traz perdas, mas também ganhos e que a adaptação deve fazer parte desta etapa.

Dos discursos dos idosos identificamos que elementos como as relações familiares, a frequência do Centro comunitário e a religiosidade/espiritualidade influenciam o envelhecimento bem-sucedido. A família é a sua principal fonte de afectos e apoio, enquanto o Centro Comunitário é o local de troca de experiências e lazer onde consideram ter amigos, para alguns os únicos amigos. A religiosidade e a espiritualidade são uma determinante na vida destes idosos. Todos eles referenciam

práticas espirituais, mesmo que não frequentem a igreja. A utilização de expressões religiosas e a crença num Ser superior que guia as suas vidas é uma constante nos seus discursos.

Ao analisar a percepção dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido, constatamos que esta passa pela percepção de sucesso e pela aceitação do processo; por dar lugar às outras gerações; por sentir-se útil; por possuir bens materiais, e pela percepção de experiências positivas e negativas na sua vida. Estes aspectos revelam que embora ocorram perdas neste processo e haja sentimentos negativos, os idosos são capazes de alcançar sucesso, mantendo-se activos a desempenhar um papel na sociedade a que pertencem e a aceitar esta fase do seu ciclo vital. No entanto, a perspectiva dos anos que lhes falta viver envolve medos e expectativas. Enquanto uns conseguiram fazer planos e traçar projectos, outros revelam a falta de objectivos para esses anos vindouros.

A experiência de vida foi determinante para alcançar a idade que apresentam. Muitos dos participantes salientaram que o facto de terem vivenciado determinadas circunstâncias no seu passado, permitiu uma melhor aceitação e adaptação às novas situações e às exigências impostas pelo processo de envelhecimento.

Os participantes reconhecem que factores como a gestão do tempo, o suporte familiar e o trabalho tiveram influência sobre a sua longevidade, pois foram modos facilitadores de adaptação ao processo de envelhecimento.

Relativamente às limitações deste estudo, referenciamos o facto da população ter sido escolhida intencionalmente e os presentes resultados não poderem ser generalizados à população idosa. No entanto, podem ser orientadores de investigações futuras que poderão aprofundar o tema em estudo, uma vez que não é um tema habitualmente abordado sob a perspectiva dos próprios idosos. Nesta população, seria interessante explorar os suportes ao envelhecimento, uma vez que não foi um tema muito desenvolvido e que se reveste de grande importância para o envelhecimento bem-sucedido. A realização de estudos quantitativos sobre esta temática na população da ilha, região ou país permitiria um maior número de participantes e a obtenção de resultados passíveis de estabelecer comparação entre a população portuguesa, podendo posteriormente ser aprofundados com métodos qualitativos.

Uma fragilidade deste estudo prende-se precisamente com o facto de terem sido efectuadas apenas sete entrevistas, na medida em que os dados não foram saturados.

Pensamos que este número poderá por um lado dever-se aos critérios de inclusão estabelecidos e por outro à recusa dos idosos em participar no estudo.

O sentimento de solidão manifestado por alguns idosos, sob a forma de perda de rede de apoio, e a necessidade que apontam de frequentarem um Centro de dia, leva-nos a sugerir a criação do mesmo. No entanto, tendo em conta que este é um projecto que implica, entre outros, o apoio governamental e envolve uma grande diversidade de recursos humanos e materiais, reconhece-se que seja um projecto ambicioso e pouco exequível. Sugere-se então a participação de um idoso, que represente os outros, na direcção do Centro de Convívio, para que as suas ideias e sugestões de funcionamento possam ser ouvidas e postas em prática.

Em termos formativos sugere-se uma vertente direccionada para os idosos, família, amigos e funcionários do Centro Comunitário, que consistiria na realização de várias sessões formativas, iniciando-se com um esclarecimento sobre o processo de envelhecimento, de modo a que este seja encarado pelos idosos como parte integrante do ciclo de vida e permita aos demais compreender as alterações que ocorrem no mesmo, permitindo-lhes dar mais e melhores respostas. Posteriormente, incidir em temas relacionados com a mobilidade e funcionalidade (barreiras arquitectónicas, prevenção de quedas e medidas adaptativas) e até mesmo sobre os direitos, deveres, serviços e recursos disponíveis para os idosos e cuidador informal (cartão do idoso, serviços domiciliários, direito e responsabilidade civil gerontologica – testamentos, tutelas, interdições...). Estas sessões devem ser planeadas e realizadas por profissionais com conhecimento e formação em gerontologia.

Numa vertente mais direccionada para a profissão de Enfermagem, pensamos ser importante que, para além de conhecerem o processo de envelhecimento, os Enfermeiros consigam identificar e entender o envelhecimento bem-sucedido, para que possam promover uma saúde física, mental e espiritual óptima para esta população. Partindo do princípio que os enfermeiros intervêm em todas as fases do ciclo vital, é fundamental que a promoção de um envelhecimento bem-sucedido se faça em todas as faixas etárias, mas que se inicie, de forma determinante, junto das camadas mais novas com o intuito de quebrar mitos e sensibilizar para as potencialidades e capacidades dos idosos.

No final deste estudo pretendemos dar a conhecer estes resultados na comunidade científica, e fora dela no Centro Comunitário. Reconhecemos que este foi o primeiro passo para compreender como os idosos nos Açores percebem o seu envelhecimento, havendo ainda um longo caminho a percorrer nesta área, mas esperamos que contribua para a promoção de um envelhecimento com sucesso, resultando do balanço entre perdas e ganhos com adaptação e permitindo que a sociedade o entenda deste modo.

BIBLIOGRAFIA

Abbott, A.; Adams, S.; Arms, M.; Baxter, A.; Becker, C.; Dutcher, E.; Edelbaum, J., & Millham, L. (2006). *Successful Aging in the Heartland: The Challenge of Preparing Interdisciplinary Healthcare Teams for Our Aging Population*. Recuperado a 15, Outubro, 2010 de <http://www.ncur20.ws/presentations/0/5/paper.pdf>.

Agostinho, P. (2004, Janeiro/Junho). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(001), 31-36.

Alcobia, M. (2008). *Estudo Prospectivo para o ano 2021 Região Autónoma dos Açores, NUT II*. Dissertação de mestrado em Gestão de Informação, Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Almeida, P.; Mochel, E., & Oliveira, M. (2010, Novembro). O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(2), 99-113.

Araújo, L.; Coutinho, M., & Carvalho, V. (2005). Representações Sociais da Velhice entre Idosos que Participam de Grupos de Convivência. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25 (1), 118-131. Recuperado a 3, Julho, 2011 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n1/v25n1a10.pdf>.

Araújo, L.; Coutinho, M., & Saldanha, A. (2005, Maio/Agosto). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *PSICO, Porto Alegre, PUCRS*, 36(2),197-204.

Araújo, I.; Paúl, C., & Martins, M. (2008, Outubro). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Revista Referência*, II(7), 43-53.

Arroyo Menéndez, M. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social*, XLII(184), 757-787.

Arruda, I. (2007, Julho/Dezembro). Reflexões sobre o idoso e o programa Universidade da Terceira Idade. *RBCEH, Passo Fundo*, 4(2), 94-113. Recuperado a 15, Junho, 2011, de <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/134/106>.

- Askham, J.; Ferring, D., & Lamura, G. (2008). Personal Relationships in later life. In J. Bond; S. Peace; F. Dittman-Kohl, & G. Werterhof. *Ageing in Society: European Perspectives on Gerontology* (3^a ed.). London: Sage Publications.
- Ballard, N. (2005). Estrutura, Função e Desempenho Familiares. In S. Hanson. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The Modelo of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.). *Perspectives from the behavior sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, M.; Maas, I.; Wilms, H.; Borchelt, M., & Little, T. (1999). Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. In P. Baltes, & K. Mayer (Eds.). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P., & Mayer, K. (Eds.). (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baptista, M. (2007). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas Configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (3), 496-509.
- Bardin, L. (2003). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barker, M.; O'Hanlon, A.; McGee, H.; Hickey, A., & Conroy, R. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7:9. Retirado a 15, Junho, 2011 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/9>.
- Barrett, J. (2004). *Why would anyone believe in God?*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

- Branco, M.; Nogueira, P., & Dias, C. (2001). MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. Lisboa: ONSA.
- Boff, L. (2006). *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Bomar, P., & Baker-Word, P. (2005). Promoção da Saúde Familiar. In S. Hanson. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Bonardi, G., Souza, V., & Moraes, J. (2007). *Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde*. Porto Alegre: Scientia Medica.
- Bryant, L.; Corbett, K., & Kutner, J. (2001). In their own words: A model of healthy aging. *Social Science and Medicine*, 53, 927-941.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.
- Cabral, M.; Freire, A.; Garcia, J.; Pais, J., & Vilaça, H. (2000, Março). Atitudes Sociais Portuguesas. *Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*, 2, 1-8. Recuperado a 15, Junho, 2011 de http://www.atitudessociais.org/news/Newsletter_2.pdf.
- Carmona, C., & Claudino, A. (2010, Fevereiro). Dimensões relacionais subjectivas na compreensão do Envelhecimento em idosos. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal.
- Carrilho, M., & Patrício, L. (2003, Novembro). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 115-142.
- Castillo, S. (2009). Envejecimiento Exitoso. *Rev. Med. Clin. Condes*, 20(2), 167-174.
- Cavanaugh, J., & Blanchard-Fields, F. (2006). *Adult development and aging* (5^a ed.). Belmont: Thomson Learning.
- Correia, P. (2007). Velhos são os trapos: Mito ou Realidade?. *Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos*, 1-17. Recuperado a 12, Fevereiro, 2010 de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0340.pf>.

- Costa, M. (2002). *Cuidar Idosos. Formação Práticas e Competências dos enfermeiros*. Lisboa: Formasau.
- Cupertino, A., & Novaes, C. (2004). Espiritualidade e envelhecimento saudável. In: A. Saldanha, & C. Caldas (Orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interciência.
- Cupertino, A.; Rosa, F., & Ribeiro, P. (2006). Definição de Envelhecimento Saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 20(1), 81-87.
- Dias, F. (2001). *Sistemas de Comunicação de Cultura e de Conhecimento. Um olhar Sociológico*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Direcção-Geral de Saúde (2001). *Quem? Eu? Exercício?: Exercício sem riscos para lá dos sessenta. Autocuidados na Saúde e na Doença Guias para as Pessoas Idosas*, 9. Lisboa: Grafifina. Recuperado a 4, Julho, 2011 de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005649.pdf>.
- Direcção-Geral de Saúde (2005). *Morbilidade Hospitalar*. Serviço Nacional Saúde 2002-2003. Lisboa: DGS.
- Demakakos, P.; Hacker, E., & Gjonça, E. (2006). Perception of ageing. In J. Banks; E. Breeze; C. Lessof, & J. Nazroo (Eds.). *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English longitudinal study of ageing* (339-366). London: The Institute for Fiscal Studies.
- Duarte, Y.; Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41(2), 317-25.
- Duay, D. ,& Bryan, V. (2006). Senior adults' perception of successful aging. *Educational Gerontology*, 32, 423-445.
- Duhamel, F. & Fortin, M. (2003). Os estudos de tipo descritivo. In M. Fortin. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Dull, V., & Skokan, L. (1995). A Cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues*, 51(2), 49-64.

- Ermida, J. (2000). Envelhecimento e Exercício Físico. In Pinto, A. (Coord.). *Saúde e Exercício Físico*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Faber, M. von; Wiel, A. der; Exel, E. van; Gussekloo, J.; Lagaay, A.; Dongen, E. van; Knook, D.; Geest, S. van der, & Westendorp, R. (2001). Successful Aging in the Oldest Old: Who can be characterized as successfully aged?. *Arch Intern Med.*, 161, 2694-2700.
- Fernandes, A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social, Vol. XLII(183), Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*.
- Fernandes, A. (2008). *Velhice Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri.
- Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2002). *Envejecer bien - Qué es y cómo lograrlo* (Vol. I). (Colección Vivir con Vitalidad). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Gerontología Social. Una Introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.) *Gerontología Social* (3ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M.; Rudinger, G.; Schroots, J.; Hekkinen, E.; Drusini, A.; Paúl, C.; Charzewska, J., & Rosenmayr, L. (2004). Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*, 50, 330-347.
- Ferrer, A. (2009). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.) *Gerontología Social* (3ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Flood, M. (2002). Successful aging: A Concept Analysis. *Journal of Theory Construction & Testing*, 6(2), 105-108.
- Flood, M. (2005). A Mid-Range Nursing Theory of Successful Aging. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 35-39.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fortin, M. (2003). O desenho da investigação. In M. Fortin. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Fortin, M.; Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M. Fortin. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Fortin, M.; Prud`homme-Brissom, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Noções de ética em investigação. In M. Fortin. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Franklin, N., & Tate, C. (2009, Janeiro/Fevereiro). Lifestyle and Successful Aging: an Overview. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(6), 6-11. Recuperado a 15, Outubro, 2010 de <http://ajl.sagepub.com/content/3/1/6>.

Friedman, E. (2001). Sistemas e Cerimônias: Uma visão Familiar dos Ritos de Passagem. In B. Carter; M. MacGoldrick & Colaboradores. *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar* (2.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

García, M. (2009). Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Gauthier, J. (1998) *Pesquisa Em Enfermagem-Novas Metodologias Aplicadas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Gebbie, K., & Gebbie, E. (2005). Família, Enfermagem e Política Social. In S. Hanson. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.

Giannakouris, K. (2008) *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*, Eurostat Statistics in focus 72/2008. Recuperado a 2, Dezembro, 2009 de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/collections/sif_dif

Goldstein, L., & Neri, A. (2002). Tudo bem, graças a Deus: religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In A. Neri (Org.). *Qualidade de vida e idade madura* (4.º ed.). Campinas: Papirus.

- Goldstein, L., & Sommerhalder, C. (2002). Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In E. Freitas; L. Py; A. Neri; F. Cançado; M. Gorzoni, & S. Rocha (Orgs.) *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hanson, S. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Uma Introdução. In Hanson, S. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.
- Inouye, S.; Studenski, S.; Tinetti, M., & Kuchel, G. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *J Am Geriatr Soc.*, 55(5), 780–791.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socio-Económica recente das pessoas idosas. Estudo do Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estimativas Provisórias de população residente, 2007 Portugal, NUTS II, NUTS III e municípios*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estimativas Provisórias de população residente, 2008 Portugal, NUTS II, NUTS III e municípios*. Lisboa: INE.
- INE & INSA (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Kinsella, K., & Wan H. (2009). *An Aging World: 2008* U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kniht, T., & Ricciardelli, L. (2003). Successful Aging: Perceptions Of Adults Aged Between 70 And 101 Years. *The International Journal Of Aging And Human Development*, 56(3), 223-246.
- Kutner, N.; Ory, M.; Baker, D.; Schechtman, K.; Hrohbrook, M., & Mulrow, C. (1992). Measuring the quality of life of the elderly in health promotion intervention clinical trials. *Public Health Reports*, 107(5), 530-539.

- Leite, S. (2003, Junho). Famílias em Portugal: breve caracterização sociodemográfica com base nos Censos 1991 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 33, 23-38. Lisboa: INE.
- Lessard-Hérbert, M. (1995). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Levy, B.; Slade, M.; Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longitudinal benefit of positive self perceptions of aging on functional health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270.
- Lima, F., Lopes, M., & Araújo, T. (2001 Janeiro/Junho). A Família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. *Fam. Saúde Desenv.*, 3(1), 63-69.
- Mañas, L. (2009). Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones e consecuencias. In Fernández-Ballasteros (Dir.). *Gerontología Social* (3º ed). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Márquez, C.; Martínez, L.; González, M., & Rizo, L. (2007). Justificación, Concepto e Importancia de los Síndromes Geriátricos. In Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEEG) (Coord.). *Tratado de Geriatria para residentes*. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM & C).
- Martínez, J. (2002). Cómo mejorar las relaciones humanas. In R. Fernández- Ballesteros (Dir.). *Envejecer com los demás* (Vol. IV). (Coleção Vivir com Vitalidad). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família*. Coimbra: Formasau.
- Martins, R.; Andrade, A., & Rodrigues, M. (2010). A Vida...Vista pelos Idosos. *Millenium*, 39, 121 – 130.
- Matsudo, S. (2002). Envelhecimento, Atividade Física e Saúde. *Revista do Ministério da Educação Física*, 10(1), 195-209.
- Mazo, G. (1998). *Universidade e terceira idade: percorrendo novos caminhos*. Santa Maria: GZM.
- Mazo, G.; Benedetti, T.; Vasconcelos, E.; Silva, T., & Gonçalves, L. (2003). O processo de viver envelhecendo no novo milênio. *Rev Texto Contexto Enferm*, 12(3), 361-9.

- Mazza, M., & Lefèvre, F. (2005). Cuidar em Família: Análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 15(1), 01-10.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Arte Médica.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa - A Prática de Cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Moody, H. (2010). *Aging: Concepts and Controversies* (6ª ed.). California: Pine Forge Press.
- Moraes, J., & Souza, V. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente activos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 302-308.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Nagalingam, J. (2007). Understanding Successful aging: A study of Older Indian Adults in Singapore. *Care Management Journals*, 8(1), 18-25.
- Neri, A. (2004). *Velhice e sociedade* (2ª ed.). Campinas: Papirus.
- Neri, A. (2008). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (4ª ed.). São Paulo: Papirus.
- Neto, J. (2010). *Exercício e actividade física - Prevenção, manutenção e recuperação pa(ss)os para a saúde*. Braga: Artes Gráficas.
- Neugarten, B. (1979, July). Time, age, and the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 136(7), 887-894.
- Neugarten, B.; Havighurst, J., & Tobin, S. (1996). Personality and Patterns of Aging. In B. Neugarten & D. A. Neugarten. *The meaning of age: selected papers of Bernice L. Neugarten*. Chicago: The University of Chicago.

- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde-Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, C., & Araújo, T (2007). Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), 93 – 105. Recuperado a 18, Junho, 2011 de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.htm>.
- Oliveira, J., & Lopes, R. (2008, Abril/Junho). O Processo de luto no idoso pela morte de conjugue e filho. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 217-221.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Salud y Envejecimiento: Un documento para el debate*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa. Ministério da Saúde, Direcção- geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Panzini, R.; Rocha, N.; Bandeira, D., & Fleck, M. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Pargament, K.; Van Haitsma, K., & Ensing, D. (1995). Religion and coping. In Kimble, M.; McFadden, S.; Ellor, J., & Seeber, J. (Eds.). *Aging, spirituality, and religion: A handbook*. Minneapolis: Fortress Press.
- Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, M.; Fonseca, A.; Cruz, F.; & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre o envelhecimento em Portugal. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 415-426.

- Paúl, C.; Fonseca, A.; Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. Fonseca (Coord.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C.; Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine, 11*(2), 221–232.
- Pegoraro, A. (2009). Espiritualidade na velhice: um desafio para o campo religioso brasileiro. *Revista Brasileira de História das Religiões, 1*(3), 1-10.
- Penteado, P.; Cunico, C.; Oliveira, K., & Polichuk, M. (2002, Janeiro/Junho). O uso de medicamentos por idosos. *Visão Acadêmica, 3*(1), 35-42.
- Phelan, E.; Anderson, L.; LaCroix, A., & Larson, E. (2004). Older adults' View of "Successful Aging"-How do they compare with researchers' definition?. *Journal of American Geriatrics Society, 52*(2), 211-216.
- Phelan, E., & Larson, E. (2002, July). Successful Aging. *Journal of American Geriatric Society, 50* (7), 1306-1308.
- Población, P. (2002). La edad creativa. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.). *Envejecer bien - Qué es y cómo lograrlo* (Vol. I). (Coleção Vivir com Vitalidad). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Polit, D.; Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem-métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva – Publicações Lda.
- Queirós, A.; Meireles, M., & Cunha, S. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência.
- Rabelo, D.; Lima, C.; Freitas, P., & Santos, J. (2010, Novembro). Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Revista Kairós Gerontologia, 13*(2), 115-130.
- Ramos, M. (2002, Janeiro/Junho). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias, 4*(7), 156-175. Retirado a 4, Julho, 2011 de <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf> .

- Reichstadt, J.; Depp, C.; Palinkas, L.; Folson, D., & Jeste, D. (2007). Building Blocks of Successful Aging: A Focus Group study of Older Adult's Perceived Contributors to successful aging. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3), 194-201.
- Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica* (2ª ed). Porto: Edições Afrontamento.
- Richard, B., & Lilly, M. (2005). Enfermagem Gerontológica da Família. In S. Hanson. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.
- Riper, M. (2005). Factores Determinantes na Função Familiar e na Saúde dos Membros da Família. In S. Hanson. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.
- Rocha, A. (2007). *O autoconceito dos idosos*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa- Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Rodríguez, J. (2009). Vejez y sociedad: dimensiones psicosociales. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.) *Gerontología Social* (3ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Royo, M. (2009). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.). *Gerontologia social* (3ª ed). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Salthouse, T. (1996). The Processing-Speed Theory of Adult Age Differences in Cognition. *Psychological Review*, 103(3), 403-428.
- Santos, S.; Santos, I.; Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 10(6), 757-764.
- Schlossberg, N. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2-18.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.

Serviço Regional de Estatística dos Açores (2008). *População: demografia*. Recuperado a 2, Dezembro, 2009 de

http://estatistica.azores.gov.pt/conteudos/Relatorios/lista_relatorios.aspx?idc=29&idsc=1140&lang_id=1

Silva, A., & Alves, V. (2007, Janeiro/Junho). Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade. *Revista Diálogos Possíveis*, 6(1), 189-209. Recuperado a 13, Julho, 2011 de <http://faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/14.pdf>.

Silva, C.; Carvalho, L.; Santos, A., & Menezes, M. (2007, Janeiro/Março). Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Texto Contexto Enferm*, 16(1), 97-104.

Silva, E.; Silva Filho, C.; Fajardo, R.; Fernandes, A., & Marchiori, A. (2005). Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice Relevantes no tratamento odontológico. *Revista Ciência em Extensão*. 2(1), 62-72. Recuperado a 2, Julho, 2011 de http://www.unesp.br/proex/revista/artigos_pdf/revista_ce_v2n1_revisao24.pdf.

Silva, I.; Pais-Ribeiro, J.; Cardoso, H.; Ramos, H.; Carvalhosa, S.; Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 21-32.

Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Silva, P.; Luís, S., & Biscaia, A. (2004). Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 323-336.

Silverstein, M., & Parker, M. (2002). Leisure Activities and Quality of Life among the Older Oldest in Sweden. Recuperado a 15, Outubro, 2010 de <http://www.sagepublications.com>.

Sousa, L.; Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

- Souza, R.; Skubs, T., & Brêtas, A. (2007, Maio-Junho). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 263-267.
- Sneed, J., & Whitbourne, S. (2005). Models of the aging Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375-388.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tan, J.; Ward, L., & Ziaian, T. (2010). Experiences of Chinese Immigrants and Anglo-Australians Ageing in Australia: A Cross-cultural Perspective on Successful Ageing. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 697-706. Recuperado a 15, Outubro, 2010 de <http://hpq.sagepub.com/content/15/5/697>.
- Tate, R.; Lah, L., & Cuddy, T. (2003). Definition of Successful Aging by Elderly Canadian Males: The Manitoba Follow-up study. *The Gerontologist* 43(5), 735-744.
- Teixeira, J., & Lefèvre, F. (2008). Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1247-1256.
- Teixeira, I. & Neri, A. (2008, Janeiro/Março). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia. Universidade de São Paulo*, 19 (1), 81-94.
- Thorson, J. (2000). *Aging in a changing Society* (2.ª ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Treviño-Siller, S.; Pelcastre-Villafuerte, B., & Márquez-Serrano, M. (2006, Janeiro/Fevereiro). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud pública de México*, 48(1), 30-38. Recuperado a 30, Junho, 2011 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2006/sal061e.pdf>.
- Vilela, A.; Carvalho, P., & Araújo, R. (2006). Envelhecimento Bem-sucedido: Representação de Idosos. *Ver.Saude.Com* 2(2), 101-114. Recuperado a 15, Outubro, 2010 de <http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n2a?.pdf>.

Wagner, M.; Schütz, Y., & Lang, F. (1999). Social Relationships in Old Age. In P. Baltes, & K. Mayer (Eds.). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press.

Walsh, F. (2001). A Família no Estágio tardio da Vida. In B. Carter, & M. McGoldrick *As Mudanças no Ciclo De Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

World Health Organization (1998). Growing Older. Staying well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life. Geneva: WHO. Recuperado em 4, Maio, 2011 de http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_AHE_98.1.pdf.

World Health Organization (2002). Active ageing: a policy framework. Geneva. Recuperado em 12, Junho, 2011 de <http://www.euro.who.int>.

World Health Organization (2003a). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, Suíça. Recuperado a 19, Janeiro, 2010 de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.

World Health Organization (2003b). Ageing and Health: A health promotion approach for developing countries. Manila.

World Health Organization (2004). Active ageing: Towards age-friendly primary health care. França.

World Health Organization (2005a). *Healthy Ageing. Practical Pointers on Keeping Well*. Manila, Filipinas.

World Health Organization (2005b). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. França. Recuperado a 2, Fevereiro, 2010 de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report.pdf.

World Health Organization (2008). *Demystifying the myths of ageing*. Sunderland, Reino Unido.

World Health Organization (2011). Definição de saúde. Recuperado a 12, Junho, 2011 de <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>.

Wright, L. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: ariadne.

Zenón, T.; López Guzmán, J.; Silva J., & Deses, C. (2006). Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados. *Medicina Interna de México*, 22(5), 369-374.

Anexos

Anexo I – Tabela com os artigos da
revisão sistemática

Autor, ano e país de publicação	Objectivos	Metodologia	Participantes	Resultados
1) Faber, Wiel, Exel, Gussekloo, Lagaay, Dongen, Knook, Geest & Westendorp, 2001, Holanda	Saber quais os idosos que podem ser considerados o envelhecimento como bem-sucedido com sucesso.	Instrumentos qualitativos para determinar um ótimo estado funcional, físico, social, psicocognitivo e bem-estar e entrevistas de profundidade para saber as perspectivas dos idosos.	599 Idosos com mais de 85 anos (dos quais 27 foram entrevistados)	Apesar de 45% dos participantes terem obtido ótimos resultados para o bem-estar apenas 13% obtiveram um ótimo resultado para a funcionalidade. Do total, 10% (58) satisfaziam os critérios para serem classificados com um envelhecimento bem-sucedido. Nas entrevistas, os participantes viam o envelhecimento bem-sucedido como resultado de um processo adaptativo, valorizando o bem-estar e as funções sociais em detrimento das funções físicas, psíquicas e cognitivas. Embora os participantes não se tenham classificado como “envelhecidos com sucesso” de acordo com as definições existentes na literatura, segundo a sua própria definição consideravam ter envelhecido com sucesso.
2) Tate, Lah e Cuddy, 2003, Canadá	Saber qual a definição dos idosos de envelhecimento bem-sucedido e saber se estes acham que envelheceram bem ou não.	Entrevistas com análise de conteúdo.	Coorte de 3983 combatentes da 2ª Guerra Mundial, na Real Academia da Força Área Canadiana, com a idade de 78 anos em 1996.	Foram identificados 20 temas, o mais referenciado pelos participantes foi “doença e saúde”. O segundo tema mais mencionado foi “ser feliz/estilo de vida satisfatório”. Os outros temas mencionados foram: “manter actividade física, mental e social”, “atitudes positivas”, “família e amigos próximos”, “espiritualidade”, “independência”, “dieta”, “ter interesses e passatempos”, “ser útil”, “being content” e “ter sentido de humor”. Muitos dos temas reflectem a atitude dos indivíduos perante a vida e o processo de envelhecimento.
3) Phelan, Anderson, LaCroix & Larson, 2004, EUA (Estados Unidos da América)	Determinar se os idosos pensaram sobre o envelhecimento e o envelhecimento bem-sucedido e se a sua opinião se alterou nos últimos 20 anos, comparando, posteriormente os resultados com a literatura publicada.	Questionário, cujo dados foram submetidos análise estatística.	Participantes de duas coortes: 1.985 Japoneses-Americanos com 65 anos ou mais anos, e 2.581 homens e mulheres de raça branca com 65 ou mais anos	90% dos participantes haviam pensado previamente sobre o envelhecimento e o envelhecimento bem-sucedido, dos quais 60% tinha alterado a sua opinião nos últimos 20 anos. Ambos os grupos identificaram 13 atributos (incluídos em quatro dimensões: saúde física, social, psicológica e funcional) como importantes para o envelhecimento bem-sucedido, no entanto o grupo de raça branca acrescentou um atributo, o “aprender coisas novas”. A definição dos idosos de envelhecimento bem-sucedido é multidimensional, englobando saúde física (sem doença), social (compromisso com a vida), psicológica e funcional (independência funcional). Comparativamente com a literatura publicada, nenhum estudo anterior contemplava estas quatro dimensões.
4) Knight e Ricciardelli, 2003, Austrália	Saber qual a percepção dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido, relacionando estas com as definições	Entrevistas com análise de conteúdo.	18 Homens e 42 Mulheres com idades entre os 70 e os 101 anos.	A análise das entrevistas revelou que os idosos ao serem questionados sobre uma definição do envelhecimento bem-sucedido mencionaram apenas 1 ou 2 critérios estabelecidos; no entanto, quando encorajados avaliaram quase todos os critérios que emergem da literatura como muito importante. Os participantes referiram ajustar-se à situação em que se encontravam, compensando as perdas com a selecção de actividades que melhor se adaptavam às suas potencialidades. A percepção dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido é similar aos aspectos identificados na literatura. Contudo, nem todos os aspectos foram avaliados com o mesmo grau de importância por todos os participantes nos

	existentes na literatura.				temas "saúde", "crescimento pessoal", "actividade", "ser feliz", "independência", "relações pessoais", "apreciar/valorizar a vida" e poucos referenciaram "longevidade".
5) Moraes e Souza, 2005, Brasil	Identificar factores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente activos da Região Metropolitana de Porto Alegre.	Estudo transversal, com a análise de conglomerados, utilizando os resultados da escala de Flanagan e do instrumento de avaliação da Qualidade de vida da OMS	400 Idosos com uma média de idades de 67,24 anos.		A manutenção da independência para as AVD's (Actividades de vida diária), autonomia e satisfação com o relacionamento familiar e amizades foram factores preditivos independentes do envelhecimento bem-sucedido tanto para homens como para mulheres. Conforto material, sentir-se fisicamente bem, imagem corporal e aparência, auto-estima, sentimentos positivos, relações interpessoais, suporte social, participação em actividades recreativas, sexualidade, espiritualidade e crenças foram preditivos apenas para as mulheres.
6) Duay & Bryan, 2006, EUA	Determinar a percepção dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido e o papel do processo de aprendizagem na adaptação às mudanças resultantes da idade.	Entrevistas analisadas por 3 investigadores diferentes, em que o último codificou cada transcrição com a utilização do software ATLAS-ti.	18 Idosos com idades entre os 60 e 86 anos.		Obtiveram 3 grandes resultados: 1) a importância de estabelecer relações e manter um envolvimento activo (fazer voluntariado, cuidar dos netos) com outras pessoas (família e amigos); 2) a capacidade de adaptar-se às diferentes mudanças (os idosos lidam de forma activa com as mudanças que ocorrem, quer com as que não podem controlar, aceitando-as de forma positiva, através da espiritualidade e atitude positiva usando estratégias de coping); 3) manter boa saúde física, mental e capacidade financeira.
7) Vilela, Carvalho e Araújo, 2006, Brasil	Conhecer qual a representação dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido e averiguar os princípios que orientam este envelhecimento.	Entrevista não directiva, semi-estruturada e em grupo.	32 Pessoas que frequentam o Grupo de Convivência da 3ª Idade, em que 25 tinham entre os 64 e os 81 anos e 7 entre os 48 e os 57 anos.		Os participantes consideraram necessário satisfazer as suas necessidades sócio-económicas (moradia, alimentação, lazer, participação da vida comunitária, trabalho, independência,...), necessidades afectivas (amor, compreensão, carinho,...) e desenvolver sentimentos positivos, ter espiritualidade, mudar hábitos, adaptar-se, criando estratégias para enfrentar os novos desafios e por fim desenvolver actividades de auto-cuidado (exercício físico, repouso, consultas médicas,...).
8) Abbott, Adams, Arms, Baxter, Becker, Dutcher, Edelbaum e Millham, 2006, EUA	Estudar qual é a visão de envelhecimento bem-sucedido numa população de idosos em meio rural	Questionários, analisados com estatística descritiva e frequências.	345 Participantes entre os 60 e os 98 anos		Os factores mais referenciados pelos participantes como fazendo parte de um envelhecimento bem-sucedido foram: "Active engagement" (espiritualidade, viver perto dos que lhe dizem mais, fazer voluntariado...); sentido de bem-estar e adaptabilidade.
9) Reichstadt, Depp, Palinkas,	Solicitar a opinião dos idosos sobre os factores	12 Grupos de focagem. Sendo	72 Idosos residentes na comunidade com idades		Foram identificados 33 factores, mas emergiram 4 grandes temas: atitude/adaptação; segurança/estabilidade; saúde/bem-estar e <i>engagement</i> /estimulação. Cada grupo de foco enfatizou a necessidade para uma atitude positiva, uma

Folson e Jeste, 2007, EUA	relacionados com o envelhecimento bem-sucedido.	efectuada análise das entrevistas através da <i>grounded theory</i> .	entre os 60 e 99 anos	<p>perspectiva realista e a habilidade de adaptar-se à mudança. A segurança e a estabilidade, relacionadas com o ambiente em que vivem, o suporte social e os recursos financeiros. A saúde física e o bem-estar foram relacionados frequente com a opinião da sua necessidade para o envelhecimento bem sucedido. Finalmente, um <i>engagement</i>, reflectido no contínuo interesse de aprender, tendo um propósito na vida e sendo útil para os outros e a sociedade, foi considerado um aspecto fundamental do envelhecimento bem-sucedido. Todos os quatro temas pareceram estar inter-relacionados, sendo que o <i>engagement</i> requer uma base de segurança e estabilidade, enquanto as atitudes positivas e de adaptação de estratégias compensam, frequentemente, as alterações verificadas na saúde física.</p>
10) Nagalingam, 2007, Índia	Saber os factores que determinam a percepção dos idosos indianos sobre envelhecimento bem-sucedido.	Entrevistas em profundidade, com um guião estruturado, e uma pergunta final aberta. Utilização do modelo de envelhecimento bem-sucedido de Kahana, Kahana e Kercher's (1999) para testar a importância dos factores.	32 Idosos indianos, com dois grupos de idade: dos 60 aos 74 anos (' <i>young old</i> ') e dos 75 aos 84 anos (' <i>old old</i> ')	<p>Os resultados foram apresentados por género e nível de escolaridade. Os homens sem educação ou com baixos níveis de educação salientaram a importância da religião, a estabilidade financeira e a saúde e ainda a satisfação com a vida, como factores determinantes num envelhecimento bem-sucedido. As mulheres referiram a importância de ver os filhos felizes e destes fornecerem suporte social aos pais, ligação à vida, saúde e religião.</p> <p>Os homens com níveis de educação elevados referiram a importância da independência financeira, da saúde, da religião, de uma rede de suporte social, do compromisso com a vida, satisfação e sentido na vida, das relações interpessoais e da transferência intergeracional. Relativamente às mulheres, estas consideraram os mesmos aspectos que os homens, excepto os recursos financeiros.</p>
11) Flood e Boyd, 2008, EUA	Saber como os idosos de uma amostra do sul do país (EUA) descreve o envelhecimento bem-sucedido relativamente à sua <i>performance</i> funcional, a sua criatividade e a sua satisfação e objectivos de vida.	Estudo experimental com pré-teste e pós-teste.	57 Adultos com idades entre os 57 e 94 anos que frequentavam centros comunitários da Carolina do Sul (EUA)	<p>Os participantes apresentaram níveis elevados de <i>performance</i> funcional, o nível de criatividade foi o típico para esta faixa etária e no que diz respeito à satisfação e objectivos de vida obtiveram resultados baixos comparativamente aos achados na literatura existente.</p>
12) Tan, Lynn e Ziaian, 2010, Austrália	Estudar as experiências de vida e a visão dos idosos Australianos do envelhecimento bem-sucedido.	Entrevistas semi-estruturadas, analisadas através da interpretação da Fenomenologia	10 Chineses-Australianos e 11 Anglo-Australianos com idades entre os 55 e os 78 anos	<p>Ambos os grupos associaram a saúde e a responsabilidade pessoal com o envelhecimento bem-sucedido. Os Anglo-Australianos consideraram que envelhecer bem e aceitar este processo está associado a um envelhecimento bem-sucedido, enquanto que os Chineses-Australianos valorizaram os aspectos financeiros um estilo de vida activo.</p>

Anexo II – Pedido de Autorização e
Declaração do Centro Comunitário

Exmo. Sr. Presidente do Centro de Convívio de
Idosos de Santa Luzia, Sr. Manuel Martins
Rua Padre Máximo,
9700 Angra do Heroísmo

Catarina Moura Freitas, Enfermeira do HSEAH-EPE, no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo-Universidade dos Açores, encontra-se a realizar um trabalho de Investigação sobre o tema “Envelhecimento Bem-sucedido”, orientado pela Professora Coordenadora Maria Manuela Martins, Doutorada pela Universidade do Porto em Ciências de Enfermagem, com o objectivo de compreender como os idosos percebem o envelhecimento bem-sucedido.

Uma vez que o Centro de Convívio é frequentado por um grupo de idosos, solicito a Vossa Excelência o fornecimento dos dados relativos ao número total de Idosos que frequentam o Centro, o número de mulheres e homens e a sua respectiva faixa etária. Solicito também a selecção dos idosos tendo em conta os seguintes critérios:

- Idade igual ou superior a 65 anos;
- Gosto em comunicar;
- Orientação no espaço e tempo;
- Aceitem participar no estudo;
- Autorizem a gravação sonora da entrevista.

Tendo em conta que os dados pedidos podem levantar questões éticas, salvaguardamos a confidencialidade de todas as informações facultadas, utilizando sempre o consentimento informado e esclarecido das pessoas envolvidas, comprometendo-nos, ainda, a fornecer os resultados do estudo ao Centro de Convívio de Santa Luzia de Angra do Heroísmo.

Antecipadamente grata pela sua colaboração,

Angra do Heroísmo, 21 de Outubro de 2010

Pela Professora Coordenadora Maria Manuela Martins, Doutorada pela Universidade do Porto
em Ciências de Enfermagem

(Catarina Moura Freitas)



CENTRO COMUNITÁRIO DE SANTA LUZIA
INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

Exma. Senhora

Catarina Moura Freitas
Enfermeira do HSEAH-EPE

9700 - Angra do Heroísmo

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		7 / 2010	02 - 11 - 2010

ASSUNTO: Envelhecimento Bem-sucedido

Conforme solicitado por ofício a este Centro, a colaboração para o trabalho de Investigação “Envelhecimento Bem-sucedido”, no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, orientado pela Professora Coordenadora Maria Manuela Martins, com objectivo de compreender como os idosos percebem o envelhecimento.

Este Centro é frequentado por um grupo de idosos de 40 utentes numa faixa etária de idades dos 65 a 91 anos sendo 8 homens e 32 mulheres, gostam de comunicar porque é onde se revêem assim podem fazer em grupo alguns trabalhos e diversões que o Centro lhes proporciona, gostam de novos desafios que lhes possam orientar e melhorar a sua vida no dia a dia, todas as informações e esclarecimentos que possam adquirir, é útil e assim faz que eles tenham a possibilidade de questionar e serem esclarecidos, com ter contactos com novas tecnologias que alguns nunca tiveram a oportunidade de o fazer com, ser entrevistados, etc.

Com os melhores cumprimentos

Angra do Heroísmo, 2 de Novembro de 2010

Atentamente

O Presidente Direcção


Manuel Dinis Mendes Martins

Anexo III – Guião da Entrevista

“Envelhecimento bem-sucedido: que percepções?”

Guião da entrevista

1º Momento: Apresentação e Legitimação da Entrevista

Eu, Catarina Moura Freitas, enfermeira do Hospital do Espírito Santo de Angra do Heroísmo, estou a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social, na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo-Universidade dos Açores, e vou elaborar uma tese sobre “Qual é a percepção dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido?”. Esta investigação será orientada pela Professora Coordenadora Maria Manuela Martins, Doutorada pela Universidade do Porto em Ciências de Enfermagem.

Com esta investigação pretendo:

- ✓ Compreender como os idosos entendem o envelhecimento;
- ✓ Identificar os elementos que influenciam o envelhecimento bem-sucedido;
- ✓ Analisar a percepção dos idosos sobre o envelhecimento bem-sucedido;
- ✓ Indagar sobre as condições vivenciadas pelos participantes para alcançar a idade que apresentam;
- ✓ Reconhecer os factores aos quais atribuem a sua longevidade.

Para concretizar estes objectivos necessitarei de efectuar entrevistas semi-estruturadas, para a qual o convido a participar. As entrevistas terão a duração média de 30 a 45 minutos. Caso aceite participar, as suas respostas irão contribuir para uma melhor compreensão das estratégias utilizadas pelos idosos para terem um envelhecimento bem-sucedido. (entregar o consentimento informado)

No entanto, toda a informação fornecida será confidencial e anónima e não será utilizada para outros fins que não o já referido, além de não ter qualquer interferência com os serviços que lhe são habitualmente prestados ou que lhe possam a vir a ser prestados na instituição que frequenta.

2º Momento: Caracterização do entrevistado

Código _____

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Idade: _____ anos completos.

Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)/Unido(a) de facto
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)

Habilitações Literárias:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever
- 1º Ciclo (4ª classe)
- 2º Ciclo (Ciclo Preparatório)
- 3º Ciclo (9º ano de escolaridade)
- Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano, ensino técnico profissional)
- Ensino Superior (ensino politécnico e o ensino universitário)
- Outro (especifique) _____

Fala-me da sua família:

(Genograma familiar)

3º Momento: Entendimento do envelhecimento

- 1 - Para si o que significa envelhecer?
- 2 - Quando era mais novo, como é que achava que era ser velho?
- 3 - De que forma a sua opinião se alterou?
- 4 - O que é que aprecia mais no facto de ter mais idade?
- 5 - O que é que aprecia menos no facto de ter mais idade?
- 6 - De que modo lida com as mudanças na sua vida resultantes do passar dos anos?

4º Momento: Entendimento do envelhecimento bem-sucedido

- 1 - Ter a sua idade é motivo de felicidade? Porquê?
- 2 - De que modo ocupa os seus dias?
- 3 - Participa de algum modo na sua família/comunidade/sociedade? (tomar conta dos netos, actividade na politica, na paróquia...)
- 4 - Em que medida estas actividades contribuem para o seu sucesso e bem-estar?
- 5 - Como tem estado a sua saúde com este passar dos anos? De que modo esta afecta os seus dias?
- 6 - Pratica alguma actividade física regularmente? Acha que contribui para o seu bem-estar? Porquê?
- 7 - Em casa, faz as suas actividades diárias com autonomia? Como se sente em relação a este aspecto?
- 8 - Tem contacto regular com os seus familiares? Como se sente em relação a este aspecto?
- 9 - Acha importante ter amigos/vizinhos próximo de si? Porquê?
- 10 - Gosta de frequentar o Centro de convívio? Porquê?
- 11 - Quais os seus objectivos de vida, actualmente?
- 12 - Sente-se uma pessoa bem-sucedida?

5º Momento: Finalização da entrevista

- 1 - Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Agradecimentos

Resta-me então agradecer a sua participação e disponibilidade e relembrar-lhe a importância do seu contributo para uma melhor compreensão das estratégias utilizadas pelos idosos para terem um envelhecimento bem-sucedido. Deixo-lhe o meu contacto, estando disponível para qualquer esclarecimento.

Anexo IV – Formulário e declaração
de consentimento informado

FORMULÁRIO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo(a) Sr. (a):

Catarina Moura Freitas, Enfermeira do HSEAH-EPE, no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo-Universidade dos Açores, encontra-se a realizar um trabalho de Investigação sobre o tema “Envelhecimento Bem-sucedido”, orientado pela Professora Coordenadora Maria Manuela Martins, Doutorada pela Universidade do Porto em Ciências de Enfermagem, com o objectivo de compreender como os idosos percebem o envelhecimento bem-sucedido. (Saber o que é que os idosos acham que é o envelhecimento bem-sucedido)

A recolha de dados será efectuada através de entrevistas por mim elaboradas, tendo por base a revisão bibliográfica efectuada. A participação no estudo ocupará aproximadamente 30 a 45 minutos do seu tempo e se concordar será efectuado registo áudio da entrevista algumas anotações, se necessário.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo a qualquer momento recusar participar, sem que essa atitude o prejudique de qualquer forma. A sua identidade não será revelada no decorrer do estudo, no relatório nem na publicação dos resultados.

Caso deseje saber outras informações relativas a este estudo poderá obtê-las junto a mim e se desejar poderá ser informado(a) dos resultados do referido estudo.

Desde já grata pela vossa colaboração.

A investigadora:

(Catarina Moura Freitas)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

“Envelhecimento bem-sucedido: que percepções?”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto que me seja a entrevista proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 20 ____

Assinatura do participante: _____

(no caso de não saber escrever, afirmar com o indicador)

O Investigador responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____