



Alexandra Maria Ferreira Batista Neves

Projeto de Mestrado

“Antes de morrer, eu quero...”

O envelhecimento como um processo ativo, onde os sujeitos escolhem e participam nas políticas que afetam o seu bem-estar

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

Relatório realizado sob a orientação da Professora Doutora Maria João Sousa Pinto dos Santos

Leiria, 2013



O júri

Presidente

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

agradecimentos

Manifesto a minha gratidão àqueles que, das mais diversas formas, foram colaborando para a execução deste trabalho:

- À minha orientadora Professora Doutora Maria João Santos, pela orientação, pelos livros aconselhados e emprestados, e pela motivação;

- Ao meu marido e filhos, pela compreensão das minhas ausências no cumprimento dos deveres e no apoio incondicional;

- À minha mãe, porque me apoia e entusiasma a estudar;

- Aos meus sogros sempre disponíveis para colaborarem com os meus filhos;

- A alguns colegas de trabalho e amigos que tiveram a paciência de me ouvir falar tantas vezes em envelhecimento e se tornaram disponíveis para me enviarem artigos relacionados com a temática;

- À minha colega Marisa que me acompanhou tantas horas na biblioteca e tantos serões em casa;

- Ao Centro Social e Paroquial de Pousos, por se mostrarem sempre disponíveis na minha investigação;

- Aos idosos que fizeram parte da minha amostra.

A todos, o meu bem-haja.

resumo

Nas sociedades atuais, a institucionalização dos adultos idosos é a opção mais recorrente, quando os filhos deste grupo etário não têm condições de cuidar a tempo inteiro dos seus pais. Esta institucionalização nem sempre é feita por forma a envolver a vontade e o desejo do idoso, revestindo-se esta mudança de uma perda de identidade e de pertença que lança o idoso num processo doloroso.

O presente estudo propõe identificar e compreender os desejos que um grupo de 11 idosos, utilizadores do Centro Social e Paroquial dos Pousos, pretendem realizar antes de morrerem.

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado a partir das narrativas dos idosos entrevistados.

Os resultados (desejos) são muito semelhantes dentro do grupo analisado, refletindo uma homogeneidade cuja explicação pode estar relacionada com o facto de todos partilharem os mesmos contextos e trajetórias de vida semelhantes. Os desejos mais expressos encontram-se relacionados com a família e algumas visitas a determinados locais, apontando estes para atividades de lazer e atividades com a família.

Com este estudo identificam-se e quantificam-se atividades com base nas motivações de cada sujeito, tanto através de um Plano de Atividades como através de um Plano Ocupacional.

palavras-chave

Desenvolvimento, envelhecimento ativo, escolhas e participação

abstract

In modern societies, institutionalization of the elderly is the most recurring option when the children of this age group are unable to take care of their parents full time. This institutionalization is not always made in order to engage the will and desire of the elderly, resulting in the loss of identity and self-belonging that launches the elderly in a painful process.

This study aims to understand the desires that a group of 11 seniors, who attend the Centro Social e Paroquial dos Pousos (a Parish Social Institution), intend to accomplish before they die.

This is a qualitative study from the narratives of the elderly respondents.

The results (desires) are very similar within the group analyzed, reflecting homogeneity whose explanation may be related to the fact that all share the same contexts and similar life paths. The desires expressed are related to family and a few visits to certain places, thus resulting in leisure and family activities.

In this study, a series of activities are identified and quantified based on the motivations of each individual, both through a Plan of Activities as through an Occupational Plan.

keywords

Development, active aging, choices and participation

Índice

Prefácio	1
INTRODUÇÃO	2
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1. O idoso institucionalizado vive em comunidade?	8
1.2. A Importância de Participar	12
1.3. Ter uma mente saudável	16
1.4. A Depressão na Terceira Idade.....	22
1.4.1. Sintomas	22
1.4.2. Fatores de risco	25
1.4.3. Superação	26
1.5. A Morte.....	28
1.5.1. O Luto	32
1.5.2. A Morte e a perda ao longo da vida	33
1.5.3. As perdas mais difíceis.....	34
1.6. Enquadramento do Projeto: “Antes de morrer, eu quero...”	37
1.7. O projeto baseado nas escolhas dos idosos	43
1.8. A animação gerontológica	46
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	49
2.1. Metodologia para o apuramento do diagnóstico de necessidades	50
2.2. A problemática do estudo	51
2.3. A Questão de Partida	52
2.4. Contextualização do estudo.....	53
2.5. A investigação ação.....	55
2.6. Os instrumentos: Questionário e Entrevista	57
2.7. A Caracterização da Amostra.....	60
2.8. Procedimentos	63
2.9. Descrição e Interpretação de dados	65
CONCLUSÃO.....	67
Bibliografia	71
Webgrafia.....	73
ANEXOS.....	75

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Causas e características do declínio e da depressão	24
Tabela 2 - A evolução da população idosa nos Pousos	53
Tabela 3 - Prós e contras da entrevista e do questionário.....	58

Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição da amostra por faixa etária	60
Quadro 2 - Distribuição da amostra por habilitações literárias	61
Quadro 3 - Distribuição da amostra por constituição do agregado familiar.....	61
Quadro 4 - Distribuição da amostra por profissão	62

Índice de Imagens

Imagem 1 - Mural original "Before I die I want to" em New Orleans, EUA	37
Imagem 2 - Mural "Antes de morir quiero" no México	38
Imagem 3 - Mural "Antes de morrer, eu quero" em Lisboa.....	38

Prefácio

Com base nos valores mundiais e sociais é que as sociedades funcionam. Todo o ser humano, seja quem for, constitui por si só um valor. Ao idoso é necessário colocar à sua disposição toda a informação, promovendo os seus mais altos princípios, a sua dignidade, dentro do meio onde se encontram.

Mais do que os artigos legais e jurídicos que abaixo são apresentados, as sociedades regem-se por um conjunto de consensos éticos, suportados nos valores do humanismo, igualdade e respeito por todos, destacando-se neste trabalho, os idosos.

Diz o artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa¹ relativamente à terceira idade (Adotados pela resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1991), o seguinte:

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.
2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

¹ Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

INTRODUÇÃO

Introdução

O desenvolvimento desta Tese teve por base um sentimento de respeito e dignidade pela fase “última da vida”, e da passividade que a maioria da sociedade olha para esta fase da adultez avançada. Assim, não é um trabalho exclusivamente acadêmico, mas também pessoal e afetivo, uma vez que se propõe um conjunto de ações que podem constituir um caminho para a vivência plena desta fase do desenvolvimento e, que também gostaria que se concretizasse na minha velhice.

O desejo de seguir este caminho investigativo resultou das observações frequentes ao longo do tempo, que enquanto voluntária presenciei em diversas entidades. Estas observações permitiram-me perceber que apesar dos idosos se encontrarem no mesmo espaço físico das instituições, existe escassez de momentos e espaços, que facilitem a interação do grupo onde cada um tenha oportunidade de se expressar, no modo como pensam e como agem.

A escassez de preocupação pelo desenvolvimento da pessoa do idoso, e a velocidade a que o tempo corre para chegar ao fim, fez-me agir na proposta deste Projeto. Pretende-se criar ocupações personalizadas dentro do Plano de Atividades de um Instituição. Ninguém, de facto, pode voltar atrás. A ninguém agrada a velhice. Esta é uma fase da vida desvalorizada, com baixa cotação no mercado social, existindo um comportamento de desrespeito e de ausência de reconhecimento pelos saberes do idoso.

A escolha desta temática é uma sequência dos trabalhos desenvolvidos e dos conteúdos das unidades curriculares que foram apresentadas no âmbito do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo.

Usando neste trabalho uma visão holística do desenvolvimento, pretende-se que cada um tenha consciência do seu papel enquanto elemento fundamental da sua vida, sendo coautor do processo organizativo do plano de atividades, que responda aos seus sentimentos numa lógica de dinâmica de construção da sua felicidade, promovendo o seu desenvolvimento.

Não é possível escapar à ação de declínio da velhice, mas é possível viver com inteligência, evitando a degradação antes do tempo, ou seja, tornar a vida o mais longa possível, com a máxima riqueza de espírito e dignidade, numa procura de bem-estar.

É importante que o idoso conheça as suas possibilidades, os seus deveres, os seus direitos, para que se possa desviar ou evidenciar.

Nesta fase do desenvolvimento humano, a maioria das pessoas tem dificuldade em aceitar-se, sentindo-se tão diferente do que era há uns anos atrás. Uns eram “ (...) francos e generosos, tornaram-se egoístas e cavilosos; eram leais e tornaram-se desconfiados; eram carinhosos e tornaram-se indiferentes aos próprios afetos familiares; (...) eram corajosos e tornam-se medrosos, dominados por escrúpulos de consciência, por superstições, por medos religiosos; (...) eram ativos e tornaram-se indolentes e preguiçosos; eram limpos e asseados e tornaram-se progressivamente desleixados ou até sujos, chegando alguns homens e mulheres a revelarem manifesta tendência para a imundice (...)” (Viana, 1974, p. 180)

Na teoria psicossocial de Erikson² (1938), esta fase do desenvolvimento humano corresponde ao 8.º estágio- Integridade e Desesperança. Segundo este autor, a energia que orienta o desenvolvimento é psicossocial e grande influenciador da personalidade. Assim, se o envelhecimento ocorrer com um sentimento de produtividade e valorização das experiências vividas, sem arrependimento e lamentações, haverá integridade. Se houver um sentimento de tempo perdido e a impossibilidade física ou emocional de recomeçar, isto trará sentimentos de tristeza e desesperança.

A velhice é, muitas vezes, caracterizada pela teimosia e pelo desejo de querer que o mundo se imobilize no ponto em que ele viveu na sua mocidade. Os idosos renegam muitas vezes o futuro e vivem com um saudosismo obstinado e fanático. Ocupá-lo com atividades úteis, adequadas à sua idade e de prazer pessoal, é a função dos cuidadores e profissionais. Com esta sensibilização, consegue-se fazer esquecer os desgostos e decadências e restringir as ideias capazes de os entristecerem. Enquanto, que se está inativo, aumentam os sentimentos de tristeza e preocupação com o seu fim.

Este trabalho tem como objetivo central demonstrar que esta fase do desenvolvimento é um tempo como todos os outros de produtividade e de aprendizagem. Então esta pesquisa surge como um trabalho que se vai centrar na ocupação dos momentos de inatividade do idoso, com a particularidade de ser imprescindível conhecer sobre as suas habilidades, por forma a perseguir oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial e do seu bem-estar. Pretende-se assim valorizar a pessoa em si, indo ao encontro dos seus desejos.

² Teoria Psicossocial do Desenvolvimento do Erik Erikson, disponível em: <http://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/teoria-psicossocial-do-desenvolvimento-em-erik-erikson>

Vivendo nesta inquietação, proponho um plano de atividades comum a todos, seguindo o projeto proposto pela Segurança Social”³. Pretendo que qualquer atividade propicie um envelhecimento mais saudável. Proponho ainda, um Plano Ocupacional personalizado a cada um dos sujeitos entrevistados, concretizando aquilo que cada um ainda quer realizar antes de morrer. Cada pessoa é única, irrepitível, com características e traços de personalidade diferentes de todos os outros. Cada um tem um percurso existencial, com condicionantes individuais, que faz do seu envelhecimento um processo singular.

O Projeto Ocupacional propõe uma abordagem humanizada e positiva, uma vez que vai ao encontro dos desejos de cada um. Será um complemento indispensável à melhoria da qualidade e satisfação pela vida.

Assim, este trabalho será composto por III partes. Na primeira parte, composto por 6 capítulos, será abordado o enquadramento teórico do idoso na comunidade, o seu índice de participação e o conceito de capital social intrínseco na comunidade desta investigação. Entre eles aborda-se o conceito de envelhecimento e, se o facto do idoso se institucionalizar está ou não relacionado com as perdas ou ganhos nas relações sociais. Abordarei ainda a problemática da dialética entre, se saúde é ausência de doenças, e se ter uma mente saudável minimiza uma depressão na terceira idade. A velhice é uma fase onde é mais frequente o aparecimento de problemas associados ao isolamento, como a depressão ou outros tipos de doenças mentais associadas. Por último, um capítulo sobre a morte e luto, que foi colocado como intercalação e apropriação ao meu Projeto Ocupacional, sobre o que é que as pessoas querem ter ou fazer antes de morrer. O projeto em questão é constituído por múltiplas atividades, indo ao encontro de respostas adequadas ao idoso como um ser biopsicosociocultural.

Uma vez apresentado o enquadramento teórico, segue-se a segunda parte, onde será apresentada a metodologia, a problemática, a questão de partida, a contextualização do estudo através de uma breve abordagem da freguesia, a caracterização da amostra, os procedimentos e a análise qualitativa dos resultados. Foi escolhida a metodologia investigação/ação, onde foi aplicado um inquérito por questionário, para se obter alguns indicadores demográficos, e a pergunta aberta: “Antes de morrer, eu quero...”. Estas técnicas são primeiramente apresentadas tendo em conta algumas perspetivas de autores, e posteriormente é explicado, a

³ Modelos da Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais 2007, disponível em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_lar_residencial_modelo_avaliacao

forma como foram utilizadas durante o processo. Após a recolha da informação analisou-se o conteúdo e procedeu-se à última parte deste trabalho.

Finalmente, será proposto o Plano de Atividades e o Plano Ocupacional baseado nas escolhas dos idosos.

Na conclusão, apresentar-se-á a síntese do estudo desenvolvido e uma exibição de possibilidades que poderão ser adotadas por outras Instituições que cuidem de idosos.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O idoso institucionalizado vive em comunidade?

A palavra Comunidade tem a sua origem no termo latim *Communitas*, que significa que um conjunto de pessoas se une, vinculadas por um interesse comum. O sentido de comunidade relaciona-se com o pertencer a um grupo da comunidade, onde os sujeitos tenham comportamentos similares, mas em que cada membro age de forma independente.

A participação comunitária não é só no sentido colaborativo de cada membro, envolve também o contributo individual nas decisões de mudança social. Mudanças essas que podem ser renovações no seu bairro, definir situações de segurança, participar em causas ambientais, etc,

Mas, o sentimento de comunidade nem sempre é sinónimo de participação. As pessoas podem viver, trabalhar, votar na sua comunidade sem se identificarem com ela. Pode-se até constituir sentimentos de isolamento, solidão e empobrecimento das sociedades. (Ornelas, 2008).

Desde que foi introduzida a ideia do Sentimento Psicológico de Comunidade (Sarason, 1974), incluindo a perspetiva sociológica, psicológica, das ciências políticas e do ambiente, vários autores como MC Millan e Chavis (1986), Davison e Cotter (1986), e Glynn (1981), citado por Ornelas 2008, definiram que, o sentimento psicológico de comunidade, é uma sensação de pertença entre os membros, de interajuda e o sentirem o compromisso por estarem juntos. Acrescentam que os problemas de cada membro são atenuados. Por outro prisma, os membros sentem-se úteis e importantes e influenciam as decisões da sua comunidade. Este conceito apresenta outras dimensões, que são as ligações emocionais partilhadas. Millan e Chavis (1996), defendem que resulta “(...) do compromisso e da convicção de que os membros partilham e irão partilhar uma história, lugares comuns, tempo juntos e experiências similares” (Mc Millan, 1996, p. 9). Todos estes fatores, podem ser proveitosas para investigar mecanismos e estruturas que contribuem para a coesão dos grupos e comunidade.

O conceito de comunidade não se restringe apenas ao seu espaço geográfico, como um bairro, cidade ou região, tem também o conceito de comunidade como um grupo relacional, que se define pelos interesses, tarefas, propósitos comuns dos seus membros (clubes recreativos, religiosos, de ajuda mutua, de solidariedade, associação de jovens, empresas). Mais recentemente emergem em grande potencialidade, os grupos de discussão online, onde os membros não têm qualquer contato presencial. Os membros sentem-se em contexto de comunidade, e que o “eu” faz a diferença na prossecução dos objetivos comuns.

Putnam (1995, cit in Ornelas, 2008) alerta para o enfraquecimento das relações definidas em termos geográficos das sociedades ocidentais, emergindo as comunidades relacionais gerando um sentimento psicológico de comunidade.

Devido às diferenças de identidade, interesse, idade e cultura, cada comunidade relacional fará emergir sub-comunidades onde as diferenças podem ser geradoras de conflitos. Ignorar ou isolar o conflito enfraquecerá o sentimento psicológico de comunidade. Gerir o conflito e alcançar uma resolução construtiva e democrática, irá fortalecer o sentimento de pertença.

Diversos investigadores apuraram nos seus estudos que os indivíduos, que têm um sentimento psicológico de comunidade, apresentam níveis de bem-estar mais elevados. Os que têm um sentimento psicológico de vizinhança apresentam níveis mais elevados de proteção e confiança e uma maior predisposição para ajudar os outros moradores.

Outro conceito associado ao sentimento de comunidade é o conceito de Capital Social (Putnam, 2000). Este autor alega que todas as comunidades têm um capital social, isto é, um bem comum. Este capital é definido não como capital físico mas como capital humano. São as ligações entre indivíduos, as redes sociais, as normas de reciprocidade e de segurança existentes nos indivíduos. As comunidades mais coesas e com maior participação cívica apresentam níveis mais elevados de satisfação do que as comunidades com baixos níveis de participação. Os sistemas de cooperação estimulam a cooperação. Quanto maior for a capacidade das pessoas em confiarem com aqueles que convivem fora do contexto familiar, maior será o volume de capital social. A participação nas redes sociais para se obter capital social, não são um dado natural. Têm de ser construídas estratégias de investimento orientadas para as relações de grupo.

Segundo os autores (Perkins, Florin, Rich, Wandersman, & Chavis, 1990), o capital social tem quatro dimensões: sentimento de comunidade, vizinhança, participação dos cidadãos e eficácia coletiva ou *empowerment*⁴. Todas estas dimensões são importantes a fim de avaliar a eficácia da interação dos cidadãos com as organizações, instituições e no sentido de promover o capital social. Após avaliação de todos o processo, estaremos aptos para fornecer informação sobre resolução de problemas na comunidade e ancorar processos de mudança.

Num processo de inserção e adaptação num grupo, não basta olharmos só para nós próprios, mas também para todos aqueles que escolhermos para estarem connosco, locais que

⁴ Participação, consciência social, colaboração

escolhemos para estarmos e contextos ambientais e sociais. Neste sentido evidencia-se os índices de cooperação e confiança de uma sociedade ou seja o seu “capital humano”.

O Capital Social diz respeito às ligações entre as pessoas, às redes sociais e normas de reciprocidade/ confiança que resultam dessas ligações. (Putnam, 2000)

De uma forma mais simples, o Capital Social está intrinsecamente ligado à forma como são usados e distribuídos os recursos sociais disponíveis numa sociedade. Relativamente a um governo ou a uma instituição, este Capital Social, procura prevenir ou garantir a ausência de conflitos.

Ornelas (2008) destaca a interação dos Grupos de Ajuda Mútua, como uma forma de sucesso para a realização pessoal das pessoas. Afirma que este tipo de grupos relacionais surge como suportes facilitadores da resolução de problemas. Tal como o sentimento de comunidade, os grupos de ajuda mútua poderão ser uma boa base para atingir um bom grau de satisfação de um conjunto de pessoas, nomeadamente de um grupo de idosos. Nas últimas décadas, estes grupos têm proliferado na maioria das sociedades⁵.

Num estudo realizado por Kessler, Mielson e Zhao, (cit. in Ornelas, 2008), numa amostra representativa dos Estados Unidos da América, cerca de 18,1% dos participantes referiram ter recorrido a um grupo de ajuda mutua num determinado momento da sua vida e, 6,9% tinham frequentado no último ano.

Nestes grupos, existe um problema em comum, em que os participantes dão suporte uns aos outros tanto ao nível emocional como instrumental. São dirigidos pelos próprios membros e partilham informação, educação, defesa social entre outros.

O processo de comunicação e reciprocidade, entre os membros, estabelece um equilíbrio relacional no processo de ajuda, anulando sentimentos de dependência e fragilidade. Por outro lado, os membros que se prestam a dar a ajuda, demostram mais ajustamento social (Roberts et al. 1999, cit. in Ornelas, 2008). Embora não seja uma relação hierárquica entre quem dá ajuda e quem a recebe, é sim, uma relação “inter pares”, em que todos enfrentam o mesmo problema de uma forma voluntária e recíproca. Outra das características destes grupos é o

⁵ Como exemplo, o grupo do AA (Alcoólicos Anónimos) que iniciou em 1942 com poucos grupos nos Estados Unidos da América e hoje tem 2 milhões de membros nos mais diversos locais do mundo. Em Portugal existem 87 grupos. A metodologia dos 12 passos dos AA foi adotada por os mais diversos Grupos de Ajuda Mútua. Os que decorrem de doença mental e física, situações de *stress*, viuvez, orientação sexual, parentalidade, etc.

*Know-How*⁶ e o *empowerment* que ganham com as estratégias e as soluções que foram desenvolvendo nos encontros.

Para as pessoas, cujo estado social é desvalorizado em vários contextos da sua vivência devido a um problema já sinalizado, a participação neste tipo de grupo, pode ser facilitador de uma nova identidade mais positiva e valorizada (Kaufman, Freund e Wilson 1989; Rappaport, 1993, cit. In Ornelas, 2008).

Os 6 pressupostos que estão na base dos grupos de Ajuda Mútua (Riessman, 1990), são:

1. Promovem o sentimento de pertença a uma comunidade;
2. Proporcionam um quadro de referência orientador aos seus membros;
3. Proporcionam oportunidades de partilha de problemas ou dificuldades pessoais e de suporte mútuo;
4. Proporcionam papéis modelos;
5. Ensinam estratégias eficazes para lidar e resolver os problemas do dia-a-dia;
6. Proporcionam uma rede de relações sociais.

Contribuindo para o bem-estar dos idosos, estes devem continuar a assumir alguns papéis na sua comunidade, embora possam necessitar de alguma ajuda para desempenhar algumas atividades. Em situação de maior dependência, o grande desafio é respeitar a sua individualidade.

A existência de um sentimento psicológico de comunidade, numa orientação positiva, fortalece a comunidade, compreende as suas associações e é valorizada a influência de cada membro.

Tendo como base as interações sociais identificadas neste capítulo, na próxima temática irá ser abordada a importância da participação de cada um, de modo a continuar a respeitar a identidade de cada pessoa.

⁶ Conhecimentos práticos, informações, técnicas de procedimento

1.2. A Importância de Participar

“(...) *As pessoas de idade adulta avançada (...) sabem onde querem investir o seu tempo e a que actividades se querem dedicar (...).*” (Lima, 2004).

A presente temática visa apurar e refletir sobre os impactos na vida de uma pessoa idosa quando esta pertence a um grupo. Uma vez que os idosos possuem mais tempo livre, pretende apurar-se se algum desse tempo é ocupado com a necessidade de integrarem um grupo na comunidade ou fora dela.

Partindo do pressuposto que o envelhecimento é um processo biopsicosociocultural, a participação social poderá ser uma estratégia para um envelhecimento bem-sucedido. A Organização Mundial de Saúde define que um dos objetivos para a promoção de um envelhecimento ativo é: “*Promover actividades que contribuam para lutar contra a discriminação em razão da idade, para superar os estereótipos relacionados com a idade e para eliminar obstáculos*”.(IGFSE 2012)⁷.

Assim que nascem, as pessoas incorporam na sua natureza a qualidade de ser social e ao longo da vida lideram e pertencem a diversos grupos. Grupo da família, escola, amigos, trabalho, igreja, desporto, etc. É inserido no grupo que o homem vive as mais diversas experiências que vão influenciando os traços da sua personalidade e a definição da sua identidade⁸. Pertencer a um grupo permite desenvolver o autoconceito, aumentar a sensibilidade em relação aos outros, promover a autoimagem e estabelecer relações interpessoais que promovem a diminuição da ansiedade e do conflito entre os pares e outros.

As relações estabelecidas nos grupos melhoram; o “nível *afetivo*” (ser aceite; estimado pelos outros e reforçar da auto estima); “o nível *emocional*” (sentimentos de apoio e aumento a segurança); “o nível *informativo*”, pela aquisição de informação e conselhos. Tem também uma função “*instrumental*”, através da disponibilização de bens e serviços para a resolução de eventuais problemas. Por fim, potencia o “*convívio social*”, diminuindo o isolamento e aumentando assim a sua participação social (Araújo, 2011cit (Ribeiro & Paúl, 2011)

A relação com os outros do mesmo grupo de pares favorece a procura de uma identidade. Nesta fase do desenvolvimento humano, tal como se verifica em outras fases (infância, adolescência e adultez), não é uma necessidade só da terceira idade, mas que vem sendo

⁷ IGFSE (Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu)

⁸ Conjunto de características e traços de personalidade de cada pessoa. Consciência de si próprio que se vai adquirindo ao longo do tempo.

afirmada pelo percurso de vida. Seria vantajoso que cada idoso a intensificasse mais nesta fase, melhorando as suas relações, o seu bem-estar, a integração na sociedade e a sua qualidade de vida. O facto de se viver mais anos pode proporcionar mais oportunidades de conquistas, nesta área da relação com os outros, muito particularmente com os seus pares⁹.

Numa perspetiva oposta, o tempo livre do idoso e a falta de obrigações horárias ou o aparecimento de doenças, podem também levar ao isolamento, à ausência de objetivos, à solidão e, por fim, à não adesão ou procura para a contínua integração. Assim aquilo que aparece como uma coisa boa, pode tornar-se para um adulto algo que o torne mais vulnerável.

Segundo a perspetiva biológica e psicológica do envelhecimento, a velhice está relacionada com estereótipos ou imagens erradas, como o desinteresse, a inadaptabilidade, a improdutividade, entre outras. Contudo o envelhecimento é um processo vital que constituído também por uma dimensão positiva que permite o desenvolvimento de novas atividades, entre elas, as educativas, desportivas, religiosas, de lazer (Osório & Pinto, 2007).

O processo da reforma permite que as pessoas comecem *a priori* a ter mais tempo livre. A transição do ser ativo para o ser reformado, se não for devidamente preparada, pode afetar o estado psíquico e emocional das pessoas. Para que essa transição seja menos penosa, especialistas da gerontologia, defendem que as pessoas devem realizar atividades que favoreçam um envelhecimento saudável. Um dos padrões mais comuns e de baixo custo será o manter o tempo ocupado que dedicam à família, ao voluntariado e ao lazer. Os que insistem nos seus interesses fazem-no com paixão e prolongam-no durante toda a sua reforma ou até se sentirem fisicamente ativos. Os idosos ocupados e socialmente ativos tendem a sentirem-se mais satisfeitos com a vida e a sentirem-se úteis nas sociedades onde vivem (J. R. Kelly, 1994 cit. in Papalia et al 2010).

De facto, o contato social parece ajudar a prolongar a vida e essas pessoas tendem a adiar o declínio físico e cognitivo. Este fator é mais acessível para a maioria das mulheres, pois face às diversas tarefas domésticas e familiares que vão decorrendo ao longo da sua vida, favorecem a interação social e a manutenção das atividades. Esta será uma das razões que explica, que o bem-estar das mulheres após a reforma não é tão afetado como o dos homens.

As escolhas e participação nas atividades de lazer, físicas, cognitivas, culturais e outras, exigem perícia, organização, responsabilidade e empenho. Os idosos, uma vez que já atingiram a sua maturidade exercida pela idade e pela experiência profissional, tendem a ser

⁹ Conjunto de pessoas que vivem experiências iguais ou semelhantes.

mais capacitados e presentes na execução e participação em atividades (Papalia, Olds, & Feldman, 2010).

Ao consciencializarem-se de que, após a reforma a vida se torna mais curta, os idosos tendem a escolher as pessoas e as atividades que atendam às suas necessidades emocionais mais imediatas. Enquanto um jovem dispensa mais do seu tempo para experimentar ou conhecer algo que à partida o aborreça ou esteja menos motivado, o idoso seleciona esse tempo e participa naquilo que realmente lhe dá prazer.

Estas atividades onde os idosos participam, assumem um carácter muito diversificado e constituem um fator potenciador do desenvolvimento do adulto nesta fase. Algumas dessas atividades podem apresentar alguns impactos positivos, tais como:

“- *Desempenho de papéis ativos no cuidar dos netos e no associativismo;*

- *A incorporação positiva na prática de consumos culturais (cinema, teatro, concertos);*

- *Atividades lúdicas e formativas através do associativismo no âmbito político, público e privado, com grande acolhimento em novos espaços de formação das Universidades;*

- *A integração na cultura do ócio, vinculada preferencialmente à proposta de viagens do IM Senso” (Mayores y Servicios Sociales Ministério Sociales, 2002 p. 145 a 158).¹⁰*

Com o objetivo de contribuir para uma maior autonomia pessoal e de pertença social, a participação em grupos desenvolve novos papéis e funções sociais. Esta participação social, cultural e educativa proporciona elementos para a reconstrução da identidade social do sujeito. Assim, para que o referido tal aconteça, a participação não deve ser esporádica e sem importância. Deve pois ser um processo contínuo e responsável. Deste modo “ (...) *as atividades partilhadas de lazer oferecem contextos sociais estruturados que permitem satisfazer certas necessidades vitais, uma vez que proporcionam a possibilidade de receber e contribuir para os outros, de expressar, construir e desfrutar de relações sociais, de encetar amizades e interações imprevistas e de partilhar emoções e experiências com familiares ou amigos*”. (Kelly, 1989, 1993, cit in Papalia 2010)

Espera-se que o idoso “continue a trabalhar com menos intensidade”, que desenvolva autonomia e escolha como ocupar o seu tempo. Se para uns significa uma intensificação do que já era hábito, para outros significa a realização de um sonho adiado pelo tempo, porque as ocupações do trabalho e da família não permitiam (Vaz, 2008).

¹⁰ Consultado em: http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm em 02/12/2012

A ideia de participar numa atividade parece hoje ser mais bem acolhida pelas sociedades modernas e nos países desenvolvidos. A literatura sobre esta temática evidencia que as pessoas que ocupam o seu tempo livre em atividades de lazer aumentam ou reforçam o seu bem-estar físico e mental, os seus níveis de satisfação com a vida ou mesmo a sua saúde. A melhor situação para a prática de atividades de ócio, quando partilhadas através da interação social, melhora a sua qualidade de vida. A participação social, política, religiosa e cultural evita exclusão social e contraria o estereótipo da velhice como um estado de isolamento. Permite também despertar a consciência do potencial de cada um. Porém, é necessário sensibilizar e educar a sociedade para que a participação dos idosos, em atividade, sejam elogiadas e valorizadas, adquirindo um sentido de aceitação, de utilidade social, económica e pública.

A convivência, a participação não se modifica com o envelhecimento. A prática de ter “hobbies” é essencial para ter uma mente saudável geradoras de prazer e com fortes probabilidades de diminuir frustrações e ansiedades.

1.3. Ter uma mente saudável

“Não há saúde sem saúde mental”. (Quartilho, 2010, p. 5)

Quando se fala de saúde mental é porque se é capaz de apreciar a qualidade das boas relações com os amigos, de saber lidar bem com o quotidiano, de se sentir bem espiritualmente e de proporcionar bem-estar aos outros. Ou seja, é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade. A saúde mental ultrapassa a presença ou ausência de sinais ou sintomas clínicos. É a capacidade para lidar com os problemas, é a autonomia individual a fim de atingir a satisfação com a vida.

O corpo e a mente são inseparáveis. A relação entre as duas integra a natureza do ser humano. Alguns comportamentos humanos são visíveis a olho nu através das emoções, mas os sentimentos que daí advém, não são facilmente perceptíveis e visíveis. Os sentimentos são a “(...) propriedade mais privada do organismo em cujo cérebro ocorrem.” (Damásio A. , 2004, p. 44). As emoções precedem os sentimentos. As emoções vêm em primeiro lugar e só depois os sentimentos. O autor classifica em três categorias: emoções de fundo, emoções primárias e emoções sociais. As emoções de fundo são as manifestadas pelo movimento do corpo bem como pelas expressões faciais. É o conseguir detetar entusiasmo, alegria, mau estar e ansiedade sem as palavras proferidas. É o temperamento e o estado geral de saúde que interagem com as emoções. As emoções primárias são as mais perceptíveis e muitas vezes enunciadas, como o medo, a surpresa, o nojo, a zanga, etc. As emoções sociais são reações regulatórias e de diversas combinações, como a simpatia, compaixão, vergonha, inveja, admiração (Damásio A. , 2004).

Todas estas categorias poderão ser inatas ao ser humano desde a sua nascença como expostas e apropriadas no meu ambiente do qual vive ou viveu. Todos estes fenómenos das emoções e sentimentos estão intimamente ligadas com a parte física do corpo humano. Muitas das emoções influenciam o apetite, o descanso, a atividade sexual, a sistema respiratório ou mesmo o sistema imunológico no geral.

Numa perspetiva mais depreciativa, se por acaso um indivíduo passar por uma experiência de morte de um ente querido, poderão verificar-se alterações do sistema imunitário que sugerem uma disfunção biológica.

A saúde física e mental nunca está separada, assim como corpo e mente. Estando nós na presença de um indivíduo onde se detete essa desarmonia, poderá ser um sinal de alerta para o seu devido encaminhamento médico psicológico.

Em estados mais avançados de idade, é comum existirem perturbações cerebrais ao nível da memória e linguagem¹¹. Porém existem outras doenças ou perturbações mentais que correspondem ao mau estar do indivíduo ou estão relacionados com acontecimentos negativos. Normalmente traduzem-se pelos conflitos entre as expectativas e os obstáculos encontrados à sua concretização ou, associados a sentimentos de mágoa, ofensa, auto-desvalorização, ciúme etc. A diversidade destas situações clínicas podem dar azo a vários tipos de doença mental, onde existem diferentes métodos e orientações por forma a obter explicações e compreensões parciais.

O conceito de Perturbação Mental pode ter 3 possíveis origens (Quartilho, 2010):

Doença: anomalia biológica de carácter estrutural ou funcional ou ainda por componente genética (o doente tem);

Dimensão da Personalidade: características da personalidade ou fatores de risco (o doente é);

História de Vida: são dirigidos a objetivos, intenções, motivação ou desmotivação (o doente faz).

Como já foi referido atrás, e reforçando a ideia, a saúde mental positiva é muito mais do que a ausência de doenças. Após o aparecimento do conceito da “Psicologia Positiva” (Martim Seligman, cit. in Quartilho, 2010), começou-se a desafiar a própria psicologia, valorizando a dimensão espiritual, o bem-estar, as “coisas” boas da vida, influenciando também outros ramos do conhecimento como a economia comportamental ou a neuroeconomia. Não há dúvida que as pessoas vivem melhor quando dão prioridade às suas escolhas em contextos físicos e sociais.

O bem-estar individual e coletivo é determinante para a saúde mental positiva.

Estilos de vida mais saudáveis, melhor educação, emprego, melhores rendimentos, melhores relações interpessoais, não resultam só de ausência de doenças, mas sim de uma saúde mental positiva. Este conceito influencia políticas, orientações de governos e domínios da economia.

“(…) Podemos aceitar que o bem-estar ou a felicidade representam um contexto algo amorfo” (Quartilho, 2010, p. 61). Isto é, aquilo que somos, as influências culturais que recebemos e a forma como nos sentimos. O autor aconselha a que cada um faça um auto registo e avalie o seu conceito de bem-estar e o seu nível de satisfação com a vida.

¹¹ Exemplos: esquizofrenia e perturbações bipolares

Apesar das várias circunstâncias da vida, este registo pode tornar-se volátil ou transitório. Não é possível compreender o conceito se não ouvirmos as pessoas e não as questionarmos.

Existem hoje conhecimentos referidos pelos investigadores, que o sentimento e consciência de procura de bem-estar, tem efeitos sobre o aumento da longevidade e influencia positivamente a saúde física e mental das pessoas. Também é do conhecimento geral que as pessoas mais altruístas, ativas e sociais, evidenciam melhores aptidões na resolução de conflitos. Ter uma atitude positiva melhora o desempenho da memória, diminui os níveis de *stress*, cujas consequências podem prejudicar o nível do desempenho cerebral

Ainda relativamente ao bem-estar dos indivíduos, devemos prestar muito mais atenção à personalidade dos indivíduos de que às suas condições de vida. O rendimento económico, profissão, estado civil e outras características, explicam apenas uma pequena parte desse bem-estar. “ (...)As pessoas mais atraentes não são necessariamente mais felizes do que as desprovidas de beleza.” (Quartilho, 2010, p. 63). Assim, elogiando as características da personalidade das pessoas e o permitir escolhas relacionadas com o seu bem-estar, teremos com certeza pessoas mais felizes. Não é só a influência biológica ou a ausência e presença de doenças a interagir com o ser humano, mas sim o tipo de atividades voluntárias de acordo com o potencial de cada um.

Assim, parece importante referir, as 12 atividades possíveis para aumentar os índices da felicidade no âmbito da psicologia positiva (Lyubomirsky, 2008, cit. in Quartilho 2010, p. 69):

- “- Expressar sentimentos de gratidão;
- Cultivar o otimismo;
- Evitar rumações cognitivas e comparações sociais negativas;
- Praticar a simpatia e a generosidade;
- Investir nas relações sociais;
- Desenvolver estratégias de resolução de problemas;
- Aprender a perdoar;
- Aumentar as experiências de fluxo ou imersão em tarefas estimulantes;
- «Saborear» as experiências positivas;
- Investir nos objetivos pessoais;

- Praticar a religião e a espiritualidade;
- Cuidar do corpo.”

Considerando que ao percebermos o funcionamento do individuo/ idoso, estimulando as suas virtudes, mais facilmente irá conseguir lidar com as adversidades que vão ocorrendo.

Outra perspetiva da psicologia positiva para obter bem- estar é extremamente influenciada pelo local onde vivemos.

“O conceito de bem-estar é subjetivo devido ao facto de sermos todos diferentes, de pensarmos de uma forma diferente e vivermos de uma forma diferente, ainda que numa mesma sociedade. Crescemos, aprendemos, tomamo-nos adultos, e ao longo da vida vamos envelhecendo de uma forma diferente. Assim a definição de bem-estar nunca é completamente igual para todos.”¹² (IPL, 60+, 2011).

Paúl, Sequeiros e Leite¹³ (2002) dizem que: "O bem-estar psicológico tem sido objecto de estudo científico desde há um século. No passado a maior parte dos estudos definia “bem-estar” como significado de “não estar doente”, como uma ausência de ansiedade, depressão ou outras formas de problemas mentais. Outras conceções enfatizam as características positivas do crescimento e do desenvolvimento. (Bradburn, 1969, cit Quartilho, 2010). “O bem-estar psicológico é composto por seis componentes distintas, que são: (1) ter uma atitude positiva perante si próprio e a sua vida passada (auto-aceitação); (2) ter metas e objectivos que confirmam significado à vida (objectivos de vida); (3) estar apto a lidar com as exigências complexas da vida diária (domínio ambiental); (4) ter um sentido de desenvolvimento contínuo e auto-realização (crescimento pessoal); (5) possuir vínculos de afecto e confiança com os outros (relações positivas com os outros); e (6) estar apto a seguir as suas próprias convicções (autonomia)". (Ryff, 1995, cit Quartilho 2010)

Pode pensar-se que se está bem mas não nos sentirmos bem. Apenas a frequência de sensações positivas é que proporciona a satisfação com a vida.

Ryff e Keyes (1995) cit. in Quartilho, 2010,¹⁴ propõem várias disposições de bem estar, ligadas à valoração. Segundo estes autores são englobados nos seguintes fatores:

¹² <http://sessentamais.blogspot.pt/2011/06/conceito-de-bem-estar-psicologico.html>

¹³ Artigo “O Bem-Estar Psicológico em indivíduos de risco para doenças neurológicas hereditárias de aparecimento tardio e controlos”. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Instituto de Biologia Molecular e Celular, da Universidade do Porto, disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n2/v3n2a01.pdf>

¹⁴ Disponível em: <http://ww.ncbi.nlm.gov>

- “- A sensação de se ter controlo sobre o ambiente;
- A sensação de se viver uma vida cheia de sentido;
- A busca de crescimento pessoal;
- As relações sociais positivas
- A autonomia.”

A depressão é um fator de risco na terceira Idade Com a velhice, ocorrem alterações emocionais influenciadas pelas perdas e separações de familiares e amigos, pelo desaparecimento do seu status profissional e social, pelo aparecimento de doenças, declínio físico e com tendência para uma postura de maior isolamento.

Relativamente aos idosos que se encontram nas instituições, a separação do seu meio familiar, e no contato com novas pessoas (estranhos) que passam a ser os seus cuidadores, sofrem com as sensações de abandono, de inutilidade, aproximando-se com facilidade de quadros clínicos depressivos. Esta sensação de inutilidade, a perda de indicadores temporais faz com que os adultos nesta fase do seu desenvolvimento entrem num processo rápido de degradação das suas capacidades cognitivas. Para prevenir esta situação, os adultos nesta fase devem desenvolver um Programa de Desenvolvimento Cognitivo¹⁵, que trata da forma como as pessoas aprendem, memorizam, pensam, imaginam e como se recordam da informação prestada. Esta estimulação irá promover uma menor degradação do envelhecimento num processo muito mais lento. O programa aplica-se em atividades lúdicas numa média de 16 sessões. A execução de novos ou antigos “hobbies” servem de estímulo emocional, aumentando a satisfação e a aquisição de novos conhecimentos (saberes e desenvolvimento do capital social).

As atividades que se devem propor aos idosos devem ser variadas, com novidade e com dificuldades crescentes, aumentando a sua estimulação cognitiva. De preferência num contexto de possibilidades (vários ateliês) e acompanhadas com aqueles que o idoso tem particularmente prazer na sua presença, quer seja o cuidador, o animador, auxiliar, ou outros idosos.

É necessário dar atenção aos aspetos fundamentais para a estabilidade emocional do idoso. Uma mente sã, evita desânimo e depressão. Esta não é uma doença natural do

¹⁵ Programa de Desenvolvimento Cognitivo disponível em:
<http://www.psicologia.pt/pesquisa/index.php?q=programa%20de%20desenvolvimento%20cognitivo>

envelhecimento, como poderemos verificar no capítulo seguinte, é uma doença médica que deve ser tratada logo que sejam visíveis os seus sintomas.

1.4. A Depressão na Terceira Idade

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁶, “A depressão ou depressão nervosa é um estado patológico com um humor triste e doloroso associado à redução da atividade psicológica e física. A pessoa afetada pela depressão se sente impotente e a doença vem quase sempre acompanhada de outros sintomas, como a ansiedade ou a insônia.”

A depressão pertence ao grupo de doenças dos tempos atuais. Segundo a OMS, ela está entre as três doenças que agravam cada vez mais a qualidade de vida das pessoas. Ressalta-se também que a depressão afeta duas vezes mais as mulheres do que os homens.

A depressão encontra-se reconhecida no plano nacional de saúde 2000-2010, como um problema de destaque da população portuguesa¹⁷. Caracteriza-se por uma tristeza profunda onde quase tudo o que rodeia esse ser humano deixa de ter interesse. É uma falta de controlo sobre o próprio estado emocional. Diz o Ministério da Saúde que, em média, em Portugal existem 1200 mortes por ano de suicídio onde estavam diagnosticados estados depressivos graves. Em 20% dos casos tornou-se uma doença crónica e sem remissão.

1.4.1. Sintomas

Os sintomas de depressão são comuns nos adultos mais velhos. A dúvida consiste em saber se a depressão é resultado de um estado senil ou se a longevidade remete a esta situação. (Papalia, Olds, & Feldman, 2010). Muitas pessoas tornam-se depressivas como resultado das perdas físicas no seu corpo e perdas emocionais, provocadas pelas ruturas sociais, económicas e isolamento familiar. É um transtorno psiquiátrico comum nas pessoas idosas. Segundo o Ministério da Saúde Brasileira (2007 – p.36), a depressão entre as pessoas idosas varia entre 4,7% e 36,8% dependendo da gravidade dos sintomas e, se as pessoas se encontram ou não institucionalizadas. É necessário valorizar os primeiros sintomas e instituir precocemente um tratamento, para que se evite a gravidade e dificuldade em responder aos sintomas, tanto através de medicação como de terapias. É uma doença grave e que leva ao suicídio, sendo os idosos um grupo bastante vulnerável a esta patologia.

¹⁶ Disponível em: www.cria.saude.com em 3/4/2013

¹⁷ Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt> em 1/4/ 2013

Os sintomas mais comuns da depressão na terceira idade são¹⁸:

- “- Aumento ou diminuição do apetite;
- Aumento ou diminuição do sono;
- Diminuição de energia;
- Sensação contínua de fadiga ou cansaço;
- Perda de interesse;
- Perda de prazer nas relações sociais;
- Perda de prazer nas atividades quotidianas;
- Sentimentos de reprovação ou culpa de si mesmo;
- Lentificação ou agitação psicomotora;
- Queixas ou evidência de diminuição da capacidade de concentração.”

A pessoa em estado depressivo apresenta alterações no ciclo de vigília do sono. Levanta-se cedo durante a noite, entre a meia-noite e as quatro da manhã, o sono é pouco tranquilo, sendo frequente ter sonhos angustiantes. Tem alterações de humor, sente-se inútil e nos casos mais graves refere vontade de se suicidar.

A depressão pode coexistir com uma demência numa fase inicial. É comum existir alguma dificuldade em distinguir a depressão, com a etapa mais tardia que é a velhice e, de todos os sintomas comuns que sucedem no ser humano nesta fase da vida.

O Ministério da Saúde Brasileira propõe um quadro diagnóstico a fim de identificar e diferenciar as causas de declínio e da depressão, muito importante para este trabalho, como uma forma de ilustrar algumas das causas das características da adultez avançada e a forma como as podemos melhor identificar.

¹⁸ Disponível em: <http://bqenvelhecimento2010.blogspot.pt> em 01/04/2013

	DEPRESSÃO	DEMÊNCIA
Quanto à História Clínica		
Antecedentes pessoais ou familiares de depressão	Presente	Ausente
Início dos sinais e sintomas	Data precisa de início	Não evidente
Progressão dos sintomas	Rápida	Lenta
Duração dos sintomas	Menor de seis meses	Maior de seis meses
Queixas de perda cognitiva	Enfatizada	Minimizada
Descrição da perda cognitiva	Detalhada	Vaga
Incapacidade	Enfatizada	Não enfatizada
Esforço para executar tarefas	Menor	Maior
Apetite	Transtorno do apetite	Normal
Resposta ao tratamento com antidepressivos	Boa	Ausente
Quanto ao Exame Clínico		
Perda de memória	Para acontecimentos recente e remoto similar	Maior perda de memória recente
Incidência de respostas do tipo – “não sei”	Habitual	Não habitual
Incidências de respostas tipo – “quase certo”	Não é habitual	Habitual
Quanto aos Testes Psicológicos		
Se perde nos lugares	Não é habitual	Habitual
Rendimento nos diversos testes	Variável	Responde com a aproximação
Apraxia, afasia ou agnosia	Ausente	Pode estar presente

TABELA 1 - CAUSAS E CARACTERÍSTICAS DO DECLÍNIO E DA DEPRESSÃO

O presente quadro ajuda a detetar sintomas e sinais físicos e psicológicos num quadro depressivo.

1.4.2. Fatores de risco

Os fatores de risco mais comuns são apresentados em pessoas com episódios de depressão no passado, durante a adolescência, no primeiro ano após parto, menopausa e pós-menopausa. Daqui podemos concluir que a depressão é mais frequente nas mulheres do que nos homens. Segundo Pestana (2011),¹⁹ profere que a mulher tem mais dificuldade em se expressar e reconhece mais rapidamente quando precisa de ajuda. Nos homens há mais resistência para procurar ajuda.

Os principais desencadeadores para os estados depressivos são as situações de stress psicossocial, pré-disposição genética, conflitos conjugais e desemprego. As pessoas que perdem alguém próximo, que coabitam com alguém com doenças graves, com tendência para a ansiedade e pânico e que pelas circunstâncias da vida profissional sofram demasiado *stress*, são os mais propensos para a depressão.

Relativamente à 3.ª idade, apesar de semelhante a outras faixas etárias no que respeita a esta patologia, o idoso passa por circunstâncias mais vulneráveis ao estado da doença. A probabilidade de serem pessoas mais medicadas e com doenças diagnosticadas, aumenta a vulnerabilidade para estados depressivos crónicos. São exemplo, as doenças infecciosas, a doença de Parkinson, cancro, doenças hormonais, álcool, corticoides entre outros.

Apontam-se mais alguns fatores para o desenvolvimento de um quadro depressivo:

- “Antecedentes depressivos prévios;
- Viver só;
- Abandono e maus tratos;
- Institucionalização;
- Insônia permanente;
- Ter sentimentos de culpa excessiva;
- Sintomas psicóticos como alucinações;

¹⁹ Disponível em: <http://www.saiadoescuro.pt> em 01/04/2013

- Ausência de apoio social;
- Transtornos da personalidade;
- A pessoa não aceita o diagnóstico e por isso não adere às recomendações terapêuticas.” (Ministério da Saúde Brasileira 2007, p. 102),

Se tomarmos em linha de conta a realidade nacional percebemos que: “A depressão é uma doença psiquiátrica que afeta um em cada cinco portugueses. Não é um estado de espírito ou sentimento. É uma das principais causas de incapacidade e de perda de anos de vida saudáveis.”²⁰.

Tal como no estudo anteriormente apresentado, também aqui, o isolamento e as dificuldades nas relações promovem estados depressivos. As dificuldades económicas e o stress da vida diária têm uma preponderância importante. Nem sempre a depressão é tratada adequadamente. O tratamento inicial costuma demorar, é apenas baseado em medicação muitas vezes inadequada, mal utilizada e abandonado precocemente.

1.4.3. Superação

Para além do acompanhamento médico imprescindível neste diagnóstico, a escuta apurada e qualificada, deteta prematuramente um nível de depressão acentuada. Contudo, não é meu objetivo aqui me pronunciar. Deixarei apenas algumas considerações mais pessoais e sociais da minha pesquisa a fim de atenuar os estados depressivos.

A boa alimentação assume um papel fundamental para o funcionamento do cérebro. O exercício físico é uma das formas eficazes para ultrapassar estes estados. Caminhadas, passeios de bicicleta, hidroginástica, aulas de dança e yoga, principalmente em grupo, estimulam o contato pessoal. Combater a falta de vontade de sair e conviver, passeando e convidando amigos para casa, são atividades simples e pouco cansativas que poderão proporcionar bem-estar.

Cuidar-se, ir às compras, ver um filme acompanhado e valorizar-se nas suas qualidades. Tudo o que possa provocar desconforto, pressão ou stresse é de evitar. Planear as tarefas com antecedência ajuda a manter as pessoas mais calmas.

²⁰ Disponível em: <http://www.adepressaodoi.pt> em 01/04/ 2013

Na maioria das situações, a depressão precoce é tratada com sucesso. A medicação e a psicoterapia são os caminhos mais indicados para os estados depressivos. Os recursos terapêuticos mais utilizados são o atendimento individual (psicoterapia e farmacoterapia), o atendimento em grupo, atividades comunitárias, família ou amigos de referência para o doente.

No atendimento individual, explica-se o que é a depressão, dá-se esperança, sugerem-se medidas comportamentais e cria-se um clima de confiança no plano terapêutico, para que seja um fator determinante na adesão ao tratamento. Nestas doenças, a Psicoterapia tem um efeito eficaz. Praticada por um profissional habilitado, fornece às pessoas a capacidade de desenvolverem recursos internos para lidarem com os seus problemas e dificuldades. Os fármacos antidepressivos químicos, que pretendem corrigirem desequilíbrios emocionais, aumentando a disponibilidade de neurotransmissores no cérebro.

O atendimento em grupo auxilia-se de recursos terapêuticos, tais como oficinas culturais, de lazer, desportivas, etc., onde cada um terá um papel ativo ajudando os outros e estando aberto a ser ajudado.

As atividades comunitárias, propiciam a construção de laços de amizade, interajuda, atividade e pro-atividade no planeamento e execução de tarefas, construindo na pessoa um sentimento de pertença e de utilidade.

É fundamental ter a capacidade na deteção da depressão em detrimento de demências e de fatores naturais da velhice. A falta de avaliação e escuta mais apurada de queixas e consequente medicação, dificultará um resultado mais auspicioso.

Uma vez que a depressão é uma doença do foro psiquiátrico e que exige tratamento, quanto mais rápido forem detetados os sinais e sintomas, maior será a probabilidade do doente vencer a doença. Quando se deixa vencer a depressão, mesmo que não se chegue a morrer desta doença, é admissível que se aniquilem projetos, desabem famílias e se matem sonhos.

1.5. A Morte

Um aspeto inevitável dos seres humanos, é a morte. Quando maior for o entendimento e compreensão natural sobre este tema, maior será a probabilidade de Viver até ao fim.

“O homem nasce, cresce, se desenvolve, madura, envelhece e morre. Inicia sua vida com um enorme potencial dinâmico, que, porém, se desgasta à medida que vai envelhecendo. É a curva biológica, caracterizada por uma perda progressiva e irreversível de material energético. Já a criança é suficientemente velha para morrer. A morte não vem de fora ou no final da vida biológica. Ela coincide com a vida. O homem vai morrendo em prestação (...). A vida do homem é vida mortal ou morte vital” (Boff, 1973, p. 35).

Este autor defende uma perspetiva entre a parte biológica do homem contrária à parte psicológica. Enquanto pelo biológico, o homem desde o momento que nasce vai perdendo a sua energia vital, que ele define como a curva biológica do homem exterior, pelo psicológico e espiritual, à medida que o homem envelhece, caminha para a comunhão e doação se si mesmo, construindo assim a sua personalidade e maturidade. O exterior caminha no percurso de vida para a destruição e o interior para a renovação.

Na teoria psicossocial de Erikson²¹ e para a fase etária dos 60 aos 65 anos, denominada Integridade e Desesperança, existem 2 tipos de resoluções para a compreensão do passado vivido. Uma resolução negativa, em que a pessoa tem tendência para entrar em desespero ao pensar que a morte se aproxima. Possuem sentimentos de que o tempo de vida está no fim e que já não há nada a fazer pela família e sociedade. Sentem-se inúteis e vivem numa nostalgia de tristeza perante a velhice. Numa resolução positiva, as pessoas têm uma noção de dever cumprido, experienciado com sabedoria e com sentimentos de dignidade e de orgulho. O seu papel na sociedade continua a ser válido e preciso.

Os costumes e a espiritualidade de cada sociedade refletem-se na compreensão sobre a morte e o que acontece depois dela. Aspetos culturais e sociais também se associam à última fase da vida.

Durante muitos séculos, os últimos cuidados aos doentes e idosos eram prestados na família. Nos dias de hoje, a morte tem lugar em sítios mais impessoais, como os hospitais, sanatórios e lares de idosos, com um contato mais afastado da família e dos amigos.

²¹ Teoria Psicossocial do Desenvolvimento Humano em 8 estágios. É apresentada em cada estágio, uma vertente positiva e outra negativa relativamente ao conceito de Identidade. A forma como é resolvida essa Identidade é determinante na vida futura dos conflitos.

Assim, “A morte é um fato biológico, mas também apresenta aspetos sociais, religiosos, legais, psicológicos, clínicos, éticos e de desenvolvimento que, com frequência, estão intimamente ligados” (Papalia, Olds, & Feldman, 2010, p. 711) .

O meio ambiente onde cada um de nós se encontra e as heranças culturais e religiosas que recebemos, faz-nos enfrentar a nossa morte ou a de alguém que nos é próximo, de forma distinta.

As atitudes e os costumes de cada povo fazem com que o luto e a morte sejam regidos por prescrições religiosas ou legalmente instituídas. Deste modo usamos um conjunto de símbolos, objetos e sinais que são próprios de cada cultura:

- O hastear a bandeira a meia haste é comum em muitos países para figuras públicas;
- Os Irlandeses fazem vigília noturna. Os familiares e amigos brindam à pessoa morta;
- Os Himalaias, após um enterro provisório, continuam nos rituais fúnebres até à deterioração do corpo. Segundo a crença, até que a alma tivesse partido;
- Na antiga Roménia, os guerreiros seguem para o túmulo a rir, na esperança de encontrarem o deus supremo;
- Na Grécia antiga, o corpo dos heróis é queimado em sinal de honra;
- Na Índia e Nepal, é vulgar a cremação. Com os Judeus é completamente proibida.
- No Japão, e nos rituais religiosos, é feito o contato permanente com os mortos;
- Os muçulmanos do Egipto são encorajados a rir e a festejar.

Todas estas práticas ajudam a oferecer âncoras para suportar a dor da perda dos seus familiares e amigos e a sentirem-se menos confusos e indefesos pela fé que possuem.

A autora, Papalia et al, (2010), defende que a partir dos finais do séc. XIX, houve uma “revolução da mortalidade”. Cada vez é menos frequente haver morte por parto, no 1.º ano de vida e de doenças fatais nos adolescentes e jovens adultos. Os óbitos passam a ocorrer a partir dos 65 anos. Deste modo, foi importante implementar um conjunto de cuidados que visam minorar o sofrimento do doente e das suas famílias. Em Portugal nos últimos anos implementaram-se os Cuidados Paliativos e Terminais. Assim, poderão definir-se como, “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ ou doença grave que ameaça a vida (...) avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos

como a dor, mas também dos Psicossociais e espirituais” (OMG, Plano Nacional dos Cuidados Paliativos, 2004)²².

Eles são transferidos nos dias de hoje das famílias para os profissionais de saúde ou para as Instituições Lares. A morte “ (...) passou a ser vista como uma falha do tratamento médico e não como um fim natural da vida”. (MC Cue, 1995, cit in Papalia, 2010, p. 713).

A assistência nos cuidados paliativos têm como objetivo dignificar o tempo precedente à morte, com o alívio da dor e do sofrimento, com o controlo dos sintomas. Com interesse e generosidade tanto ao paciente com aos seus familiares.

Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, os investigadores resolveram entrevistar 50 pacientes com cancro terminal, onde as perguntas eram direcionadas sobre as preocupações e dignidades nesta última fase da vida. Os resultados foram conclusivos relativamente à manutenção da dignidade, honra e pela estima que os doentes tinham por quem cuidava deles (Chochinov, 2002, p. 2259 cit. in Papalia 2010, p.713). Para este trabalho, parece-me importante referir aqui as várias intervenções terapêuticas, tendo em vista o posterior Plano Ocupacional que irei apresentar:

- Ser um ouvinte empático;
- Fazer os pacientes participar nas decisões relativas a questões clínicas e pessoais;
- Identificar e mostrar interesse pelos aspetos da vida do paciente que ele mais valoriza;
- Incentivar o paciente a participar em atividades que sejam significativas e que tenham um propósito;
- Sugerir projetos de vida (por exemplo, fazer gravações, escrever cartas, escrever num diário);
- Incentivar a tarefas que aumentem o seu bem-estar (por exemplo, meditação, exercícios físicos leves, ouvir música, rezar);
- Providenciar trajas apropriados para proteger a privacidade;
- Visitar com frequência o quarto;
- Incentivar a planear o seu funeral ou testamento.

Esta otimização da assistência ao doente terminal, moderadas e com sensatez, pode atenuar a angústia e temor do momento da morte.

²² Consultado em: <http://www.apcp.com>

A psiquiatra (Kúbler- Ross, 1992), num estudo pioneiro com 500 pacientes terminais, identificou 5 estágios na relação com a morte ou de sentimentos semelhantes com aqueles que vivem uma perda iminente:

1 - Negação e Isolamento. Frases ditas como: “isto não está a acontecer comigo”, são frequentes. É mais comum numa 1.^a fase da doença, mas pode também acontecer em estados mais avançados da mesma. Muitos idosos refugiam-se em casa, sem querer manter contato com o exterior. Esta delicada fase, pressupõe um sofrimento solitário e sem apoio.

2 – Raiva ou Ira. “Porquê eu?”. Fase composta por revolta tanto pelo paciente como pela família. Afeta todos incluindo a projeção no trabalho, amigos e em outros contextos sociais. Tanto para o paciente como para os seus familiares, existe uma maior dificuldade em aceitar esta “fraqueza” nas pessoas com maior estatuto profissional e social.

3- Negociar ou Rogar. “Se pelo menos puder ver a minha filha casar, não quero pedir mais nada”. O paciente implora a alguém ou entidade superior um favor. Poderá também nesta fase negociar através de uma promessa.

4 – Depressão. Quando o aspeto físico já não é saudável e os comportamentos pouco razoáveis e que já necessitam de tratamento hospitalar. O paciente encontra-se descontrolado e com alterações de humor acentuadas. A pessoa tanto se pode encontrar numa fase de depressão reativa, que surge quando o paciente reage negativamente sobre uma situação do passado que ainda não conseguiu ultrapassar e que afeta o seu estado de saúde e bem-estar (ex.: viuvez); ou numa fase de tipo preparatório, quando o paciente reage negativamente com uma ocorrência futura (ex.: diagnóstico de uma doença).

5 – Aceitação. Denominada como a última fase deste processo. O destino já pouco incomoda. Aceita com mais facilidade os factos e até surgem sentimentos de esperança relativamente à cura da doença ou ao bem- estar geral.

Posteriormente à publicação deste modelo de Kúber – Ross, alguns autores criticaram e afirmaram que nem todos os doentes em fase terminal têm que passar por estes cinco estágios. Um desses autores foi Robert Kastenbaum²³, psicólogo de Massachusetts University, Boston, que alerta para as questões emocionais de cada pessoa, e que nesse estudo não foi devidamente demonstrado. Que a metodologia não foi discutida, que os 5 estágios assemelham-se a uma prescrição, que a totalidade da pessoa foi negligenciada, e que o

²³ Disponível em: <http://www.nhu.ufms.br> em 21/04/2013

contexto ambiental em que foram efetuadas as entrevistas podem ter influenciado o comportamento dos doentes.

Viver ou morrer é uma experiência individual. Alguns fazem questão de se preparar, outros são mais felizes não valorizando todo este processo.

1.5.1. O Luto

O luto é uma parte integrante da perda. É um conjunto de reações relacionadas com a perda de alguém com significado geralmente associadas a tristeza e choro. É um processo de perda de um ente querido que afeta física e psicologicamente os humanos. A perda de uma pessoa próxima, nomeadamente o cônjuge, geralmente provoca mudança ou perda de *status*. Pode ter consequências ao nível social e ao nível económico. A perda de *status* social, tanto se pode verificar nas crianças (órfãos), como nos adultos com a viuvez.

O luto é altamente pessoal e sofre influências culturais. A intensidade e o dinamismo do luto, possibilita uma maior ou menor adaptação à situação de ausência.

Não existe nenhum padrão “normal” de luto. Depende do afeto que se tinha por essa pessoa, do contexto em que se perdeu, da cultura em que se vive. Normalmente o luto segue uma sequência (Brown e Stoudemine, cit in Papalia, 2010). Inicia-se com um choque e descrença. Esta fase pode durar várias semanas. As pessoas mais ligadas ao falecido sentem-se confusas e perdidas. Os sentimentos de tristeza e choro são frequentes. Numa segunda fase o autor denomina como, a fase da preocupação com a memória do falecido. Ele está muito presente mentalmente nas tarefas e contextos dos vivos. Esta fase tem mais participação nos primeiros anos após a morte da pessoa falecida. Ocasões como aniversários de vida e de morte, Natais,..., são vividos com intensidade de tristeza.

Numa última fase, o autor identifica-a como Resolução. A lembrança do falecido já se mistura com sentimentos de afeto e tristeza. A pessoa que sofreu a perda, já retoma as suas atividades quotidianas. A dor e a ansiedade diminuem consideravelmente.

Estas fases apresentadas pelos autores acima mencionados, poderão ter variações. É possível apresentarem sinais de depressão devido à perda uns anos após a mesma. Outros nunca conseguem aceitar a perda e a ausência do seu ente querido. Outros porém, até se poderão sentir aliviados e aceitar a morte como um processo natural.

O respeito pelas diferentes maneiras de demonstrar ou sentir o luto, devem ser interpretados como reações normais dos humanos.

(Boss, 1998) relata alguns exemplos em que os vivos apresentam um luto diferente dos estados acima apresentados. Refere-se à “Perda Ambígua”, em que as famílias e amigos não têm oportunidade de ver o corpo e de fazer o funeral. São os casos de perdas nas pessoas vítimas de Tsunamis, ou outras forças da natureza, queda de aviões, o 11 de setembro, naufrágios, etc.

A maioria das pessoas consegue resolver a situação da perda. Contudo, alguns recorrem ao tratamento da “terapia do luto”. Os psicólogos e terapeutas ajudam as pessoas a expressar e a resolver sentimentos de pesar, culpa e raiva, e a sensibilizar para o fator natural da morte.

Boener et al., 2005, cit. Papalia, 2010, refere que uma percentagem de pessoas caracteriza-se por “enlutados e/ou deprimidos crônicos”. Estes, para além de necessitarem de recorrer a um terapeuta para reestruturarem as suas vidas, precisarão de ser tratados com antidepressivos.

1.5.2. A Morte e a perda ao longo da vida

O conceito da morte vai sendo alterado com o crescimento do ser humano. A universalidade e o fim das funções da perda desenvolvem-se com a passagem do pensamento pré – operacional para o pensamento operacional concreto.

Enquanto uma criança de 5 anos tem uma compreensão sobre a morte como algo temporário e reversível e que só acontece aos idosos, uma criança de 7/10 anos começa a entender a morte como algo real e permanente. Para ela, a morte significa que o coração pára e que o sangue não circula. É um evento violento e começa a perceber que as pessoas que ela conhece vão morrer, independentemente da idade.

Um adolescente entende a morte como real. Tem noção que pode acontecer com ela e com qualquer familiar. Tem curiosidade em saber detalhes sobre o funeral e preocupa-se sobre quem vai cuidar dela se os pais ou tutores morrerem. Para um jovem de 14/18 anos, e que tendencialmente tem um comportamento de risco, vê a morte com alguma maturidade, mas ainda é vista como uma derrota ou desistência.

Um jovem adulto de 20/30 anos, que começa a sua vida profissional, conjugal e familiar, anseia viver a vida em pleno para a qual se preparou. Uma doença ou acidente nesta faixa

etária ou onde se possam desenvolver doenças terminais, são os mais propensos à criação de frustração plena. São normalmente os doentes hospitalares mais problemáticos.

Na meia-idade, as pessoas “compreendem” melhor a morte. Nos casos em que os pais já faleceram, estão conscientes que serão a próxima geração. Tentam aproveitar os anos que se avizinham da melhor forma. O corpo vai dando alguns sinais de envelhecimento e admitem algumas fragilidades da sua parte física. Já existe alguma preparação para a morte e vão discutindo alguns desejos com a família e amigos.

Nos idosos, particularmente a partir dos 70/75 anos, verificamos uma atitude de desistência de metas e objetivos, particularmente os não cumpridos do passado. Devido às perdas físicas e/ou emocionais, o prazer de viver vão sendo acentuando pela negativa. Porém, outros esforçam-se para fazer o máximo dentro do tempo que lhes resta. Adotam estilos de vida e alimentação mais saudável. Alguns expressam temor quando se fala de morte, outros entram no estágio da “negação” (definido por Kúbler- Ross), principalmente os mais religiosos. Preferem comparar a morte a um sono profundo e a uma transição para o além, tendo tendência para eliminar o pavor da morte. As pessoas que tiveram um percurso de vida muito preenchido e de forma significativa, encontram-se mais aptas para enfrentar este último momento. Parece importante para esclarecer um pouco melhor este capítulo da morte, abordar ainda que de forma sucinta, as perdas mais penosas.

1.5.3. As perdas mais difíceis

A morte de um cônjuge, filho, mãe e pai são consideradas as perdas mais difíceis. A menos visível publicamente é a perda de um filho por meio de aborto.

Segundo os dados estatísticos, as mulheres tendem a ter uma maior esperança de vida. Assim, existem mais viúvas do que viúvos. Segundo Carstensen & Pasupathi, 1993, cit in Papalia (2010), a probabilidade de um novo casamento para os homens é quatro vezes maior do que para as mulheres. Estas, para além de continuarem a gerir as suas necessidades, encontram-se mais reticentes em partilhar a sua pensão, em abrir mão da sua liberdade e em ter que cuidar com brevidade de um novo marido enfermo.

As mulheres que se dedicaram à família e que estruturaram a sua vida para agradar e cuidar do marido, com a morte deste, perdem não só o seu companheiro como perdem também uma série de tarefas fundamentais para a sua realização. As viúvas tendem a entrar em contato

mais facilmente com familiares e amigas do que os homens, a fim de atenuar a sua dor e de receber apoio social.

A qualidade da relação conjugal afeta a viúva fisicamente e mentalmente e aumenta os índices de ansiedade. Aquelas que dependiam economicamente dos maridos, poderão passar por graves dificuldades financeiras ou até atingir o índice de pobreza. Quando o marido fica viúvo, normalmente contrata serviços para a lida da casa e confeção de refeições, sofrendo também com a sua fonte de rendimento.

Com a esperança de vida a aumentar, é vulgar perderem-se os pais, pela meia-idade. Todas as perdas são difíceis e, esta não é exceção. Existe um grande sofrimento e amadurecimento emocional. Por um lado, o filho tem um pensamento mais realista da sua própria mortalidade. Por outro, tem um maior sentimento de responsabilidade em manter a família única, antes conseguida pelos seus ascendentes. Poderão aproximar os irmãos, e surgem sentimentos de alguma liberdade devido à assistência que davam aos pais. Pretendem resolver problemas enquanto ainda é tempo.

Pela ordem natural dos seres humanos, a morte de um filho é a menos vulgar e a mais cruel. Se um casal tiver uma boa relação, esta dor ajuda a uni-los, apoiando-se um ao outro nesta perda comum. Mas pode também enfraquecer a relação e destruir o matrimónio, por efeitos de depressão, muita dificuldade em ultrapassar a perda e com conseqüente doença mental de um dos cônjuges. Cada pai ou mãe enfrentará o seu luto à seu próprio modo. Alguns procuram ajuda em grupos de apoio especializados ou, lembrando o filho em Associações, onde o seu caso em concreto, possa colaborar para investigações científicas, como exemplo de vida, etc.

Na terceira idade é comum fazer-se em algum momento, uma retrospectiva e reavaliação da sua vida. É um processo de recordações, onde se evidencia todas as perdas que teve, onde houve sucesso e onde se falhou. A consciência de que a morte se aproxima, pode impulsionar esse processo. Muitas pessoas e dentro das suas possibilidades, reconstroem relações e completam tarefas inacabadas ou ainda por realizar. Esta autocompreensão, demonstra integridade e faz temer menos o momento da morte. Muitos ainda, escrevem cartas, gravam a sua bibliografia, constroem a árvore genológica, organizam fotografias, fazem viagens, promovem reuniões com os seus colegas de escola, entre muitas outras atividades. (Lewis & Butler, 1974, como referido em, Papalia, 2010).

Em toda a vida do ser humano, não é possível realizar e satisfazer todos os desejos ou interesses. Mas escolhendo as várias e possíveis possibilidades, cada pessoa cresce e

amadurece até ao seu momento final. Quanto mais realizada a pessoa estiver, menos temerá a morte.

1.6. Enquadramento do Projeto: “Antes de morrer, eu quero...”

“Antes de Morrer, eu quero...”

...visitar a Índia, morar um tempo na praia, ter um galgo chamado Cambito e ser rica. E você?

Candy Chang acha que na correria do dia-a-dia as pessoas esquecem-se de pensar em pequenos detalhes e desejos que por menores que sejam, são importantes. Por isso, ela pegou alguns amigos e criaram uma lousa gigante numa área abandonada da vizinhança onde ela mora. Na lousa a seguinte frase: “Before I die, I want to _____”. Com isso ela proporcionou uma experiência interativa de arte induzindo as pessoas a se questionarem se estão fazendo o que realmente desejam fazer todos os dias (Cany Chang, 2012)²⁴.



IMAGEM 1 - MURAL ORIGINAL “BEFORE I DIE I WANT TO” EM NEW ORLEANS, EUA

²⁴ Retirado de: <http://dharma1og.com/2012/10/30/antes-de-morrer-que-ro-a-arte-de-candy-chang-vai-ao-cazaquistao-argentina-africa-do-sul-e-ao-tedglobal-video/> e <http://beforeidie.cc/>



IMAGEM 2 - MURAL "ANTES DE MORIR QUIERO" NO MÉXICO



IMAGEM 3 - MURAL "ANTES DE MORRER, EU QUERO" EM LISBOA

Essa ideia surgiu após **Chang** perder uma pessoa que amava muito e acredita que com essa arte interativa pode proporcionar às pessoas um espaço de contemplação e instigar que estas pensassem e valorizassem o que realmente importa na vida delas. Após a implantação do grande quadro, a artista ficou surpresa com a quantidade de respostas e a criatividade com que as pessoas se revelaram nessas frases. Como por exemplo “Antes de morrer eu quero cantar para milhões de pessoas; ver a minha filha graduada; comer uma salada com um alienígena, ver as folhas mudar muitas vezes, abandonar todas as inseguranças; ver como eu me tornei um homem velho...”, entre outras milhares de respostas bastante curiosas, e foi até convidada a participar de programas para explicar o seu projeto considerado um dos projetos comunitários mais criativos existentes.

Depois desse grande sucesso, a artista foi convidada por pessoas do mundo todo para instalar esses quadros, assim, criou uma equipa que pudesse ajudá-la nessa ambiciosa missão. Atualmente, há esses quadros em Portugal, Nova York, Amsterdão, Londres, entre outros diversos lugares do mundo.²⁵

Em Portugal, *Before I die* foi acolhido pela primeira vez em Ponta Delgada, nos Açores no contexto do festival **Walk&Talk** pela equipa das Descalças Cooperativa Cultural em Agosto de 2011.

Sobre outras perspetivas de dar continuidade a esta instalação, foi criada, a partir do exemplo de Lisboa e que seguiu para o Porto (no âmbito do Get Set Art Festival), uma network de cidades, possivelmente Guimarães, Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte.²⁶

Tendo por base esta inovadora e original iniciativa e adotando também as orientações do Manual das Boas Práticas do Instituto de Segurança Social, as atividades de um plano ocupacional devem ser integradas nos Projetos de Vida das pessoas, se eles assim o desejarem, e deve conter tudo o que eles querem fazer. Podem e devem manter (à exceção das pessoas diagnosticadas com demência), os seus hábitos anteriores, respeitando sempre o regulamento da instituição. Devem continuar a realizar-se atividades que dão prazer às pessoas e, serem também motivados a experimentar outras. Nunca através de sentimentos de pressão, ameaça ou coação.

As pessoas mais velhas, depois de ingressarem numa resposta social, devem sozinhas (ou com ajuda) participar de forma concreta no estabelecimento dos seus objetivos de futuro. Deve-se

²⁵ Retirado de: <http://www.publistorm.com/e-o-que-voce-quer-antes-de-morrer/>

²⁶ Retirado de: <http://www.dontpaniconline.com.pt/magazine/radar/antes-de-morrer-eu-queiro->

fomentar a participação de todos no quotidiano da valência/ resposta social, em atividades físicas, sociais e funcionais, denominado Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais.²⁷

Para que se consiga otimizar o bem-estar do idoso, é necessário efetuar uma avaliação completa através de uma equipa multidisciplinar, onde sejam abordados os aspetos físicos, de saúde, cognitivos, comportamentais, formativos e profissionais, respeitando as necessidades, interesses e motivações do idoso. A realização desta avaliação irá apurar competências cognitivas, funcionais e instrumentais.

A fim de melhor apurar as preferências do idoso, é fulcral conhecer o meio em que este vive ou vivia, conhecer o seu dia-a-dia, que gostos tem, que dificuldades ou angústias e o porquê de frequentar o Centro de Convívio (no caso da presente investigação). Pretende-se realçar os pontos fortes da pessoa e o que ela tem de mais positivo para oferecer. Não menos importante, pretende-se também apurar o que a pessoa gosta de fazer ou em que local gosta de estar, quando se encontrar em momentos menos positivos. Cada pessoa tem vontade própria e necessidades individuais que é necessário satisfazer. A mudança de um Centro de Convívio para uma resposta social de Centro de Dia ou Estrutura Residencial pode ter repercussões ao nível físico e psíquico. O processo deve ser dinâmico, flexível e em permanente avaliação. Esta avaliação deve focar as atividades, as pessoas que a frequentam e os responsáveis pela sua execução, tendo em linha de conta os manuais da qualidade obedecendo ao ciclo do PDCA²⁸.

É aconselhável haver uma preocupação e interesse de toda a equipa técnica em conhecer os gostos, vocações e *hobbies* que os idosos mantinham antes de serem admitidos. Todos devem participar nas mais variadas atividades, sejam elas de interesse desportivo, artístico, cultural, recreativo ou religioso. Deve também existir uma preocupação externa à instituição, estimulando a participação de todos em atividades organizadas na comunidade ou por iniciativa própria. Não descurando as parcerias que podem ser efetuadas com as autarquias, paróquias, associações, etc., onde os idosos possam interagir com a sua comunidade e com outras.

²⁷ Programa das capacidades pessoais e relacionais permitindo a cada um uma reflexão sobre o modo como se relaciona com os outros encontrando alternativas para cada situação.

²⁸ PDCA: Plan, Do, Study and Act (Planear, Executar, Verificar e Ajustar). Método interativo de gestão utilizando o controlo e melhoria de processos e produtos.

Com a investigação que se pretende efetuar, ao nível das preferências dos idosos, é possível que apareçam grupos com interesses comuns. No caso de essa situação existir, permite a rentabilização de recursos em termos de equipamentos, transportes, colaboradores etc.

A participação de todos seria o panorama ideal, motivando para a sua participação voluntária. Sabemos *à priori* que o idoso irá melhorar o seu envelhecimento em todos os parâmetros do seu ser, tal como referido pelos autores anteriores. Contudo nem sempre a adesão por parte do grupo é a mais desejada. Uma boa forma de os motivar, será envolvê-los e pedindo colaboração no planeamento e na execução das atividades. Pode-se também convidar familiares e amigos do idoso a participar.

Quer pelo maior índice de longevidade, e esperança de vida tendencialmente mais saudável, a 3.^a idade ganha visibilidade e relevância social. Trata-se de um tempo significativo de vida após a reforma, para descobrir o seu potencial e concretizar alguns dos seus objetivos. Todas estas dinâmicas devem ser incluídas num programa de desenvolvimento que deve fazer parte do Plano Ocupacional.

Como exemplo apresento, Bronnie Ware²⁹ é uma enfermeira australiana que durante vários anos trabalhou numa unidade de cuidados paliativos para doentes terminais. Esta enfermeira identificou cinco factos que as pessoas à beira do fim mais se arrependem de não ter feito.

“Ware afirma que as pessoas «crescem imenso quando confrontadas com a sua mortalidade» e que cada indivíduo passa por uma «grande variedade de emoções», «negação, medo, raiva, remorso, mais negação e, eventualmente, aceitação».

Quando questionados sobre o que gostariam de ter feito de forma diferente em vida, os pacientes repetiam frequentemente os temas. Essas respostas foram compiladas e deram origem ao livro 'The Top Five Regrets of The Dying'.

Aqui fica um resumo dos principais arrependimentos das pessoas no leito de morte, tais como foram testemunhados por Bronnie Ware.

Quem me dera ter tido a coragem de viver de acordo com as minhas convicções e não de acordo com as expectativas dos outros. «Este é o arrependimento mais comum. Quando as pessoas se apercebem de que a sua vida esta a chegar ao fim e olham para trás, percebem

²⁹ Retirado de: http://sol.sapo.pt/inicio/Vida/Interior.aspx?content_id=40612

quantos sonhos ficaram por realizar. (...) A saúde traz consigo uma liberdade de que poucos se apercebem que têm, até a perderem».

Quem me dera não ter trabalhado tanto. «Este era um arrependimento comum em todos meus pacientes masculinos. Arrependiam-se de terem perdido a infância dos filhos e de não terem desfrutado da companhia das pessoas queridas. (...) Todas as pessoas que tratei se arrependiam de terem passado muita da sua existência nos ‘meandros’ do trabalho».

Quem me dera ter tido coragem de expressar os meus sentimentos. «Muitas pessoas suprimiram os seus sentimentos, para se manterem em paz com as outras pessoas. Como resultado disso, acostumaram-se a uma existência medíocre e nunca se transformaram nas pessoas que podiam ter sido. Muitos desenvolveram doenças cujas causas foram a amargura e ressentimento que carregavam como resultado dessa forma de viver».

Quem me dera ter mantido contacto com os meus amigos. «Muitas vezes as pessoas só se apercebem dos benefícios de ter velhos amigos quando estão perto da morte e já é impossível voltar a encontrá-los. (...) Muitos ficam profundamente amargurados por não terem dedicado às amizades o tempo e esforço que mereciam. Todos sentiam a falta dos amigos quando estavam às portas da morte».

Quem me dera ter-me permitido ser feliz. «Muitos só perceberam no fim que a felicidade era uma escolha. Mantiveram-se presos a velhos padrões e hábitos antigos. (...) O medo da mudança fê-los passarem a vida a fingirem aos outros e a si mesmos serem felizes, quando, bem lá no fundo, tinham dificuldade em rir como deve ser.»

O projeto que apresento não tem a intenção de solucionar os constrangimentos e remorsos do passado das pessoas, mas pretende-se preencher as longas horas, com momentos de satisfação no dia-a-dia dos idosos.

1.7. O projeto baseado nas escolhas dos idosos

O Plano Ocupacional tem como objetivo principal proporcionar um melhor envelhecimento, respeitando cada idoso como um ser único e levando-o a experimentar novas atividades e experiências. Para muitos, durante todo o seu percurso de vida, poucas foram as oportunidades de lazer ou de realizar os seus desejos e interesses que tiveram, ou de terem encontrado alguém que os motivasse a experimentar e a viver momentos diferentes das suas experiências anteriores. Este Plano Ocupacional pretende que muitos idosos possam ter ocasiões consideradas inovadoras nas suas vidas e que irão descobrir novas vocações e competências nunca antes vividas. Os idosos, deste estudo, são caracterizados por vidas marcadas de trabalhos pesados, com pouca autonomia de expressão comunicativa e democrática no seu seio familiar (destacando-se as mulheres) e em alguns casos, com algum isolamento social.

O plano diversificado que apresentamos, neste estudo de caso, será direcionado de modo equilibrado tanto para a componente social e física como para a estabilidade emocional. Irá proporcionar momentos de bem-estar, de distração e de coesão entre o grupo e com toda a equipa técnica. Irá ser um plano aberto à comunidade, onde poderão participar em algumas atividades os familiares, voluntários e amigos dos utentes. Parte destas atividades irão ser realizadas em espaços exteriores, com outras instituições de idosos e outras que sejam parceiras. Nas atividades realizadas fora da Instituição, teremos em atenção e, sempre que possível, uma atividade para os que se encontram dependentes na Instituição.

No sentido de colocar em prática o presente plano ocupacional, uma vez que irá abordar os mais diversos contextos do desenvolvimento da pessoa humana, na última fase da vida, pretende-se acima de tudo um desenvolvimento das suas capacidades globais (mesmo que por pouco tempo), e a sua realização como pessoa. Assistimos hoje a uma “educação ao longo da vida”, que não termina na fase da adultez, que ultrapassa o espaço escolar e que continua no estudo e na prática da gerontologia educativa. A educação ao longo da vida, tem sido um tema projetado pela UNESCO, comprometendo a seleção de métodos e técnicas para divulgar o conhecimento, habilidades e a mudança de atitudes e valores. Será para os gerontes uma educação mais popular, de participação e de elevação do seu nível de experiência. Teremos sempre bem presente a preocupação em descobrir potenciais nas pessoas, com o intuito de promover a sua autorrealização, através da transmissão, aos restantes membros, da riqueza individual adquirida ao longo da vida.

Os objetivos de um plano social procuram satisfazer as necessidades de um grupo em específico, tendo em vista um efeito corretivo e preventivo para um melhor envelhecimento. Um plano deve estabelecer e identificar as situações que se pretendem alcançar. Inicia-se pela ideia, o perfil que se pretende enquadrar, a sua viabilidade, realização de desenho, execução e por fim a avaliação. A definição de objetivos requer planeamento das ações a efetuar. Utilizando os objetivos SMART:³⁰ Específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e temporizáveis, e para que a equipa dirija os seus esforços para o mesmo fim, atingir-se-á o alvo e o propósito das organizações.

No caso do Plano de Atividades e Ocupacional que se irá apresentar, teve-se em conta estes objetivos SMART. Foram assentes no pressuposto da sua operacionalização, estruturados de uma forma simples e realista e planeado para um ano. Exprime resultados que se pretendem atingir, estando formulados de forma a tornar possível a sua monitorização e avaliação no final de cada atividade, avaliação mensal e no final de todo o plano.

Objetivos do Plano são:

- Compreender as motivações e expetativas dos idosos;
- Potenciar as preferências das pessoas e dar a conhecer outras que se enquadrem no perfil;
- Potenciar o autoconhecimento, a sua dimensão física, psicológica, intelectual e espiritual;
- Promover atividades dentro do espaço físico do Lar, com outros idosos, familiares e amigos, reforçando a mobilização, o bem-estar e o desenvolvimento pessoal, mantendo dentro do possível as referências dos laços afetivos e do meio onde o idoso se inseria anteriormente;
- Promover atividades em “outdoor”, contactando com a (s) comunidade (s), nos mais diversos contextos;
- Dar a conhecer outras formas, desconhecidas até então, de boa disposição e de momentos de alegria;
- Comemorar e conhecer diversas datas festivas;
- Fazer o idoso sentir-se útil e reintegrado utilizando todo o seu potencial de sabedoria e de transmissor de cultura.

³⁰ SMART objectives: Specific, Measurable, Attainable, Relevant and Time-bound

Este pretendeu ser um plano orientado para se atingir um melhor envelhecimento. Um documento que consagre uma visão alargada em que cada idoso tenha o seu lugar, promovendo uma situação desejável para cada individuo. Ainda antes de especificar as atividades que constituem este projeto, importa referir que algumas delas poderão sofrer alterações no início ou mesmo no decorrer da sua execução, consoante o seu desenvolvimento, datas mais apropriadas, a sua adesão ou constrangimentos que possam surgir.

Relativamente aos fatores externos, aquando da realização do projeto, foram previstos alguns constrangimentos.

Existe a possibilidade dos idosos não aderirem inicialmente às propostas. Outros, por motivos de saúde ou morte ficam impossibilitados de participar. Para além destes aspetos, poderão surgir outras prioridades institucionais que impeçam a presença dos técnicos responsáveis. Existe também a possibilidade de não haver em alguns momentos do ano, a disponibilidade financeira para adquirir recursos materiais, humanos e outros para a execução das atividades do Plano Ocupacional.

Todos os projetos que já passaram por uma fase de diagnóstico, planeamento e execução, a fase da avaliação, é obrigatória, tanto pela parte dos participantes como pelo responsável pela execução da atividade. É o método para diminuir a probabilidade de erro em ações futuras. É necessário que esta informação reúna e quantifique, e que esteja disponível para atividades futuras. Ela é caracterizada num momento última da execução de uma atividade e num primeiro momento das futuras atividades.

1.8. A animação gerontológica

A animação gerontológica aplica um conjunto de exercícios de educação cognitiva ou de atividades lúdicas (Paulos, 2010). Estas atividades devem ter no máximo 15 elementos e deve ter uma duração máxima de 1 hora. A dinâmica destes momentos, irá estimular o estado mental, como a atenção, cálculo e armazenamento de informação, o aumenta da autoeficácia, auto - estima, motivação e autonomia, e a promoção e criação de relações entre os elementos de grupo. O planeamento e a realização de atividades, ajudam a estruturar o tempo e dão significado à vida.

A necessidade do idoso se divertir, completa a necessidade de comunicar e de se ocupar. Nas pessoas idosas, os lazeres são mais do que uma forma de expressão ou divertimento. Torna-se um meio de conservar a agilidade do corpo e as faculdades intelectuais. (Phaneuf, 2001)

Relativamente à pessoa em si, o planeamento das atividades deve respeitar as capacidades e interesses de cada um. Deve ser marcada pela flexibilidade para se efetuar ajustes sempre que necessário. O animador deve estar atento e tomar nota dos momentos em que pode estar a criar ansiedade, irritabilidade e desmotivação. Deve também atender ao cansaço dos idosos e às dificuldades que o idoso demostre numa atividade específica, por problemas de visão, audição ou de executar determinados movimentos.

O mais importante é o processo e não o resultado final. Deve-se encorajar e envolver, mas prestando sempre atenção a alguma reação de medo ou de agitação. O objetivo é propor, informar e suscitar influências, sem contudo exigir ou impor-se. Os aspetos técnicos perdem influência, dando-se relevo à experiência, motivação e satisfação por participar.

O Plano de Atividades (anexo 2), ergue-se de atividades com e para estes idosos do estudo. Estou ciente que lhes irá proporcionar uma vida mais criativa e irá fomentar melhores relações sociais e estimular o uso das capacidades e competências cognitivas na sua velhice de maior sucesso.

As propostas dos momentos de lazer sejam eles, físicos, artísticos, intelectuais ou sociais irão suscitar aprendizagens combatendo o tédio, o vazio e o sedentarismo.

Tendo por base as diretrizes da Segurança Social nos Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais para Lar Residencial para idosos³¹, o Plano de Atividades Socio Culturais é destinado a cada cliente considerando:

³¹ Disponível em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Lar_idosos

- As necessidades e expectativas;
- Planos de Atividades da Organização;
- Planos Individuais;
- Recursos existentes;
- Resultados das avaliações;
- Responsáveis pela elaboração e qualificações para o seu desempenho;
- Atividades tipo: lúdicas e recreativas, culturais, desportivas, formativas/informativas, sociais.

Para cada atividade devem constar os objetivos, descrição e local de realização, calendarização, horários, recursos e responsáveis.

Unindo as temáticas mais emblemáticas de todo o plano, mencionam-se alguns dos objetivos que se pretendem atingir com o desenvolvimento das atividades apresentadas no quadro abaixo e no Plano deste trabalho:

1- Estimulação Cognitiva:

Aumento da atividade cerebral retardando os efeitos da perda de memória, acuidade e velocidade perceptiva. Leitura, escrita e oralidade através de um conto, jornais e revistas. Aumento da alfabetização para os menos letrados e mantendo mais ativos os utentes letrados. Desenvolvimento da motricidade fina e grossa. Relacionar aquilo que ouviram ou leram com acontecimentos do passado, do presente ou do quotidiano. Permitir troca de ideias, discussões e sentimentos de comportamento educacional. Alimentar relações já estabelecidas sendo um pretexto para novos relacionamentos.

2- Dança:

Estimular recordações através de música mais antiga ou música comercial. Movimento do corpo e aprendizagem de alguns passos dos diversos tipos de dança. Estimulação cognitiva ao nível da memória de alguns passos ou coreografias simples.

3- Música (cantares) e musicoterapia:

Novas experiências com instrumentos de percussão, reativar afetos e promover a comunicação. Aumentar o crescimento emocional e expressão corporal, como meio de comunicação e expressão. Aumentar a gestão do tempo e coordenação quando estão a trabalhar em grupo.

4- Expressão plástica

Estas atividades permitem várias formas de expressão. Ao realizarem estas ações, irão desenvolver o sentido crítico, de criatividade e de auto controlo. É uma oportunidade para exprimirem as suas preferências ao mesmo tempo que as promovem e desenvolvem. Terão ao mesmo tempo um carácter utilitário e de entretenimento. Promove a agilidade manual e coordenação fina de movimentos.

5- Atividade Desportiva:

As aulas de ginástica geriátrica têm como objetivo a promoção da saúde dos utentes. Pretende-se desenvolver as suas capacidades físicas e intelectuais através de tarefas simples, de movimentação articular e muscular. Melhoram a digestão, a flexibilidade motora e a coordenação. Estas atividades evitam o sedentarismo, combatem o *stress* e ansiedade, previnem depressões e promovem a agilidade física. Não existe limite de idade para praticar atividade física, logo que seja moderada e que cumpra as condições de segurança.

6- Expressão Pessoal e Social

Desenvolve competências pessoais e sociais em cada membro. Estimula o autoconhecimento. Ajuda a criar objetivos e aumenta as capacidades de relacionamento.

O conteúdo de todas estas “disciplinas” deve ser adaptado ao nível de formação dos utentes, sendo necessário ajustar à capacidade e à compreensão de cada um. Deve respeitar também os tempos, os ritmos, os interesses e as motivações.

O ser humano está em constante aprendizagem. A pessoa que quiser manter a sua saúde, combater doenças e modificar alguns hábitos de vida, deve receber frequentemente informação, mesmo que por vezes encontre dificuldade em aprender e memorizar.

De facto, a terceira idade pode assumir protagonismo num contexto de animação sociocultural, onde irá ter oportunidade para participar, mexer-se, dialogar, refletir e sentir-se viva.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

2.1. Metodologia para o apuramento do diagnóstico de necessidades

No presente capítulo, irá apresentar-se os breves princípios metodológicos nos quais foi baseada a recolha da informação pretendida. A investigação/ação enquadrada numa natureza qualitativa através de um questionário prévio e de uma pergunta de entrevista. Esta última permitiu refletir, planificar e propor o plano de atividades e plano ocupacional para os futuros utentes das respostas sociais de Lar e Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de Pousos.

A meta que se pretendeu alcançar foi o despertar de consciências de quem cuida dos idosos e instituições onde possam estar inseridos. Pretendeu-se promover o interesse e a motivação para ações empreendedoras de desenvolvimento pessoal, onde o idoso se sinta o mais confortável possível, realizado através de indicadores que vão ao encontro das características de cada sujeito e, pelo respeito do seu capital social, nomeadamente quanto à perceção do nível de disponibilidade das instituições, em prol do bem de todos, sinalizando os sentimentos de partilha, confiança, cooperação, bem-estar e autoestima promovidos pelo meio onde se inserem.

A experiência de vida proporciona maturidade e desenvolvimento, não estando a pessoa idosa interdita a experimentar e a ser um elemento ativo no seu meio. Esta participação irá dar-lhe “status” e reconhecimento social.

Assim, os princípios metodológicos que orientaram o estudo baseado nos objetivos anteriormente apresentados, as técnicas, os instrumentos e o seu processamento, irão dar origem a algumas conclusões e a uma proposta de plano como resposta à pergunta de partida.

2.2. A problemática do estudo

A seleção do tema resultou de uma forte motivação pessoal para o desenvolvimento de um programa ocupacional, desfazendo a imagem pré-concebida de que os idosos são inúteis e inativos. Pelas informações disponíveis na literatura sobre maus tratos físicos e psicológicos, pelas notícias dos meios de comunicação social, pelos testemunhos obtidos, ainda existe um trabalho moroso até se conseguirem prestar serviços de qualidade holístico aos idosos institucionalizados.

“São os estudos de natureza exploratória e sociográfica que criam terreno propício à realização de trabalhos de verificação de hipóteses pela massa crítica de informação que coligem”. (Carmo & Ferreira, 1998, p. 47) .

A problemática do estudo surge com a necessidade de se encontrar uma resposta pronta. Numa investigação é preciso reunir elementos da realidade observada, elaborando hipóteses para uma proposta de solução. A realidade é complexa e multidimensional o que possibilita estudos de diversos ângulos. (Bell, 2004).

Se encontrássemos as respostas para as problemáticas somente na bibliografia disponível, sem necessidade do investigador recorrer ao terreno, não era constituído um problema, mas sim uma questão de informação.

2.3. A Questão de Partida

Através da Questão “ Antes de morrer eu quero...”, pretendeu-se alcançar os objetivos acima descritos, dando resposta à questão:

Têm os idosos do Centro Social e Paroquial de Pousos aspirações e desejos pessoais que sejam possíveis de concretizar através de um Plano Ocupacional?

O que se pretendia saber era se um grupo de indivíduos na fase da adultez avançada, ainda sente ambição e vontade de realizar os seus desejos

2.4. Contextualização do estudo

Em Portugal, as previsões retratam um crescimento da população portuguesa entre 2002 e 2020 de 1,68%, principalmente na população com 75 anos (Rebelo & Penalva, 2004). Esta tendência é também verificada no distrito de Leiria. Por cada dia que passa, o distrito ganha 16 novos idosos. Resultado: os residentes com mais de 65 anos cresceram 73,7% desde 1999, ultrapassando já a população de jovens com menos de 25 anos de idade (conclusões retiradas do Anuário Estatístico Regional, publicado pelo Instituto Nacional de Estatística- Região de Leiria, Publicado em 28 Dezembro 2010).

A freguesia de Pousadouro³², atualmente freguesia de Pousos, foi criada em 28 de dezembro de 1713. Tem como padroeira a Nossa Senhora do Desterro.

Em termos de etimologia Pousos é uma palavra proveniente de Pousadores que evoluiu para Pousadouros e traduz a ideia de local onde se pousava, descansava de uma caminhada longa ou esforçada. Aqui recompunha-se as forças, antes de enfrentarem o ultimo troço de caminho que os levaria à cidade e aos mais diversos afazeres.

Pousos é uma das 29 freguesias do distrito de Leiria ocupando uma área de 17,23 km², o que corresponde a 3,5% do concelho. De acordo com os dados do INE (Instituto Nacional de Estatística), é habitada (dados de 2011) por 7326 pessoas, dos quais 12 % tem mais de 65 anos e 17,95% são crianças e adolescentes. Ainda em termos demográficos, contata-se que das 3719 famílias, 19,82% são compostas por uma só pessoa e o peso dos agregados familiares com quatro ou mais elementos é de 5,14%. O maior índice da estrutura etária situa-se entre os 25 e os 65 anos e em termos de habilitações literárias destaca-se o ensino básico.

Ano 1991	Ano 2001	Ano 2011
576	823	1070

TABELA 2 - A EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NOS POUSOS³³

O concelho de Leiria³⁴ apresenta algumas respostas para a melhoria da qualidade de vida da População Idosa, incluindo a freguesia dos Pousos, que se objetivam nos seguintes programas:

³² Disponível em: <http://www.imovirtual.com> e <http://www.jf-pousos.pt> em 03/01/2013

³³ Disponível em: <http://www.cartasocial.pt> em 20/03/2013

³⁴ Disponível em: <http://www.cm-leiria.pt> em 20/03/2013

Programa Novas Primaveras

Em parceria com as Juntas de freguesia e as Instituições de Solidariedade Social, o Programa “Novas Primaveras”, é desenvolvido pela SAMP – Sociedade Artística e Musical dos Pousos, em diversos lares e centros de dia do concelho de Leiria, dando a possibilidade dos idosos participarem ativamente em atividades de música, dança e teatro, através de uma “Nova Primavera” por mês em cada instituição, culminando numa sessão anual conjunta, com a participação de todas as IPSS inseridas no programa.

Programa Classes de Mobilidade

Em resultado dos trabalhos da Rede Social, nasceu o programa “Classes de Mobilidade” com o objetivo de prevenir/promover a mobilidade, a autonomia funcional, a interação e, sobretudo atenuar situações de isolamento/solidão da população idosa institucionalizada através da atividade física de conjunto, em lares e centros de dia, financiado pelo Município de Leiria.

Arrendamento de instalações

Face à inexistência de instalações próprias por parte de algumas Instituições e Associações, para desenvolverem respostas sociais imprescindíveis para a população idosa do concelho de Leiria, o Município comparticipa o arrendamento dessas instalações.

Construção/melhoria de instalações próprias

A Instituições de apoio a idosos que têm vindo a construir e/ou remodelar as suas instalações com vista à criação de mais lugares nas respostas sociais – lar, centro de dia e apoio domiciliário – ou a requalificação e melhoria dos serviços já existentes, têm merecido o empenho do Município de Leiria, em termos de apoio logístico, apoio financeiro, cedência de projetos, ou, mesmo em termos de pareceres favoráveis face a candidaturas a programas de financiamento nacional ou comunitário.

2.5. A investigação ação

Este estudo exploratório, visou obter dados através das respostas obtidas, de sujeitos residentes em meio periférico urbano, com características de ruralidade e que, devido às suas baixas condições literárias, económicas e sociais, poucas foram as oportunidades que tiveram nas suas vidas, para conhecerem e desenvolverem outras diligências. Parece-nos uma realidade menos estudada e que pode ajudar a levantar novas hipóteses para a sua realização.

Na recolha de dados foi utilizado o método qualitativo, pela possibilidade de maior aproximação com o objeto/sujeito da pesquisa, e compreensão das experiências de cada um como um todo. Não foi procurada a informação para serem verificadas hipóteses. O referencial metodológico referiu-se à história oral e bibliográfica de cada pessoa, focalizando memórias, dando-se saliência aos relatos sobre as aspirações que ainda desejam concretizar. Teve uma característica holística, onde os sujeitos foram vistos como um todo e não reduzido a variáveis. Houve interação com os mesmos de forma natural e procurou-se compreender as perspectivas sem qualquer preconceito ou convicção. A questão da objetividade constitui um dos maiores problemas do método qualitativo (Carmo & Ferreira, 1998). É um procedimento que trabalha com valores, hábitos, atitudes e representações. Existe um envolvimento inevitável com o sujeito, não constituindo um defeito ou uma imperfeição do método. Não é invalidado o seu rigor, mas remete-se a uma necessidade de reproduzir a realidade o mais possível.

Nesta investigação/ação foi possível identificar e reconhecer, que cada um tem aspirações diferentes fazendo com que o envelhecimento seja original e diferenciado dos outros. Pretendeu-se promover um plano com a colaboração dos diversos interlocutores, criando uma resposta facilitadora que vá ao encontro de cada um.

O início da investigação tinha por base toda a população do Centro de Convívio, num total de 17 pessoas. Só foi possível aplicar o inquérito e a entrevista a 11 sujeitos, uma vez que alguns encontravam-se ausentes, outros apresentavam graves problemas de audição e outros ainda apresentavam doenças que tornaria a situação do estudo ineficaz e impossível na obtenção de respostas coerentes. Sendo assim foi utilizada uma amostra não aleatória para 11 sujeitos.

Ainda a propósito da investigação escolhida sublinha-se que “(...) é a metodologia mais apta a favorecer as mudanças nos profissionais e/ou nas instituições educativas que pretendem acompanhar os sinais dos tempos, o que só é possível quando toda a comunidade educativa se implica num mesmo dinamismo de ação e intervenção” (Coutinho, 2009 p.356).

Bell, (2004) diz que, na investigação/ação, a presença do investigador poderá causar 3 problemas:

- A influência da sua presença;
- As diferenças de género, idade, sociais e culturais entre o entrevistador e o entrevistado;
- A sobreposição de canais de comunicação.

No presente enquadramento, apenas se sentiu o constrangimento ao nível da comunicação e pelo espaço físico da entrevista. O diálogo decorreu num canto de um “open space”, onde estavam presentes os outros utentes e funcionários, a uma distância de cerca de 4/5 metros. Relativamente às outras 2 problemáticas, não foram sentidas pelo investigador.

“A investigação- ação não é um método nem uma técnica” (Bell, 2004, p. 22). Compreende uma abordagem com ênfase na resolução de problemas, que levam a cabo uma pesquisa por um período de tempo para um maior entendimento de uma problemática. É um processo de mudança social nas populações que participam nestes processos.

Este tipo de investigação ultrapassa o campo educativo, uma vez que todos os elementos de uma sociedade podem contribuir para os resultados de uma investigação no campo das ciências sociais, para a construção da cultura e conhecimento de um determinado grupo, país ou nação.

2.6. Os instrumentos: Questionário e Entrevista

Partindo da análise da literatura e investigações, considerou-se que o instrumento a utilizar seria o questionário/entrevista (anexo n.º 1).

A entrevista é uma técnica utilizada na investigação que permite obter dados e opiniões sobre um determinado assunto. É um processo de comunicação direta entre o entrevistador e o entrevistado. Esta técnica requer uma preparação prévia, onde são definidos os objetivos, o guião da entrevista, a escolha dos entrevistados e o método de registo para recolha da informação.

“A entrevista pode contribuir para contrariar determinados enviesamentos próprios da observação participante”. (Hérbert, Goyette, & Boutin, 1990, p. 160). Isto traduz que, para se obter uma recolha de dados válidos, é necessário ter em conta as diversas opiniões, crenças e atitudes.

Dos três tipos de entrevista, não diretiva, semidiretiva e diretiva, foi aplicada a entrevista semidiretiva. O entrevistador propôs o tema, e o entrevistado teve a liberdade de responder quanto à ordem e forma. O entrevistador apenas interveio para reorientar, e sempre que o entrevistado se desviava do tema.

A única pergunta aberta: “O que quer fazer antes de morrer?”, criou estímulo e interesse ao entrevistado. Foi uma forma de se expressar e enunciar algumas preocupações. Foi também um motivo de orgulho e que todos os entrevistados tiveram o prazer de divulgar. Se esta pergunta não fosse executada, com a liberdade de tempo concedida e demonstrando interesse em ouvi-la, dificilmente se recolheria a informação pretendida através de outro método.

Relativamente às técnicas de inquérito, foi utilizada a entrevista semidiretiva e o questionário fechado. Pretendia-se que a informação obtida fosse concreta com a facilidade da análise, posterior da informação (Barañano, 2004).

O questionário procurou descrever a população sobre “Questões sobre acontecimentos únicos” (Barañano, 2004, p. 96), em que as questões se referiram a factos que só acontecem uma vez na vida e que fazem parte da história pessoal de cada um, tanto no passado como no presente. Esta situação foi verificada com alguma problemática, na medida em que se denotou algum esquecimento ou distorção involuntária da informação.

Analogamente ao questionário e de perguntas fechadas, compreendidas pelos respondentes, foi apresentada uma lista pré estabelecida e de respostas possíveis, entre as quais o entrevistado, indicou a resposta mais aproximada da realidade.

A via escolhida para a aplicação do questionário foi aplicada pelo próprio investigador, uma vez que a maioria dos utentes era iletrada e, por ser objetivo também do investigador, ter uma interação direta com os entrevistados

De seguida apresenta-se os Prós e os Contras da entrevista e do questionário. (Carmo & Ferreira, 1998, p. 147).

Técnica	Prós	Contras
Inquérito por Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilidade quanto ao tempo de duração, adaptação a novas situações e a diversos tipos de entrevistados (ex.: analfabetos) - Profundidade (permite observar o entrevistado e colher informações íntimas ou de tipo confidencial) 	<ul style="list-style-type: none"> - Requer maior especialização do investigador - Custa mais caro - Gasta mais tempo
Inquérito por Questionário	<ul style="list-style-type: none"> - Sistematização - Maior simplicidade de análise - Maior rapidez na recolha e análise de dados - Mais barato 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de conceção - Não é aplicável a toda a população - Elevada taxa de não respostas

TABELA 3 - PRÓS E CONTRAS DA ENTREVISTA E DO QUESTIONÁRIO

O questionário foi considerado o mais adequado para obter os dados necessários para a investigação, pelas dificuldades em termos literários da maioria dos sujeitos. Deste modo foram construídos, no âmbito deste estudo, as seguintes partes do questionário:

A primeira parte referiu-se aos dados sócio demográficos: idade, género, escolaridade, profissão e constituição do agregado familiar. E a segunda, a questão aberta: **“Antes de morrer, eu quero...”**

O objetivo desta questão aberta, prendeu-se com dar tempo aos participantes, de conhecer os motivos desses desejos e de perceber porque não o fizeram.

A concretização desta questão, ponto de partida para o desenvolvimento deste trabalho, justificou a necessidade de perceber o conceito que o sujeito têm sobre si próprio (autoconceito), sobre a sua aspiração, sobre o seu nível de ocupação, sobre a sua interação social e ou familiar, constituindo-se um elemento fundamental na definição das estratégias.

Em suma, se cada um dos sujeitos, até agora, conseguiu realizar uma serie de situações e, se pudesse recomeçar, o que é que ainda fazia?

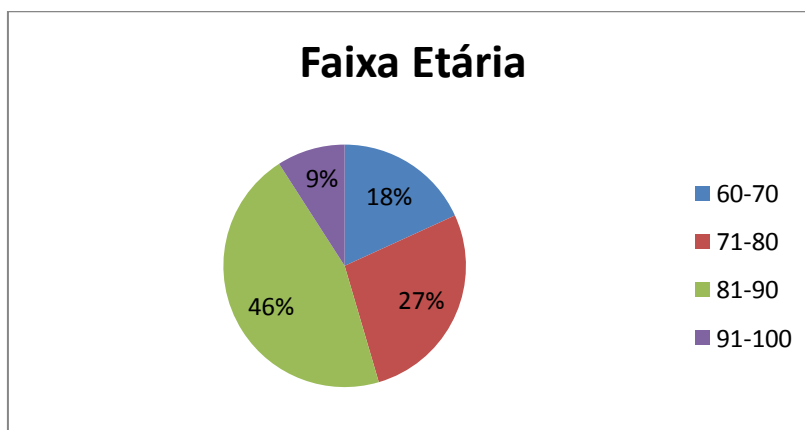
2.7. A Caracterização da Amostra

Constitui um aspeto importante para a definição do grupo, a ideia de perceber melhor quais os desejos e as vontades das pessoas mais velhas que permanecem de momento no Centro de Convívio e que se pressupõe, que serão os futuros utentes do Lar Residencial com abertura prevista durante o ano 2013.

A técnica por amostragem “(...) conduz à seleção de uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo que se denomina amostra, de tal maneira que os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram selecionados” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 191).

O tipo de técnica de amostragem que foi utilizada, foi a probabilística, em que cada um dos elementos da população definida, tinha a probabilidade real de ser incluído na amostra. Uma vez que o Centro Social e Paroquial de Pousos é da freguesia residente do investigador, foi utilizada uma amostragem por conveniência.

Assim, a população era constituída por 17 sujeitos que frequentam diariamente o centro de convívio, sendo 15 do sexo Feminino e 2 do sexo Masculino. A idade variou entre 62 e mais de 94 anos, como se pode observar no Quadro 1.

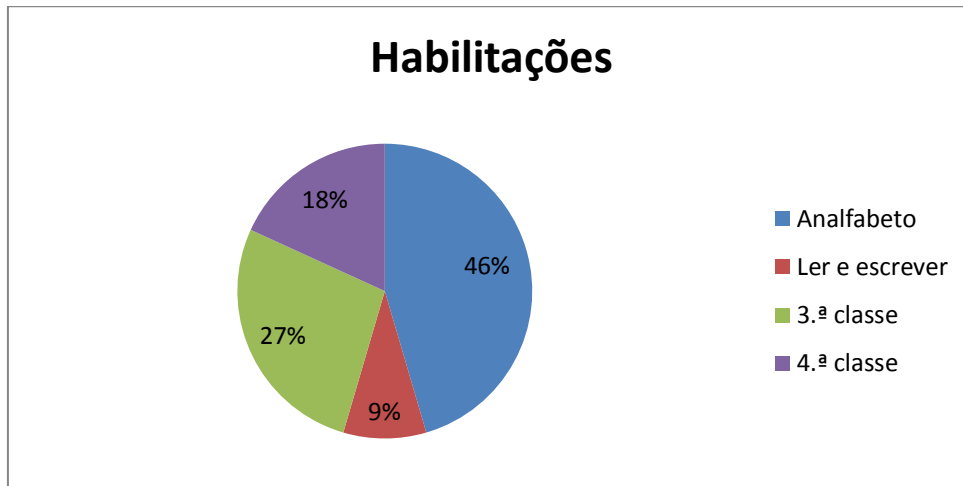


QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR FAIXA ETÁRIA

Fizeram parte da amostra 11 pessoas (10 mulheres e 1 homem). Os restantes apresentaram elevados índices de surdez o que dificultaria a comunicação. Outros, por diagnóstico de

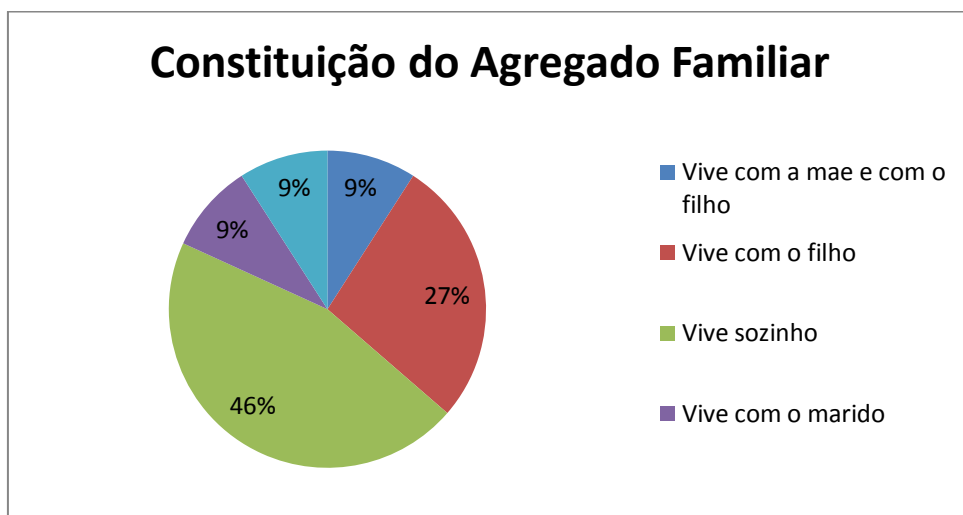
demência mental e, outros ainda por se encontrarem ausentes por doença nos dias das entrevistas.

Todos os sujeitos deste estudo residiam na freguesia de Pousos. Dos sujeitos inquiridos, 5 eram analfabetos, 1 sabia ler e escrever, 3 com a 3.^a classe e 2, com a 4.^a classe.



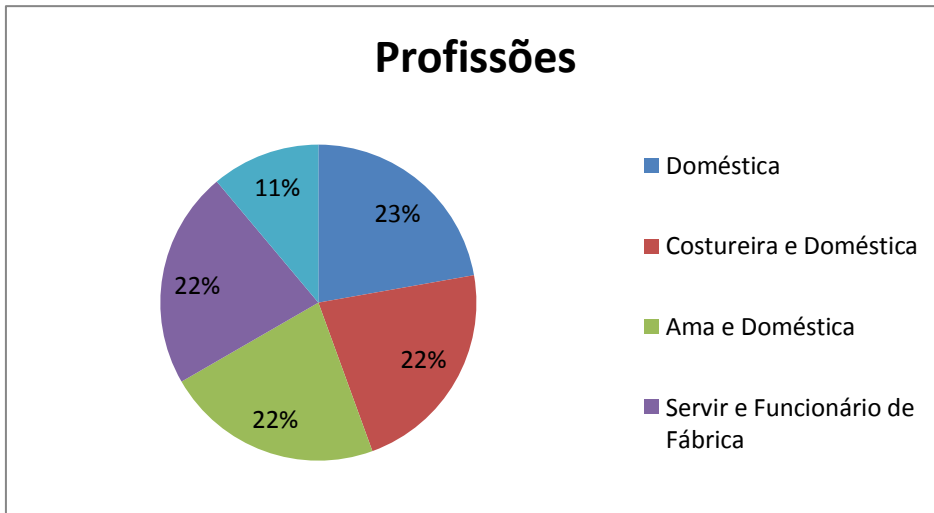
QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

No que diz respeito ao agregado familiar, 3 viviam com os filhos, 5 sozinhos, 1 com o marido, 1 com mãe e filho e 1 com filho, nora e netos.



QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Relativamente à profissão, 6 foram domésticas e 5 pertencentes ao grupo da agricultura e funcionários de fábricas de vidro e plástico.



QUADRO 4 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR PROFISSÃO

O nível socioeconómico apurado tanto junto das funcionárias que cuidam destes idosos como pelos próprios, 8 sujeitos apresentaram um nível muito fraco e 3 idosos um nível mais normal.

2.8. Procedimentos

Na aplicação do instrumento esteve sempre presente, a ética da pesquisa, a proteção e bem-estar dos sujeitos, o seu consentimento e o direito à não participação, a confidencialidade e o anonimato. Deste modo, antes de se iniciar a aplicação do inquérito, explicou-se sempre o objetivo do estudo individualmente, a questão do anonimato e da confidencialidade.

A aplicação do inquérito foi marcada no início de Novembro, tendo sido realizadas 3 visitas à Instituição durante esse mês.

A forma de recolha dos dados consistiu na oralidade das perguntas, dada a grande percentagem de analfabetos, possível dificuldade de visão e interpretação e risco de divagação nas respostas. Os dados foram recolhidos no final de cada resposta.

Uma vez que a questão aberta poderia causar algum tipo de constrangimento, respeitaram-se os silêncios e respeitou-se todo e qualquer juízo de valor. As informações foram registadas diretamente pela investigadora.

Algumas dificuldades de aplicação do inquérito relacionaram-se com a dificuldade de audição e pela surpresa do sujeito em termos de se auto avaliar ou de os “obrigar” a sonhar.

A divagação na resposta à última questão foi relativamente controlada. A pergunta foi colocada de forma a evitar uma possível morosidade com elementos desnecessários. Só se observou este tipo de dificuldade, para a grande maioria dos sujeitos, na temática da saúde. Alguns sujeitos, dada a importância do fator saúde nesta faixa etária, enumeraram as doenças que têm ou que consideram ter, como grande obstáculo a realização daquilo que ainda gostariam de realizar antes de morrer.

Outra dificuldade observada, que implicou diversas paragens durante a entrevista, foi a vulnerabilidade emotiva. Em determinadas respostas, por serem delicadas ou por estar presentes sentimentos de tristeza ou de alguma frustração, um grupo razoável de sujeitos principalmente do sexo feminino, emocionaram-se e/choraram durante a resposta à última questão.

O horário de aplicação dos questionários foi articulado com as rotinas institucionais, de modo a não alterar o funcionamento da mesma. A aplicação dos questionários foi efetuada durante a semana e da parte da tarde.

O que responderam os idosos à questão: Antes de morrer, eu quero _____

- Vestir bem;
- Ir a Lisboa e à praia;
- Ir a um baile;
- Gostava de ver o folclore e o fogo-de-artifício de S. Romão;
- Reunir com todos os meus irmãos, principalmente com os do Algarve;
- Ir ao Algarve;
- Ir ao cabeleireiro e às compras;
- Um chá com as minhas amigas;
- Ir com a D. Rosa numa excursão (a esposa do Sr. Joaquim das carreiras);
- Gostava de acabar as rendas que tenho em casa;
- Quero morrer em casa;
- Festejar o aniversário com as minhas 2 filhas, mas elas não gostam de mim;
- Fazer excursões em Portugal;
- Que a minha filha compreendesse a minha velhice. Ela nunca tem tempo para mim;
- Ver o meu marido melhor;
- Estar com os 5 filhos e os 10 netos;
- Jantar em casa com toda a família;
- Conhecer a bisneta;
- Confessar-me;
- Abraçar o meu filho (estamos zangados);
- Voltar à minha terra, Campo Maior;
- Gostava de estar com a minha cunhada do Brasil;
- Reunir toda a família no meu aniversário;
- Ir à minha terra, a Bajouca.

2.9. Descrição e Interpretação de dados

Não obstante de qualquer cidadão ter interesse em concretizar os seus desejos, o resultado deste trabalho destinou-se especialmente aos responsáveis do Centro Social Paroquial de Pousos e, a outras instituições que trabalham com idosos, tendo o objetivo de sensibilizar profissionais e outros cuidadores, a darem oportunidade de ouvirem as vontades e aspirações, tão importantes nesta faixa etária, a fim de melhorarem os serviços aos utentes e clientes do futuro Lar.

Os resultados da presente investigação, irão auxiliar a melhor definir e priorizar as atividades do Plano Anual da Instituição.

Nem sempre é oportuno ou razoável, pela observação empírica dos utentes, conhecer as ambições de cada um nesta fase última da vida. As respostas obtidas com uma única pergunta da entrevista, permitiu classificar alguns problemas, ter a perceção de alguns valores, comportamentos e estados emocionais.

O tratamento da informação foi dividido em duas partes. A parte das respostas ao questionário, e a parte da resposta à questão “Antes de morrer, eu quero...”.

A primeira parte, permitiu uma análise quantitativa da identificação de cada pessoa. A segunda, uma análise qualitativa, uma vez que as respostas obtidas foram divergentes, tendo em conta a natureza humana. Não é possível ser medida e foi de difícil comparação. Desta forma e no próximo capítulo, irá proceder-se à proposta de um Plano onde inclui a realização de um momento (s) onde se vai ao encontro das aspirações de cada um dos sujeitos.

A maioria dos sujeitos caracterizou-se na idade de 81- 90 anos, sendo já a “quarta- idade” definida por alguns autores da gerontologia. As profissões eram variadas, mas todas não qualificadas. O nível literário é muito baixo, sendo a maioria dos idosos desta amostra analfabetos. Quase todos viviam sozinhos e estão “dependentes” do Centro Social e Paroquial de Pousos para alguns cuidados de higiene, alimentação, transporte e acompanhamento.

Relativamente às respostas obtidas pela questão: Antes de morrer, eu quero..., a maioria dos inquiridos referiu o desejo de realizar atividades de lazer, numa lógica de bem-estar e o desejo de estar com a família. Assim, são referidas como atividades de lazer, a visita às suas terras natais e a outros lugares da sua infância e juventude ou a lugares carismáticos (ex.: Brasil e Algarve), num total de 8 repostas. Quanto aos desejos apresentados em relação à presença com as famílias (ex.: com os filhos, cunhada, netos), 10 repostas. As restantes, num total de

24, foram catalogadas na categoria das relações sociais (ir ao cabeleireiro, compras e um chá com as amigas), com as crenças pessoais (confessar-se) e finalmente o último dos desejos, morrer em casa.

Os resultados alcançados neste trabalho estão de acordo com o esperado, para um nível socioeconômico e afetivo do grupo estudado.

Assim, o conhecimento sobre estes desejos, revela-se de grande pertinência para a equipa técnica, que irá cuidar destes idosos, permitindo-lhes estarem despertos para a realidade do envelhecimento individual, promovendo uma mudança de comportamento e uma fomentação dos benefícios que cada cliente pode ter enquanto elemento integrante e participativo na definição do seu projeto de vida, numa lógica de participação. Este conhecimento é reiterado pela ideia de que formação da nossa identidade é realizada desde o momento que nascemos até à morte, exigindo um conjunto de aprendizagens e adaptações que se objetivam nas nossas escolhas de vida.

Recordando a pergunta de partida: Têm os idosos do Centro Social e Paroquial de Pousos aspirações e desejos pessoais que sejam possíveis de concretizar através de um Plano Ocupacional? Podemos concluir que, as maiorias das respostas foram possíveis de serem concretizadas no Plano Ocupacional, reiterando de que estes desejos/ objetivos são possíveis de cumprir. É ainda importante referir que apesar da pergunta estar elaborada com base nos parâmetros da precisão, em sentido pragmático, baseando-se num estudo de mudança do funcionamento e ter uma intenção compreensiva ou explicativa e não moralizadora ou filosófica (Quivy, 2005)³⁵, observou-se que todos os entrevistados entenderam a questão e não demonstraram dificuldade em responder com interesse.

³⁵ Disponível em:

http://webdav.sistemas.pucminas.br:8080/webdav/sistemas/sga/20112/439696_perg_partida.pdf

CONCLUSÃO

Conclusão

Falar sobre a morte, é ainda um tema difícil, tanto para quem pergunta como para quem tem de responder. Assim, no término desta pesquisa, pensou-se que seria pertinente abordar alguma das dificuldades que se teve ao efetuar as entrevistas. Foi um momento pelo qual se ansiou, e para o qual houve preparação logística e emocional. Contudo e quando os sujeitos respondiam à questão sobre o que queriam fazer antes de morrer, e de todas as histórias pessoais que relataram respondendo à volta da questão, houve dificuldade em obedecer às normas técnicas da investigação, dando azo a alguma envolvência emocional. Pensa-se que este facto aparece refletido em todo o trabalho empírico e pode ter influenciado os resultados. Esta foi uma variável independente que não se conseguiu controlar na sua totalidade.

Da análise dos resultados obtidos, tanto de leitura dos conteúdos da entrevista como da elaboração do Plano Ocupacional, os indivíduos devem participar de forma efetiva na definição das atividades do seu programa individual, e que esta atitude de participação se irá revelar fundamental numa política da qualidade.

Esta ideia da participação da pessoa na definição do seu percurso de atividades, vai ao encontro da ideia de que a inatividade, a falta de objetivos e o tédio são a base de inúmeros problemas físicos e psicossociais.

Se o idoso vive cada vez mais tempo e se as instituições são as que vão assumindo e substituindo o papel das famílias relativamente aos cuidados dos últimos anos dos idosos, torna-se imperativo, ouvir, experimentar, motivar e oferecer um conjunto de momentos que tenha em vista a qualidade de vida dos idosos.

Com a pergunta “Antes de morrer, eu quero...”, procurou-se descobrir o que daria mais prazer realizar na vida de cada um dos entrevistados. Das respostas obtidas, parece-nos que quase todas são exequíveis no planeamento de atividade de uma instituição, ou perfeitamente realizáveis através de algumas atitudes do corpo técnico conjuntamente com a sensibilidade das famílias, tornando possível realizar os desejos destas pessoas e logicamente permitir-lhes desenvolver, ao nível da sua autoestima, no sentimento de pertença e de participação na sua vida.

Deste modo, a gerontologia de hoje é multidisciplinar. Pertence a vários especialistas e pretende adotar estratégias tendo em consideração a individualidade de cada idoso. Uma vez que o estigma à pessoa idosa é vê-la com pouco rendimento, dependente, cansada e isolada, ainda é um desafio do envelhecimento, demonstrar o oposto. Trabalhar com os idosos é

respeitar a diferença, mas propondo um caminho onde se desenvolva autonomia, integração, participação e acima de tudo, satisfação.

Então, parece claro com este trabalho que a questão da motivação para a participação, deve ser um trabalho conjunto entre o animador, todo o corpo técnico e o cliente, num trabalho imprescindível de adesão, respeitando sempre as características contextuais e os desejos de cada um. Será igualmente importante, que as instituições estejam abertas à comunidade, a fim de não se perder o “capital social” de cada pessoa. As instituições devem assumir um carácter de compromisso na promoção da melhoria contínua dos seus serviços de modo a potenciar as capacidades dos seus clientes, numa política da qualidade. A sua ocupação em atividades, próprias para a terceira idade, é indissociável de um percurso coerente e articulado para um retardamento do processo de envelhecimento e como melhoramento do seu estado mental.

A freguesia dos Pousos, tem um conjunto de recursos de excelência tanto a nível desportivo, como musical, paroquial e de diversão/lazer, sendo um parceiro privilegiado nesta dinâmica de recursos. Podendo, estes recursos comunitários serem uma mais-valia na persecução destes programas e, da realização de um processo de desenvolvimento que promova um envelhecimento ativo e influencie dinâmicas comuns a diversas faixas etárias.

De toda a pesquisa efetuada, bibliográfica, visita a instituições e contato direto, observamos ao nível geral, uma falta de personalização nos serviços que cuidam de idosos, numa lógica de minimização da pessoa enquanto ser humano. As atividades funcionais são reduzidas as tarefas mínimas e rotineiras. O habitual é terem serviços de acesso estandardizados ou muito semelhantes para todos, com horários pouco flexíveis. Esta constatação resulta de uma observação e não se constitui como uma crítica, mas como um ponto de partida para a implementação de um conjunto de medidas que se enquadrem numa política da qualidade, objetivada pelas normas estipuladas pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, através dos seus manuais, e que sejam promotoras do desenvolvimento humano nesta fase. Estas medidas obrigam a um conjunto de recursos humanos, a uma atitude de sensibilidade humana, tendo em conta as diferenças individuais dos sujeitos.

A entrada do idoso para o lar, deve passar a ser vista como uma mudança penosa, com alguma perda de identidade, mas como uma nova fase e crescimento individual. O afastamento do seu habitat natural, sendo forçado a adaptar-se a um novo espaço físico e relacional é difícil e, muitos dos utentes apresentam nos primeiros meses bastante resistência afetando o seu estado psicoafectivo, incluindo o aumento da fragilidade e dependência.

Assim, por estas razões e outras já anunciadas em outros capítulos, as instituições que prestam serviços a idosos, deveriam investir de uma forma razoável, consciente, coordenada e de respeito por cada um, numa oferta de atividades a fim de promover a sua integração na instituição, fazendo da pessoa um ser válido e ativo socialmente. As atividades lúdicas trazem benefícios aos idosos, sempre numa ótica de respeito pelas características desta faixa etária. É uma forma de atuar em todos os campos da qualidade de vida, sendo um estímulo permanente e afetando o corpo e a mente de uma forma saudável.

Bibliografia

- Barañano, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação*. Lisboa: Sílabo.
- Belbel, N. (2002). *O Problema de Estudo na Metodologia da Problematização*. Lisboa: Gradiva.
- Bell, J. (2004). *Como Realizar um Projecto de Investigação* (3.ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Boff, L. (1973). *Vida para Além da Morte*. Lins, S. Paulo: Publicações CID.
- Boss, P. (1998). *A Morte na Família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cardedal, O. (2002). *Sobre la Muerte*. Salamanca: Ediciones Sigueme.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Correia, P., Espanha, M. M., & Barreiros, J. (1999). *Envelhecer Melhor com a Actividade Física*. Cruz Quebrada: FMH.
- Costa, J. (2007). *O Idoso e o Crime*. Lisboa: Edições Colibri.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes* (12ª ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2004). *Ao Encontro da Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir* (6 ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diogo, M; Nery, A; Cachioni, M; (orgs.). (2004). *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. São Paulo, Brasil: Alínea.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Hamburgo: Monitor: Projectos e Edições, Lda.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Guimarães, R. (2010). *Envelhecer com Qualidade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Hérbert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos Práticos*. Lisboa: Editions Agence D'ARC inc - Instituto Piaget.
- James, O. (2008). *Conviver com a Demência*. Porto: Civilização Editora.
- Kúbler- Ross, E. (1992). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lança, R. (2003). *Animação Desportiva e Tempos Livres*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Lima, M. P. (2004). *Posso Participar*. Porto: Ambar.
- Marchand, H. (2005). *A Idade da Sabedoria*. Porto: Ambar.

- Mc Millan, D. (1996). *Sense of Community*. Journal of Community Psychology.
- Moura, C. (2006). *Século XXI: Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Moura, C. (2012). *Processos e Estratégias do Envelhecimento* (1ª ed.). Porto: Euedito.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Osório, A., & Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pais, J. (2006). *Nos Rastos da Solidão* (1ª ed.). Porto: Ambar.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2010). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: AMGH.
- Paulos, C. (2010). *Gestão da Instituição para Idosos*. Lisboa: rioGráfica.
- Perkins, D., Florin, P., Rich, R., Wandersman, A., & Chavis, D. (1990). *Participacion and the social and physical environment of residential blocks: Crime and community context*. American Journal of Community Psychology.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Putnam, R. (2000). *Better Together: Restoring the American Community*. Nova Iorque: Simon & Schuster.
- Quartilho, M. (2010). *Saúde Mental*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Quivy, R. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Riessman, F. (1990). *Restructuring Help: A human Services Paradigm for the 1990's*. American Journal of Community Psychology.
- Sarason, S. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Vaz, E. (2008). *A velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Viana, M. (1974). *Psicologia da Maturidade da Velhice*. Porto: Porto Editora.

Webgrafia

<http://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/teoria-psicossocial-do-desenvolvimento-em-erik-erikson>

<http://www.adepressaodoi.pt>

<http://www.apcp.com>

<http://www.cartasocial.pt>

<http://www.cria.saude.com>

<http://www.dontpaniconline.com.pt/magazine/radar/antes-de-morrer-eu- quero->

<http://www.gerontologia.org>

<http://www.idademaior.iol.pt>

<http://www.igfse.pt>

http://www.imsero.es/imsero_01/index.htm

<http://www.nhu.ufms.br>

<http://www.parlamento.pt>

<http://www.portaldasaude.pt>

<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br>

<http://www.psicologia.pt/pesquisa/index.php?q=programa%20de%20desenvolvimento%20cognitivo>

<http://www.publistorm.com/e-o-que-voce-quer-antes-de-morrer/>

<http://www.saidoescurto.pt>

<http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n3/a06v33n3.pdf>

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n2/v3n2a01.pdf>

<http://www.slideshare.net/junioragogo/erikson-6036818>

<http://www.uel.br>

<http://www.vidadequalidade.org>

http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas

http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave

http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_lar_residencial_modelo_avaliação

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário e Entrevista

Questionário e Entrevista

Atividades Ocupacionais e de Desenvolvimento Pessoal

Este documento pretende ser um instrumento preparatório de diagnóstico de identificação, de gostos e interesses relativos à animação para a terceira idade no Centro Social e Paroquial de Pousos, para que numa fase posterior se possam planear e executar ações de animação socioeducativas pertinentes e adequadas à população-alvo.

1. Dados de Identificação

Nome: _____	
Data de Nascimento _____	Idade _____
Grau de Escolaridade _____	
Profissão (profissões) que desempenhou _____	
Outras Informações Importantes _____	

2. Caracterização sucinta do idoso

Constituição do agregado familiar _____		
Grau de dependência do idoso		
Independente ___	Parcialmente dependente ___	Dependente ___
Deficiências		
Mental ___		
Visual ___		
Motora ___		
Auditiva ___		
Outras Limitações: _____		

3. Antes de morrer, eu quero _____

Anexo 2 – Plano de Atividades

Atividade	Descrição	Periodicidade	Objetivos	Material
Animação cognitiva	<p>Jogos da memória, labirintos, diferenças,...</p> <p>Jogos de contas, palavras cruzadas, jogos de sequências.</p> <p>Operações de aritmética simples, ditados, cópias e redigir listas de compras para atividades.</p>	Semanal. Quando oportuno com convívio intergeracional	<p>Desenvolver e estimular a concentração, memória e capacidade de raciocínio.</p> <p>Desenvolver vocabulário e agilidade mental.</p> <p>Descoberta e partilha de conhecimentos.</p>	Papel, material de escrita, quadro, livros de leitura simples, jornais, revistas e jogos de material geriátrico.
Animação desportiva	Atividades dentro da Instituição e ao ar livre.	Semanal	Expressar-se, criar e sentir. Maior segurança nos movimentos, maior adaptação, tomada de decisão e criatividade. Combate ao sedentarismo e melhorar ou evitar o declínio das condições físicas.	Bolas, cordas, cadeiras, paus, material reciclado e outros.
Animação Lúdica e Cultural, incluindo aniversários e comemoração de dias festivos	Filmes, debates, fotografia, passeios, excursões, ida a espetáculos, histórias, curiosidades culturais, organização de festas e piquenique.	Semanal	Desenvolver as relações de grupo. Proporcionar momentos de diversão e descontração. Orientar a memória e orientar o utente no tempo. Promover o convívio entre idosos, famílias e funcionários. Relativamente à comemoração do aniversário, pretende-se preservar a identidade e se possível reunir a sua família.	Leitor de DVD, discos DVD, meio de transporte, bolo de aniversário, material diverso.
Animação musical	<p>- Aulas de música especial para Idosos (SAMP);</p> <p>- À disposição instrumentos musicais de percussão para comemorações e sempre que necessário.</p> <p>- Karaoke</p>	- Mensal e semanal	- Convívio, enriquecimento cultural, cantar e tocar.	- Rádio, Leitor de CD, discos CD, instrumentos de percussão, vídeo projetor.

Trabalhos Manuais	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhos em feltro; - Saquinhos de cheiro; - Pequenos arranjos de costura; - Porta moedas e porta chaves; - Bonecos de pano; - Pequenos trabalhos para épocas festivas; - Recurso a materiais reciclados para diversos trabalhos 	- Semanal	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimentos da motricidade fina; - Estimulação da criatividade; - Precisão manual e a coordenação psico-motora. 	- Linhas, agulhas, lã, retalhos, feltro, garrafas de plástico, livros velhos, caixas de cereais, etc.
Animação Religiosa	<ul style="list-style-type: none"> - Rezar o Terço; - Realizar momentos de oração e reflexão; - Ensaiar alguns cânticos para a celebração musical. 	- Semanal	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a capacidade de relacionamento; - Aumentar a capacidade de partilha; - Convidar a momentos de silêncio; - Ajudar a acalmar. - Ajudar à reflexão. - Evitar perdas de memória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terços; - Bíblia; - Textos de reflexão; - Guitarra; - Cânticos.

Anexo 3 – Plano de Atividades Semanal

Exemplo de um Plano semanal baseado nos objetivos do plano de Atividades Anual

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
10h30	Ginástica geriátrica (aula dos aros)	Animação Cognitiva (jogos de sequências de cores e tamanhos)	Musicoterapia (SAMP)	Animação cultural (leitura de notícias de jornal e revistas). Debate	Atelier da culinária Descascar nozes. Preparar um bolo de aniversário e decora-lo.
15h00	Expressão artística (Atividade das molas)	Escolha do lema da semana: compromisso e debate	Bingo e jogos de mesa	Atividade religiosa (leitura, oração e canto)	Cabeleireiro/barbeiro, manicura, pedicura e depilação

Sábado e Domingos: possibilidade de assistir aos jogos de futebol dos Pousos e outras atividades de lazer da freguesia.

Anexo 4 – Plano Ocupacional

Análise Qualitativa das respostas dos idosos para integração do Programa Ocupacional PDCA

Sujeito	Resposta	Atividade	Monotorização
1	A: Vestir Bem	A: A ser comemorado no dia Internacional da Moda: 13 de Setembro.	A: Organizar um desfile de moda convidando outras instituições de idosos e da comunidade a estarem presentes, onde esta idosa seria a "modelo" principal. Convidar 2 ou 3 lojas a emprestarem a roupa para o desfile;
	B: Ir a Lisboa e à praia	B: Excursão a Lisboa. Visita ao Mosteiro dos Jerónimos, Belém e Oceanário.	B: Optar pela excursão do Ano, ser com destino Lisboa.
	C: Ir a um baile	C: Assistir a um ensaio de uma escola e Dança. No dia do aniversário da Idosa, convidar uma escola para fazerem uma demonstração e convidar à participação dos idosos.	C: Convidar uma escola de dança à Instituição; Promover um baile de músicas temáticas; Levar a idosa a um baile da freguesia.
2	A: Ir ao folclore e fogo-de-artifício de S. Romão	A: Ir ao folclore e fogo-de-artifício de S. Romão, a realizar-se no último fim de semana de setembro	A: Levar a idosa à atuação do Folclore e se possível ao fogo-de-artifício. Levada pela Instituição, pelo grupo de voluntários ou pela família. Marcar nas tarefas das auxiliares para esse dia: levar a idosa ao último andar do lar (terraço) a ver o fogo-de-artifício de S. Romão.
	B: ir ao Algarve e reunir os irmãos	B: ir ao Algarve e reunir os irmãos	B: Levar a idosa, em articulação com a família, a viajar até ao Algarve com a intenção de reunir a família. Convidar os irmãos a estarem presentes na festa da família organizada pelo Lar.
3	A: ir ao Cabeleireiro e às compras	A: Cuidar do corpo	A: Atividade semanal a ser executada pelo grupo de voluntários: pentear, tratar das mãos e depilação. Orçamentar com fotógrafos sobre serviços "especial 3.º idade" com maquiagem. Sensibilizar a família para saída às compras sempre que oportuno.
	B: Um Chá com as amigas	B: Tarde de chás com biscoitos	B: Numa das salas mais recatadas do lar, promover uma tarde de chá e tertúlia com as amigas. Sensibilizar as mesmas para que sempre que possível levem a idosa a lanchar fora da instituição.
	C: Ir com a D. Rosa numa excursão	C: Visita de estudo e de lazer	C: Contatar a "D. Rosa" e verificar se o "Sr. Joaquim" ainda organiza excursões. Promover junto da família uma saída para esta utente.
4	A: Acabar com as rendas que tem em casa	A: Atividade de labores	A: Trazer as rendas de casa para terminar no Lar. Se assim o pretender, pedir a colaboração de outras utentes. Realizar uma mini exposição numa das salas do lar.
	B: Quero morrer em casa	B: Ir a casa com a maior frequência possível	B: Até ser possível, ter esta utente em resposta de Centro de Dia. Sensibilizar os familiares para a acompanharem a tarefas em casa para que não se desligue do seu "habitat natural".
5	A: Festejar o aniversário com a filha	A: Festejar sempre o seu aniversário	A: Convidar a filha a estar sempre presente ou a sensibilizar para uma atividade que dê prazer à mãe nesse dia.

6	A: Fazer excursões em Portugal	A: Participar nas visitas ao exterior, promovidas pelo Lar	B: Sensibilizar a família à inscrição do idoso no Turismo Sénior e nas excursões realizadas pela comunidade de Pousos
	B: Que as minhas filhas compreendessem a minha velhice	A: Atividades com os familiares	A: Sensibilizar a importante participação das filhas em atividades com a mãe.
7	A: Ver o meu marido melhor	A: Convidar o marido para vir ao lar	A: Sendo possível, trazer o marido a estar com a idosa em alguns momentos de atividades.
	B: Estar com os 5 filhos e os 10 netos	B: atividades com os familiares	B: Sensibilizar a família para este desejo. Propor alguns dias específicos para reunião familiar: dia dos avós, dia da família, aniversário da utente
	C: Jantar em casa com toda a família		o mesmo do anterior
8	A: Conhecer a bisneta	A: Momentos de conversa virtual	A: Contactar a família para definir momentos de comunicação online
	B: Confessar-se	B: Atividade religiosa	B: Com a regularidade possível, o pároco deslocar-se ao lar para confissões e celebrações. Levar o utente a estes mesmos momentos à paróquia.
	C: Abraçar o filho	C: Atividade familiar	C: Informar o filho deste sentimento de reconciliação. Propor um encontro no lar.
	D: Voltar à minha terra: Campo Maior	D: Excursão à Festa das Flores em Rio Maior	D: Preparar a saída com todos os utentes. Promover uma parceria com uma instituição local para almoço partilhado e visita à festa.
9	A: Gostava de estar com a minha cunhada do Brasil	A: Momentos de conversa virtual	A: Contactar a cunhada para definir momentos de comunicação online.
10	Tudo feito		
11	A: Reunir a família no meu aniversário	A: Atividade familiar	A: Convidar a família para festejar o aniversário com o idoso.
	B: Ir à minha terra, à Bajouca	B: Atividade exterior: Bajouca	A: Proporcionar um encontro com uma atividade entre o Lar dos Pousos e o Lar da Bajouca. Visitar locais de interesse na localidade em que este idosos fosse o "guia".
	C: Confessar-me	C: Atividade religiosa	B: Com a regularidade possível, o pároco deslocar-se ao Lar para confissões e celebrações. Levar o utente a estes mesmos momentos à paróquia.

Anexo 5 – Direitos Humanos e a Pessoa Idosa

DIREITOS HUMANOS E A PESSOA IDOSA³⁶

Dia Internacional do Idoso

1º de outubro 2008.

A necessidade de discussão e implementação de políticas públicas destinadas às pessoas idosa se torna cada vez mais imperiosa nos países em desenvolvimento, que já possuem uma deficiência grave no que tange à efetivação dos direitos humanos desse segmento populacional.

Para os idosos garantirem seus direitos ainda será necessária muita luta para que eles sejam respeitados e assegurados pelo Estado esses direitos. O caminho a trilhar é longo, porém, como protagonistas e de forma organizada, terão muito mais poder de conquista.

A questão da velhice não é apenas demográfica, trata-se também de uma questão social e política. Tanto é assim que organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas, vêm discutindo o tema, elaborando planos, realizando eventos sobre a questão do idoso e recomendando aos países signatários que desenvolvam políticas, planos e projetos com o objetivo de implementar ações que beneficiem esse segmento populacional.

A Organização das Nações Unidas realizou a primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento em agosto de 1982, em Viena, Áustria. O propósito principal dessa Assembleia foi iniciar um fórum para traçar um Plano Internacional de Ação, sensibilizando os governos e a sociedade da necessidade de instituir um Sistema de Seguridade Econômico Social para os idosos, assim como oportunidades de participação e contribuição ao desenvolvimento de seus países.

Foram adotados pelas Nações Unidas, em 1991 (Resolução ONU 46/91), os Princípios das Nações Unidas em favor dos idosos, sendo estes princípios relativos aos direitos humanos: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade.

Em 2002, foi realizada a segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Madrid/Espanha, resultando no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, no qual foram adotadas medidas em âmbito nacional e internacional, em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e, ainda, criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento.

³⁶ Retirado de: <http://www.gerontologia.org>

Em 2003, foi realizada a Conferência Regional América Latina e Caribe sobre Envelhecimento,

Anexo 6 – Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas

Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas³⁷

Independência

1. Os idosos devem ter acesso a alimentação, água, alojamento, vestuário e cuidados de saúde adequados, através da garantia de rendimentos, do apoio familiar e comunitário e da auto-ajuda.
2. Os idosos devem ter a possibilidade de trabalhar ou de ter acesso a outras fontes de rendimento.
3. Os idosos devem ter a possibilidade de participar na decisão que determina quando e a que ritmo tem lugar a retirada da vida ativa.
4. Os idosos devem ter acesso a programas adequados de educação e formação.
5. Os idosos devem ter a possibilidade de viver em ambientes que sejam seguros e adaptáveis às suas preferências pessoais e capacidades em transformação.
6. Os idosos devem ter a possibilidade de residir no seu domicílio tanto tempo quanto possível.

Participação

7. Os idosos devem permanecer integrados na sociedade, participar ativamente na formulação e execução de políticas que afetem diretamente o seu bem-estar e partilhar os seus conhecimentos e aptidões com as gerações mais jovens.
8. Os idosos devem ter a possibilidade de procurar e desenvolver oportunidades para prestar serviços à comunidade e para trabalhar como voluntários em tarefas adequadas aos seus interesses e capacidades.
9. Os idosos devem ter a possibilidade de constituir movimentos ou associações de idosos.

Assistência

10. Os idosos devem beneficiar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade em conformidade com o sistema de valores culturais de cada sociedade.
11. Os idosos devem ter acesso a cuidados de saúde que os ajudem a manter ou a readquirir um nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o surgimento de doenças.

³⁷ Retirado de: http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/IIIPAG3_15_1.htm

12. Os idosos devem ter acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a respectiva autonomia, proteção e assistência.

13. Os idosos devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura.

14. Os idosos devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas.

Realização pessoal

15. Os idosos devem ter a possibilidade de procurar oportunidades com vista ao pleno desenvolvimento do seu potencial.

16. Os idosos devem ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.

Dignidade

17. Os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente.

18. Os idosos devem ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, género, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição, e ser valorizados independentemente da sua contribuição económica.