



# ENVELHECIMENTO ATIVO

INFLUÊNCIA DE SESSÃO DE RELAXAMENTO NO  
DESEMPENHO EM HIDROGINÁSTICA E EFEITO  
POSTERIOR NUMA POPULAÇÃO SÉNIOR

*Dissertação apresentada para a  
obtenção de Grau de Mestre em  
Psicologia do Desporto e Exercício*

Orientador: Professor Doutor Carlos Silva

Vasco Baptista  
Rio Maior 2012/2013

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos os meus colegas, professores e amigos com quem tive o privilégio de me cruzar e me acompanharam nesta jornada. Foram criados laços de amizade, compreensão e respeito que são o exemplo da verdadeira gênese de uma vida saudável.

A capacidade de entreatajuda, o companheirismo e a amizade, aliadas a uma superior dedicação e vontade de transmitir conhecimento foram os aspetos mais marcantes, demonstrados pela equipa de docentes que soube sempre conduzir todo o processo educativo aos níveis propostos.

Para o corpo diretivo da A.H.B.V.C.R. o meu reconhecimento não só por terem criado as condições necessárias e suficientes para executar o meu projeto mas também pela possibilidade de o poder tornar realidade.

Ao corpo técnico da Piscina da A.H.B.V.C.R e principalmente a todos os voluntários que integraram este projeto de forma dedicada e participada, a minha gratidão.

Especial foi o papel do meu orientador, Professor Doutor Carlos Silva pela sua dedicação, pela presença assídua e sempre disponível para que durante este período de trabalho tudo corresse da melhor forma, sem sobressaltos e com justificada qualidade. Agradeço os seus conselhos, a transmissão de sabedoria, o incentivo, e principalmente a ajuda, fatores determinantes para a conclusão do trabalho.

À minha família pelo apoio dispensado pelas longas horas da minha ausência, pela confiança e incentivo tão importantes em alguns dos períodos mais amargos.

À Fátima, minha companheira, sempre presente, pelo apoio, pela ajuda na pesquisa e tradução, pela capacidade de questionar metodicamente buscando a conclusão mais conveniente e acertada, pelo seu sorriso e pelo seu olhar meigo.

À Tânia pelo silêncio cúmplice e ao Francisco pelo interesse em querer ler, compreender e discutir os escritos.

Por fim um agradecimento especial ao meu grande amigo José Manuel, verdadeiro irmão e à minha família académica – a Marta e o Cristiano.....

***...Muito obrigado***

***"Há homens que lutam um dia, e são bons;  
Há homens que lutam por um ano, e são melhores;  
Há homens que lutam por vários anos, e são muito bons;  
Há outros que lutam durante toda a vida, esses são imprescindíveis."  
(Bertold Brecht - in poema "Os que lutam")***

*“ O principal é nos sentirmos tranquilos, em paz, para poder fazer escolhas, todo o tipo de escolhas, com base unicamente naquilo que queremos das nossas vidas e não nas coisas que temos medo de perder” (Marcel Postig, 1984; p.61)*

## Índice

Agradecimentos .....	ii
Índice de Tabelas.....	viii
Índice de Gráficos.....	ix
Lista de Anexos.....	x
Lista de Acrónimos .....	xi
Resumo.....	xii
Abstract .....	xv
Résumé.....	xviii
Abstrakten.....	xxi
Abstrakte .....	xxiv
I PARTE .....	1
Apresentação do Tema/Enquadramento.....	1
II PARTE .....	4
Revisão de Literatura .....	4
1) Envelhecimento.....	4
2) Conceito de Idoso e Padrões de Envelhecimento.....	5
3) O Envelhecimento e as Suas Causas .....	11
4) Os Profissionais .....	13
5) A realidade Portuguesa .....	17
6) Que meios .....	21
7) As famílias .....	30
8) O Relaxamento Progressivo de Jacobson.....	34
9) Os Contextos e Procedimentos de Aplicação.....	36
10) Criticas à Técnica .....	36
11) A Hidroginástica .....	38
12) Os Idosos .....	40
13) A Entrevista .....	41
III PARTE .....	45
Metodologia.....	45
1) Técnicas.....	45
2) A sessão.....	45
3) Caracterização dos participantes .....	47

4) Instrumentos .....	47
5) Tipo de Investigação.....	48
6) Definição do Problema.....	49
7) Objetivos .....	49
8) Definição das Variáveis: .....	50
9) Formulação de hipóteses .....	50
10) Instrumentos .....	50
11) Procedimentos estatísticos .....	52
IV PARTE .....	53
Apresentação e Discussão dos Resultados .....	53
1) Introdução .....	53
2) Descrição dos resultados obtidos .....	54
2.1 – Caracterização Demográfica.....	54
2.2 Análise inferencial da qualidade de vida.....	65
2.3 Análises correlacionais dos resultados do teste EADS.....	66
V. PARTE .....	68
Conclusões Finais .....	68
Conclusão e Aplicação na Psicologia do Desporto e Exercício.....	68
VI. Bibliografia .....	71
VII. Anexos.....	78
Abuel Questionário .....	78
INFORMAÇÃO AOS UTENTES.....	79
CONSENTIMENTO INFORMADO.....	80
Parte I – Abuel.....	81
Parte II - Abuel.....	84
EADS 21 .....	90
Questionário de Avaliação de Competências .....	91

## Índice de Tabelas

Tabela 1 População residente segundo os Censos: Total e por grupo etário .....	16
Tabela 2 O paradigma do envelhecimento produtivo na prática gerontológica .....	19
Tabela 3 Índices de Carência.....	21
Tabela 4 Esperança Média de Vida .....	24
Tabela 5 Estrutura da População Portuguesa.....	24
Tabela 6 Peso dos Grupos Etários no Total da População (em %) .....	25
Tabela 7 Famílias de Grupos Etários 75+ anos nos vários cenários em 2050.....	25
Tabela 8 Taxa de Risco de Pobreza após Transferências Sociais .....	28
Tabela 9 Estrutura das despesas dos idosos - 2010/2011.....	29
Tabela 10 Índices de Carência.....	33
Tabela 11 Caracterização da Idade .....	54
Tabela 12 Distribuição de dados relativamente à Variável Género da Amostra ...	55
Tabela 13 Estado Civil .....	56
Tabela 14 Agregado Familiar .....	57
Tabela 15 Alojamento .....	58
Tabela 16 Escolaridade.....	59
Tabela 17 Trabalho Remunerado.....	60
Tabela 18 Esteve desempregado no último ano .....	61
Tabela 19 Ao longo da sua vida quanto tempo esteve no desemprego.....	62
Tabela 20 Fonte de rendimento .....	63
Tabela 21 Despesas diárias.....	64
Tabela 22 Comparação inicial/final .....	65

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 Dependência Demográfica - Evolução, 1960-2060 (Portugal).....	5
Gráfico 2 População residente – Evolução, 1960-2060 (Portugal).....	17
Gráfico 3 População residente – Evolução, 1960-2060 (Portugal).....	20
Gráfico 4 Esperança de vida à nascença, por sexos,Portugal,1990-2006/2008 ...	22
Gráfico 5 Esperança de vida e Anos de vida (Portugal).....	23
Gráfico 6 Envelhecimento da População Idosa – Evolução,1960-2060(Portugal)	26
Gráfico 7: Índice de Crescimento Demográfico .....	27
Gráfico 8: Satisfação com a vida familiar .....	31
Gráfico 9 Caraterização da Idade.....	54
Gráfico 10 Distribuição de dados relativamente à Variável Género da Amostra...	55
Gráfico 11 Estado Civil.....	56
Gráfico 12 Agregado Familiar.....	57
Gráfico 13 Alojamento.....	58
Gráfico 14 Escolaridade .....	59
Gráfico 15 Trabalho Remunerado.....	60
Gráfico 16 Esteve desempregado no último ano.....	61
Gráfico 17 Ao longo da sua vida quanto tempo esteve no desemprego .....	62
Gráfico 18 Fonte de rendimento.....	63
Gráfico 19 Despesas diárias .....	64

## Lista de Anexos

Anexo 1: Abuel Questionário sobre saúde e bem-estar nos indivíduos .....	78
Anexo 2: Informação aos Utentes .....	79
Anexo 3: CONSENTIMENTO INFORMADO .....	80
Anexo 4: CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS .....	82
Anexo 5: QUALIDADE DE VIDA .....	84
Anexo 6: ACTIVIDADES DE LAZER .....	87
Anexo 7: RELIGIÃO .....	89
Anexo 8: EADS 21 .....	90
Anexo 9: QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	91
Anexo 10: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE GERAL DE PARTICIPAÇÃO .....	93

## **Lista de Acrónimos**

Asymp sig (2-sided) – Nível de Significância

BES - Bem-estar subjetivo

BEP - Bem-estar psicológico

df – Grau de Liberdade

DGS – Direção Geral da Saúde

DPE – Departamento de Psicologia e Educação

ESAP – The European Survey on Ageing Protocol

Eurostat – Departamento de Estatística da União Europeia, integrado na C.E.

INE – Instituto Nacional de Estatística

n – Número de Indivíduos

OMS - Organização Mundial de Saúde

r – Coeficiente de Correlação de Pearson

rS – Coeficiente de Correlação de Spearman

P – Nível de Significância

SPSS - Statistical Package for the Social Science

UNIFAI - Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos

X<sup>2</sup> - Teste Qui-Quadrado

## Resumo

Envelhecimento não é sinónimo de velhice. Enquanto este último é um estado característico de um grupo numa determinada idade, o primeiro identifica-se com os fenómenos dinâmicos que evocam transformações do organismo, de natureza biológica ou psicológica, em função do tempo.

Com o aumento da esperança de vida por um lado e o decréscimo dos níveis de fecundidade por outro, o envelhecimento populacional é uma consequência natural da combinação destes fatores.

A senescência é essencialmente acompanhada de uma menor plasticidade no desempenho físico e por um acréscimo de vulnerabilidade, entre outros fatores. Cada sujeito sente essas alterações de forma diferente. Podem ser vistos de forma positiva ou negativa.

Estudos sobre o envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido, têm vindo a demonstrar a prevenção como elemento fulcral no sentido de minimizar os efeitos decorrentes do processo, no sentido de promover boa qualidade de vida na velhice, indiciada por fatores conjuntos – subjetivos e objetivos.

Estes estudos, efetuados na área da Gerontologia, envolvem a necessidade de abordagens multidisciplinares e a Psicologia, por definição e abrangência, trará, seguramente, uma importante contribuição na composição de programas de pesquisa e na intervenção profissional adequada.

Criar condições para um envelhecimento saudável continuado, acessível a toda a população, é atualmente o repto com que se depara não só a sociedade mas também os profissionais realmente interessados nesta temática.

O objetivo deste estudo é apresentar a influência que a introdução de uma sessão de relaxamento, no período anterior a uma aula de hidroginástica, pode ter no fator de desempenho e posterior bem-estar numa população de idosos ativos.

Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o envelhecimento ativo, as técnicas de dinâmicas de grupo, a definição de

hidroginástica, a administração de aulas aquáticas, o método de relaxamento progressivo de Jacobson, entre outros. Deliberámos mostrar, na realização deste trabalho, tudo o que foi planeado e executado.

Os resultados evidenciam a importância da intervenção psicológica na busca de melhor desempenho, de melhor dinâmica grupal, bem-estar, e valorização do outro, bem como o desenvolvimento de habilidades sociais.

O envelhecimento demográfico, as alterações ao padrão epidemiológico, a estrutura, comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, têm, progressivamente determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge encontrar as respostas mais adequadas.

Com um papel preponderante, o progresso das ciências da saúde tem contribuído para o aumento da longevidade.

A realidade portuguesa, no entanto, tem ficado muito aquém dos padrões médios europeus, mostrando que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção.

No campo da psicologia, redescobrir, reavaliar e reconhecer o propósito para viver o presente numa atmosfera de bem-estar e tranquilidade interior depende de cada um de nós, das nossas opções, independentemente da idade que tenhamos.

A amostra foi composta por população dos sexos masculino e feminino com idade superior a 55 anos. Os participantes foram entrevistados individualmente (anamnese) no próprio local de prática da hidroginástica, numa sala ao lado da piscina e aplicados questionários individuais de bem-estar, extraídos e adaptados do Questionário Abuel, a escala EADS21, bem como através de um questionário final de avaliação de competências.

Os dados recolhidos foram analisados através de estatística descritiva e técnicas não paramétricas, tendo os resultados sido registados e transcritos de acordo com o respetivo apuramento e interpretação.

Tomámos em consideração todos os elementos recolhidos antes da sessão de relaxamento, durante as sessões e no momento seguinte a cada uma das sessões, coincidente com a aula de hidrogenástica.

**Palavras-chave:**

Relaxamento, hidrogenástica, psicologia do desporto, ansiedade, bem-estar subjetivo

## **Abstract**

Aging is not synonymous of old age. While the last one is a characteristic state of a group in a certain age, the first identifies itself with the dynamic phenomena that evoke the body transformations of biological or psychological nature, in accordance with the time frame.

With the increase in life expectancy on one hand and the reduction in fertility levels on the other, the aging population is a natural consequence of the combination of these factors.

Senescence is essentially accompanied by a lower plasticity in physical performance and by an increase of vulnerability, among other factors. Each subject feels those changes differently. Can be viewed positively or negatively.

Studies on normal aging, pathological and successful, have been demonstrating the prevention as key element in order to minimize the effects of the process, in order to promote good quality of life in old age indicted by subjective and objective joint factors.

These studies carried out in the field of Gerontology; involve the need for multidisciplinary approaches and Psychology by definition and scope will bring certainly one important contribution in research programs and on appropriate professional intervention.

Create the conditions for a continued healthy aging; accessible to the entire population is currently the challenge facing not only society but also to professionals really interested in this theme.

The aim of this study is to present the influence that the introduction of a relaxing session in the period prior to a water aerobics class, may have on performance and subsequent well-being in a population of active seniors.

For the preparation of this work, it was conducted a literature search on, active ageing, group dynamics, the definition of water aerobics, the administration of aquatic classes, the Jacobson's method of progressive relaxation, among

others. We have agreed to show in this work, everything that was planned and executed.

The results demonstrate the importance of psychological intervention in the search for better performance, better group dynamics, wellness, appreciation of the other, as well as the development of social skills.

The demographic ageing and the changes in the epidemiological pattern, structure, social behaviors and relatives of the Portuguese society, have progressively determined new health needs, for which we must find the most appropriate answers.

With a predominant role, the progress of Health Sciences has contributed to the increase in longevity.

The Portuguese reality however has stayed far below European average patterns showing that the last years of life are often accompanied by situations of fragility and disability that often relate to situations susceptible to prevention.

In the field of psychology, rediscover, reevaluate and recognize the purpose for living in the present in an atmosphere of well-being and inner tranquility, depends on each of us, of our choices, regardless of our age.

The sample was composed of male and female population over the age of 55.

The participants were interviewed individually (anamnesis) on-site practice of Aqua aerobics, in a room next to the pool, and applied individual questionnaires of wellness, extracted and adapted from the Questionnaire Abuel, range EADS21 as well as a final evaluation questionnaire of competences.

The collected data were analyzed through descriptive statistics and nonparametric techniques having the results been recorded and transcribed according to the respective calculation and interpretation.

We have taken into account all the elements collected before the relax session, during the sessions and in the next moment to each of the sessions, coincident with the water aerobics class.

**Keywords:**

Relaxation, Aqua aerobics, sports psychology, anxiety, subjective well-being

## Résumé

Le vieillissement n'est pas synonyme d'être vieux. Alors que ce dernier soit un état caractéristique d'un groupe d'âge particulier, le premier s'identifie avec des phénomènes dynamiques qui évoquent des changements de l'organisme, du point de vue biologique ou psychologique, par rapport au temps qui passe.

Grâce à l'élargissement de l'espoir de vie et aussi à l'évidente diminution des taux de fécondité, l'envieillir des populations ce n'est qu'une conséquence naturelle de la combinaison de ces éléments.

La sénescence est, surtout, accompagnée d'une faible plasticité de la performance physique, et d'une vulnérabilité accrue, entre autres facteurs. Chaque sujet ressent ces changements de façon tout à fait différente. Évidemment, on peut les envisager soit de façon positive soit négativement.

Des études sur le vieillissement normale, pathologique et de succès, viennent de nous démontrer la prévention comme un élément clé dans la réduction des effets de ce processus, afin de promouvoir une bonne qualité de vie des personnes âgées, chargées de facteurs communs, subjectifs et objectifs.

Ces études, réalisées dans le domaine de la Gériatrie, impliquent le besoin d'approches multidisciplinaires et la Psychologie, par définition, donnera, sûrement, une contribution très importante dans la composition de programmes de recherche et facilitera une bonne intervention professionnelle.

Créer les conditions d'un vieillissement en bonne santé, accessible à cet ensemble de population, constitue, actuellement, un défi pour la société en général et aussi, en particulier, pour les professionnels qui s'intéressent vraiment à ce sujet.

L'objectif de cette étude c'est de montrer l'influence que l'introduction d'une séance de relaxation, dans la période qui précède un cours d'aérobic de l'eau, peut avoir sur le facteur de performance et de bien-être plus élevé dans une population de personnes âgées actives.

Pour présenter ce travail, on a fait une recherche bibliographique sur le vieillissement actif, les dynamiques de groupe, la définition d'aérobic de l'eau, l'administration de cours aquatiques, la méthode de relaxation progressive de Jacobson et d'autres. Dans ce document, on a décidé de présenter tout ce qui a été conçu/planifié et accompli.

Les résultats soulignent l'importance d'une intervention psychologique dans la poursuite d'une meilleure performance, d'une meilleure dynamique de groupe, de bien-être, de la valorisation de l'être humain et du développement des compétences sociales.

Le vieillissement de la population et les changements dans le profil épidémiologique, la structure, les comportements sociaux et familiales de la société portugaise, ont, peu à peu, donné origine à de nouveaux besoins en matière de santé, pour lesquels on doit trouver les réponses les plus appropriées.

Avec un rôle de premier plan, le progrès des sciences de la santé contribue, en effet, à l'augmentation de la longévité.

Malheureusement, la réalité portugaise est en retard par rapport à la plupart des modèles européens, en nous montrant que les dernières années de la vie sont, fréquemment, accompagnés par la fragilité et le handicap qui se rapportent, souvent, à des situations susceptibles de prévention.

Dans le domaine de la Psychologie, redécouvrir, réévaluer et reconnaître le but de vivre dans une ambiance de bien-être et de paix intérieure dépend de chacun de nous, de nos choix, indépendamment de notre âge.

La population de cet échantillon a été composée d'hommes et de femmes de plus de 55 ans. Les participants ont été interviewés individuellement (anamnésie) à l'endroit de la pratique de l'aérobic de l'eau lui-même, dans une pièce à côté de la piscine et des questionnaires individuels, sur le bien-être, ont été appliqués, extraits et adaptés du questionnaire Abuel, l'échelle de EADS21, ainsi que par un questionnaire finale d'évaluation de compétences.

Les données recueillies ont été analysées à l'aide de la statistique descriptive et de techniques non paramétriques et les résultats ont été enregistrés et transcrits selon la respectueuse vérification et interprétation.

Nous avons pris en considération tous les éléments de preuve recueillis avant la séance de relaxation, pendant les séances et après chacune des sessions, qui coïncide avec le temps du cours d'aérobic de l'eau.

**Mots-clés :**

Relaxation, aérobic de l'eau, psychologie du sport, anxiété, bien-être subjectif.

## Abstrakten

Altern ist nicht gleichbedeutend mit Alter. Während das letztere ein charakteristischer Zustand einer bestimmten Altersgruppe ist, identifiziert sich das erste mit den dynamischen Phänomenen, die Veränderungen im biologischen Organismus oder psychologische Veränderungen, in Abhängigkeit von der Zeit hervorzurufen.

Mit der steigenden Lebenserwartung auf der einen Seite und dem Rückgang der Geburtenrate auf der anderen, ist die Alterung der Bevölkerung eine natürliche Folge einer Kombination dieser Faktoren.

Das Altern wird vor allem durch eine geringere Plastizität der körperlichen Leistungsfähigkeit und erhöhter Anfälligkeit, neben anderen Faktoren begleitet. Jeder Proband fühlt sich in diesen Veränderungen unterschiedlich. Sie können als positiv oder negativ angesehen werden. Subjektive und objektive - Studien zu normal, pathologischen und erfolgreichem Altern haben Prävention als Schlüsselement bei der Minimierung der Auswirkungen des Prozesses, um die Lebensqualität im Alter hoch zu halten.

Diese Studien die im Bereich der Gerontologie durchgeführt wurden, beinhalten die Notwendigkeit für multidisziplinäre Ansätze und Psychologie durch Definition und Umfang sicherlich einen bedeutenden Beitrag in der Zusammensetzung der Forschungsprogramme und entsprechende professionelle Intervention.

Die Voraussetzungen für ein weiterhin gesundes Altern, zugänglich für die ganze Bevölkerung zu gestalten, ist derzeit eine Herausforderung, die nicht nur für die Gesellschaft, sondern auch für Profis wirklich interessant ist die mit diesem Thema konfrontiert sind.

Das Ziel dieser Studie ist es, den Einfluss, den die Einführung einer Entspannungseinheit in in einer Wassergymnastikstunde hat, bei der älteren Bevölkerung zu zeigen die danach erhebliches Wohlbefinden aufweisen.

Für die Vorbereitung dieses Papiers wurde eine Literaturstudie über aktives Altern, Gruppendynamik, die Definition von Wassergymnastik , Verwaltung von Wassersportklassen, die Methode der progressiven Entspannung von Jacobson und anderen ,durchgeführt. Wir wollten mit dieser Arbeit zeigen, was alles geplant war und ausgeführt wurde.

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der psychologischen Intervention im Streben nach besserer Leistung, besserer Gruppendynamik , Wohlbefinden , Wertschätzung der anderen und die Entwicklung der Sozialkompetenz.

Die alternde Bevölkerung und Veränderungen in den epidemiologischen Muster , die Struktur ,das Sozialverhalten und Familienverhalten der portugiesischen Gesellschaft haben zunehmend neue gesundheitlichen Bedürfnisse , für die es dringend wird, die am besten geeignete Antworten zu finden .

Der Fortschritt der Gesundheitswissenschaften hat durch seine Intensivierung zu erhöhter Langlebigkeit beigetragen.

Es hat sich jedoch gezeigt das die portugiesische Realität weit hinter der durchschnittlichen europäischen Standards liegt , dass die letzten Jahre des Lebens oft von Gebrechlichkeit und Behinderung begleitet werden , die oft durch mangelnde Prävention hervorgerufen werden .

Im Bereich der Psychologie gilt es das Leben wieder zu entdecken , neu zu bewerten und zu erkennen das es zweckdienlich ist das Leben in einer Atmosphäre des Wohlbefindens und der inneren Ruhe zu gestalten, es hängt von jedem von uns ab und es ist auch unsere Entscheidungen ob wir das wollen oder nicht, unabhängig von unserem Alter.

Die Testmitwirkenden bestanden aus Männern und Frauen im Alter von 55 Jahren.

Die Teilnehmer wurden einzeln ( Erinnerung ) am Ort der Wassergymnastik interviewt , in einem Raum neben dem Pool und mit individuellen Fragebögen

nach nach dem Wohlbefinden befragt, extrahiert aus dem Fragebogen Abuel , der EADS21 Skala und einer Abschlussbewertung mit den angepassten Fähigkeiten .

Die gesammelten Daten wurden unter Verwendung von statistischen Verfahren und nicht-parametrischen Verfahren analysiert und die Ergebnisse wurden nach dem jeweiligen Aufbau und Auslegung aufgezeichnet und übertragen.

Wir haben berücksichtigt das alle Beweise vor der Sitzung der Entspannung während der Sitzungen und in jedem der folgenden Sitzungen gesammelt wurden , di während der Wassergymnastikstunde stattfanden.

**Keywords:**

Entspannung, Wassergymnastik, Sportpsychologie, Angst, das subjektive Wohlbefinden.

## Abstrakte

Aldring er ikke synonym for gammel.

Sidstnævnte er en karakteristisk tilstand for en bestemt aldersgruppe, hvorimod førstnævnte refererer til de dynamiske fænomener, der i tidens løb på biologisk eller psykologisk vis afstedkommer forandringer i organismen.

Befolkningsaldring er en naturlig konsekvens af kombinationen af følgende to faktorer: på den ene side en forventet øget levetid og på den anden side et faldende frugtbarhedsniveau.

Aldring ledsages først og fremmest af mindre plasticitet ved fysisk udøvelse og forhøjelse af følsomhed. Hvert menneske oplever disse forandringer på forskellig måde, såvel positivt som negativt.

Undersøgelser på en succesfuld, patologisk og normal aldring påviser forebyggelse som et grundlæggende element til formindskelse af aldringsprocessens virkning med henblik på fremmelse af livskvalitet i alderdommen forklaret ved subjektive og objektive faktorer.

Disse undersøgelser, der er foretaget på gerontologiområdet, inddrager nødvendigheden af multidisciplinære drøftelser og psykologien, ved sin definition og hvad der herunder tilhører, vil uden tvivl tilføre et vigtigt bidrag til såvel sammensætning af undersøgelsesprogrammer som til passende professionel indgriben.

Skabelsen af vilkår for en sund og kontinuerlig aldring tilgængelig for hele befolkningen er i dag en udfordring for såvel samfund som for professionelle interesserede.

Formålet med denne undersøgelse er at påvise hvilken indflydelse en afslapningstime før en vandgymnastiktime kan have på udøvelse og på efterfølgende velvære hos den ældre aktive del af befolkningen.

Til undersøgelsen blev der foretaget en litteraturundersøgelse p bl.a. aktiv aldring, gruppedynamik, definition på vandgymnastik, forvaltning af vandgymnastik og Jacobson's progressive afslapningsmetode.

I denne undersøgelse bestræbes det at vise alt hvad der blev planlagt og udført.

Resultaterne understreger vigtigheden af psykologisk intervention til opnåelse af bedre udøvelse, bedre gruppedynamik, velvære, værdsættelse af medmennesker samt udvikling af sociale evner.

Demografisk aldring og ændringer i det epidemiologiske mønster, struktur, social og familiær adfærd i den portugisiske befolkning har progressivt medført nye sundhedsmæssige behov, der påkræver en bedre og mere passende løsning.

Afgørende videnskabelige fremskridt på sundhedssiden har medvirket til forhøjet levetid.

Den portugisiske realitet lever dog langt fra op til det gennemsnitlige europæiske mønster og viser, at de sidste leveår ofte ledsages af skrøbeligheds- og inkapacitetstilstande, som ofte kan relateres til forebyggelse.

På det psykologiske område er det op til hver enkelt person, og de valg hver enkel tager uanset alder, at genopdage, genvurdere og erkende formålet med at leve i nuet omgivet af velvære og indre ro.

Deltagerne i undersøgelsen, mænd og kvinder over 55 år, blev interviewede enkeltvis (anamnese) i et lokale tilstødende vandgymnastik-bassinet.

Der blev anvendt individuelle tilpassede spørgeskemaer om velvære fra Abuel Spørgeskema, skema EADS21 samt et afsluttende spørgeskema til kompetence bedømmelse.

De indsamlede oplysninger blev analyseret v.h.a. beskrivende statistik og ikke parametriske teknikker. Resultaterne blev registreret og omskrevet i overensstemmelse med den respektive analyse og fortolkning.

Alle indsamlede oplysninger før, under og efter afslapningstimen med efterfølgende vandgymnastiktime blev taget med i betragtning.

**Nøgleord:**

Afslapning, vandgymnastik, idrætspsykologi, angst, subjektiv velvære.

# **I PARTE**

## **Apresentação do Tema/Enquadramento**

No relaxamento induzimos um estado de reduzida ação fisiológica, produzindo descontração corporal e tranquilidade psíquica. O relaxamento é o oposto à tensão e ao stresse.

Segundo Filho (2009) além das reações fisiológicas provenientes do relaxamento, a parte psicológica é muito importante e ambos são indissociáveis.

De acordo com Serra (1999), há através do relaxamento uma ativação do sistema nervoso parassimpático e uma diminuição das atividades do sistema nervoso simpático, obtendo-se uma diminuição da ativação fisiológica e um aumento do estado de repouso e calma.

Consideramos assim que as técnicas de relaxamento combatem o stresse e a ansiedade, promovendo um estado de tranquilidade.

Ainda segundo Serra, (1999) quando o corpo está em stresse é maior a dificuldade de concentração, maior a preocupação, menor a capacidade para decidir, maior a sensação de confusão mental e dificuldade de memorização aumentada, o relaxamento irá atuar nestas áreas cognitivas e combatê-las, proporcionando maior capacidade de concentração, menor preocupação, melhorando a capacidade em tomar decisões, clareza mental e melhor memorização.

Com o relaxamento pretendemos maior equilíbrio interno, menor tensão muscular, mais controlo da ansiedade, mais alívio da dor (através da abstração e da diminuição dos impulsos nervosos), melhor gestão do stresse, aumento do nível de concentração, facilitar o descanso proporcionando maior tranquilidade, permitindo atingir um estado geral de equilíbrio e calma, através da mentalização, isto é, da ação da mente sobre o corpo.

A nossa principal preocupação foi intervir na prática de atividade física como forma de promoção da saúde, pretendendo desenvolver as capacidades

cognitivas, sociais, emocionais e físicas dos integrantes das classes de hidroginástica.

Facilitar a sua adaptação ao processo de envelhecimento com que se deparam, conseguindo que, tal como demonstra o estudo de Minghelli B., et al. (2013), as pessoas socializem mais, se mexam melhor e assim tenham um envelhecimento ativo, diminuindo a possibilidade de vir a desenvolver depressões e situações de isolamento social pois segundo o estudo de Gonçalves, M., Veigas, J. (2009) a prática de atividade física moderada promove a regulação dos níveis de ansiedade, depressão e stresse, podendo ser considerada uma estratégia de coping positiva.

De acordo com a idade, o mesmo estudo revela que a atividade física tem um impacto positivo mais relevante na regulação da ansiedade e stresse na população adulta.

O trabalho do psicólogo do desporto no contexto de uma intervenção psicológica no âmbito da prática de atividade física para a promoção da saúde deve ser apoiado nas realidades científicas suportadas por diversos autores, o que permite que a Psicologia do Desporto seja cada vez mais vista como uma ciência capaz de responder aos desafios que os vários desportos apresentam. O papel do psicólogo do desporto torna-se cada vez mais evidente no contexto desportivo e da promoção da saúde tendo-se verificado que trabalhando a motivação e a adesão ao exercício melhora o desempenho e diminui em muito o abandono da prática da atividade física potenciando os benefícios que a mesma tem em termos biopsicossociais.

O psicólogo do desporto deve desenvolver o seu trabalho conjuntamente com a restante equipa (monitores e treinadores) implementando um Programa de Treino das Capacidades Psicológicas, integrado nos exercícios de treino propostos para as outras dimensões, que será realizado tendo por base as fases determinadas por Weinberg e Gould (2010).

- Fase de Educação (esclarece-se de que forma é que o psicólogo do desporto e o treino de competências psicológicas podem ajudar a adquirir competências que interferem na sua performance desportiva);

- Fase de Aquisição (aprendem-se estratégias e técnicas de aquisição das competências psicológicas);

- Fase de Prática (criam-se automatismos no uso das competências psicológicas nos treinos para depois poderem ser usadas em várias situações da vida quotidiana).

Estas três fases correspondem aos papéis que Dosil, J. (2008) refere como fundamentais, no desenvolvimento do seu trabalho: o papel de formador onde esclarece sobre as funções do psicólogo e ensina técnicas e métodos de intervenção, agregando assim as fases educacional e de aquisição definidas anteriormente, através de cursos, palestras e formações; e o papel de assessor quando ajuda a pessoa ou grupo alvo a desenvolver as competências psicológicas necessárias à melhoria da sua performance, sendo o equivalente à fase prática.

Também Palmi, J. (2010) defende as três fases, mas chama-lhes níveis correspondendo a fase educacional ao nível de formação; a fase de aquisição ao nível de avaliação; e a fase de prática ao nível de treino.

## II PARTE

### Revisão de Literatura

#### 1) Envelhecimento

Podemos definir envelhecimento como um conjunto de processos que o organismo sofre após uma fase de desenvolvimento. Não sendo necessariamente sinónimos há no entanto na idade um ponto em comum entre ambos, sendo que envelhecimento se refere a um processo enquanto velhice um estado.

O envelhecimento da população observa-se em todos os países, em especial nos mais industrializados.

“Envelhecer é, também, aceitar o inaceitável, isto é, a perda gradual das funções orgânicas, os handicaps, a mutilação, a separação, o sofrimento, o confronto com o desconhecido e a morte.” (Berger, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:165)

O envelhecimento é um processo diferencial de degradação. Os indivíduos envelhecem, assim, de formas muito diversas e a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica (Fontaine, 2000).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.i envelhecimento.ul.pt/recursos/recursos-sobre-o-envelhecimento/indicadores/saude-bem-estar-qualidade-de-vida#esperanca-de-vida-e-anos-de-vida-portugal>

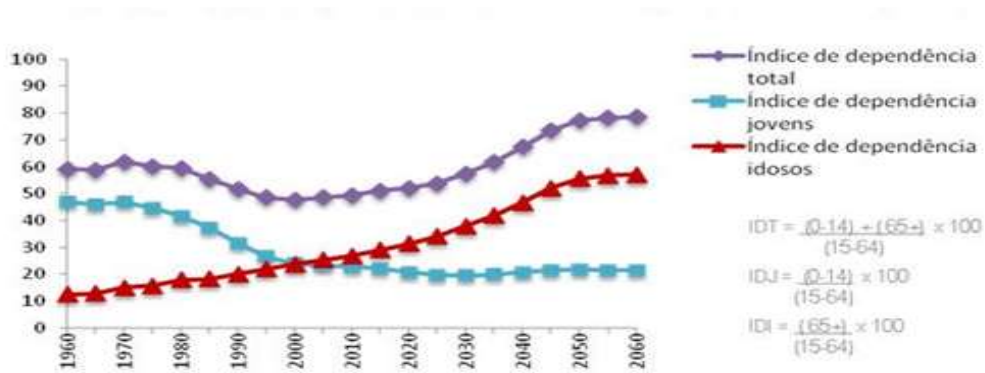


Gráfico 1: Dependência Demográfica - Evolução, 1960-2060 (Portugal)

Fonte: Eurostat (População em 1 de Janeiro, por grupos etários de 5 anos e sexo (demo\_pjangroup e proj\_10c2150p))

## 2) Conceito de Idoso e Padrões de Envelhecimento

Inúmeras abordagens têm vindo a ser feitas no sentido de aprofundar e compreender o processo de envelhecimento natural. Investigadores anglo-saxónicos utilizam a expressão “long life span” referindo uma longa vida útil ou “*abordagem de vida inteira*”.

Consideram que se podem observar modificações psicológicas profundas ao longo da vida, conferindo grande evidência ao “princípio de Freud segundo o qual a nossa estrutura mental constrói-se durante a infância e que durante toda a vida, com melhor ou pior resultado, nós aprendemos “a viver com” exigindo por isso uma abordagem de “vida inteira””.

Historicamente as psicologias francófonas não se têm interessado mais pelas crianças ou pelos adolescentes do que pelo idoso.

Como resultado desta estratégia surgiu a ideia de que a evolução de vida das pessoas terminaria no fim da adolescência, considerando o envelhecimento como um fenómeno de involução – retorno à infância.

No século XIX alguns investigadores contribuíram para a generalização de uma imagem negativa do envelhecimento, sendo utilizados termos como decadência, deterioração ou destruturação para a sua caracterização. No entanto, e apesar desta conotação negativa da velhice não ter desaparecido completamente, numerosos trabalhos elaborados já depois do fim da II Guerra Mundial vieram revelar que o envelhecimento podia ser uma fonte de inúmeras oportunidades no sentido de melhorar ou conservar uma boa qualidade de vida.

Perante o envelhecimento nós não somos iguais. Os efeitos do envelhecimento não são homogêneos. A decadência acompanha de perto o bem-estar e muitos estudos dedicam-se atualmente a tentar compreender a heterogeneidade entre os idosos. Porque nem todos os órgãos envelhecem da mesma forma, nem ao mesmo ritmo, muitas pessoas mostram resistência ao envelhecimento, chegando mesmo a conseguir uma melhoria de desempenho com o avanço no tempo, enquanto as outras se sentem abatidas à percepção do evoluir processual.

O envelhecimento caracteriza-se como sendo um processo multidimensional (Baltes & Baltes, 1990).

Por Rowe e Kahn (1998) são apresentados três indicadores de envelhecimento saudável: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais, funcionamento mental e físico excelente e envolvimento ativo com a vida.

Embora seja possível atingir estes padrões por aqueles que mantêm um elevado nível de saúde física e mental, envolvimento e produtividade, o número de idosos que o conseguem atingir na sua plenitude é pequeno. É neste grupo que se podem identificar claramente os idosos que conservam os seus papéis sociais e podem ser descritos como satisfeitos para com a vida e psicologicamente ajustados. As suas contribuições à sociedade são reconhecidas e a sua intenção no seio familiar indispensável, são por isso modelos de uma velhice saudável.

Reportamo-nos novamente ao conceito *life-span* (referente ao desenvolvimento humano) para referir que existem diferenças conceituais relevantes nos diferentes processos de envelhecimento ao nível da individualidade, processos mentais, sociais e de comportamento. Há uma reserva latente no que se refere à capacidade e aptidão, normalmente ativada pelo treino, e pela aprendizagem, principalmente em condições favoráveis de saúde e meio.

Dentro do modelo, a capacidade de mudar para se adaptar ao meio é geralmente compensada pelo conhecimento e pela vivência anteriores, pese embora o equilíbrio entre perdas e ganhos se vá tornando menos evidente na velhice. A self permanece resiliente graças aos mecanismos de autorregulação da personalidade que se mantêm intactos até anos mais avançados. (Baltes e Baltes, 1990).

Pesquisas em Gerontologia sobre o envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido vão no sentido da possibilidade de prevenção de muitas das limitações decorrentes do processo de envelhecimento. Perante isto podemos colocar a todos os intervenientes – sujeitos, profissionais e sociedade em geral – o grande desafio que é o da promoção de uma elevada qualidade de vida na velhice, para que os anos vividos tenham significado e dignidade para todos. (Papaléo Netto, 2002; Paschoal, 2006).

Diminuição da plasticidade comportamental e incremento de uma certa vulnerabilidade a enfermidades, bem como a probabilidade de morte, potenciam o envelhecimento e as suas características heterogéneas multicausais e multidimensionais próprias.

Todo este processo gera efeitos diferentes em cada indivíduo pois estão claramente dependentes das crenças, experiências e concepções que cada pessoa tem sobre o envelhecimento. Assim, o indivíduo pode encarar a chegada à velhice de forma positiva, como ocasião para colheita dos frutos plantados ao longo de

toda a sua existência, ou negativa, como período de isolamento e de desistência da vida. (Neri, 2001).

Competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo são quatro dimensões que Lawson (1991) defende enquanto modelo de qualidade de vida.

Das competências podemos inferir que a dimensão comportamental envolve tudo o que diz respeito ao seu desempenho diário e ao seu funcionamento nas áreas que lhe estão intimamente ligadas como as questões físicas, de saúde, comportamento social, gestão de tempo e cognição.

As condições ambientais referem fatores nitidamente objetivos como o ambiente natural e as condições socioeconômicas tendo muitas vezes uma relação direta e dependente da dimensão anterior enquanto elemento facilitador ou inibidor do desempenho das atividades do cotidiano. Assim, a compatibilidade e a complementaridade entre ambas deve estar sempre presente não só para fornecer estímulos e desafios, promovendo autonomia e independência mas também e fundamentalmente para evitar perdas maiores, compensando-as e prevenindo acidentes. (adap. Neri, 2001).

Qualidade de vida é um evento que tem múltiplas dimensões e é multideterminado. Diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades. Avaliar a qualidade de vida a partir de critérios objetivos, como condição financeira, e subjetivos, como satisfação e crescimento pessoal, significa comparar condições disponíveis com as consideradas desejáveis pelo indivíduo e pela sociedade.

Os resultados são expressos por índices de desenvolvimento, bem-estar, desejabilidade, prazer ou satisfação (Neri, 2001).

A dimensão qualidade de vida percebida refere-se à avaliação subjetiva que o indivíduo faz da sua competência comportamental, a partir de seus próprios parâmetros. Medidas tais como saúde percebida, alterações cognitivas percebidas e o senso de autoeficácia são exemplos relacionados a este domínio.

O último domínio, o bem-estar subjetivo, reflete a avaliação da pessoa acerca do conjunto e das relações entre os demais domínios. Trata-se de um constructo que inclui um componente cognitivo, referente à avaliação da pessoa acerca de sua vida como um todo ou de seus diversos domínios, e um componente emocional, afetivo, relacionado aos valores positivos (prazer) e negativos (desprazer) atribuídos à vida, e o equilíbrio entre eles. (Lawton, 1991; Diener, 1984; Diener e Suh, 1998; Neri, 2001).

Serrão (2006) propõe o termo “Sénior” para os homens e mulheres com mais de 65 anos, desligados das atividades profissionais formais mas que conseguem manter as suas capacidades, são independentes, saudáveis e ativos abrangendo três décadas de escalão etário, dos 65 aos 95 anos.

Existem ainda três subtipos de homens e mulheres:

1 - Idosos muito dependentes, com idades acima dos 85 anos e com dependência que resulta ou do envelhecimento natural ou surge “por doença, incluindo a doença oncológica em fase terminal” (Serrão, 2006, p. 132).

2 - Idosos dependentes, cuja dependência é resultante, sobretudo, de doença crónica que obriga a tratamentos médicos constantes.

3 - Idosos independentes são os que mantêm as suas capacidades mas estão inativos “agarrados ao falso slogan: não faço nada porque estou reformado” (Serrão, 2006, p. 132). Em termos funcionais esta classificação pode ter alguma utilidade, no entanto o conceito de idoso reveste-se de contornos difíceis de categorizar sendo frequentemente objeto de visões diferentes.

Há correntes descrevendo o idoso e a velhice de forma negativa, onde o idoso é encarado como um ser humano frágil em situação de “pobreza, isolamento

social, doença e dependência” (Maurutti (2004, p340). Nesta perspectiva, o percurso de vida de cada um, à medida que a idade avança, culmina fatalmente num quadro dantesco de exclusão e sofrimento, acrescentando uma segunda representação em que considera o idoso como “ um segmento específico de consumo, resultando a velhice uma época de reflexão, de ócio, de dedicação a atividades como o autoaperfeiçoamento, constituindo elementos para o Envelhecimento Ativo.

De acordo com Fonseca (2004), parece ser vantajoso o recurso às seguintes “categorias” de idade defendidas por Birren e Cunningham (1985):

- Idade biológica: o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, importante na vertente saúde que afeta os indivíduos – o funcionamento desses sistemas diminui com o tempo;
- Idade psicológica: capacidades de natureza psicológica das pessoas para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, determinando as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e a autoestima;
- Idade sociocultural: conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam numa sociedade, influenciando os comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

A idade biológica constitui somente um indicador do processo de envelhecimento. De facto, as experiências e as vivências ao longo da vida de cada um, são importantes para compreender o comportamento.

Escreve Cerqueira (2010, p. 174): “O envelhecimento será bem-sucedido se o indivíduo mantiver um bom grau de satisfação com a vida, pelos relacionamentos, atividades e papéis que desempenha”.

### 3) O Envelhecimento e as Suas Causas

A espécie humana introduziu no seu ecossistema muitos desequilíbrios. A evolução demográfica é seguramente um dos mais evidentes. Ao mesmo tempo que se colonizavam todas as áreas habitáveis, o aumento populacional foi de tal modo acelerado que atualmente muitas instituições e investigadores sustentam um sem número de teses alarmistas relativamente ao futuro do ser humano.

Registado o primeiro bilião em 1801 estima-se que em 2040 serão atingidos 10 biliões de seres humanos o que permite dizer que este incremento demográfico, sendo um caso único na história dos primatas tem as suas razões bem conhecidas.

Durante milénios, fecundidade e mortalidade evoluíam no tempo de forma equilibrada, este equilíbrio foi rompido essencialmente por duas razões que se encontram ligadas a consequências da industrialização.

A mortalidade infantil com a quase irradicação das doenças infecciosas sofreu uma queda vertiginosa, por outro lado a longevidade aumentou exponencialmente.

Na verdade a esperança de vida não parou de aumentar desde o século XVIII, principalmente nos países onde se operou a revolução industrial.

Um pequeno apontamento para referir que em França, se a esperança de vida no século XVIII não excedia 30 anos, no século XX anos 1956 essa mesma esperança de vida era de 66 anos nos países desenvolvidos tendo aumentado para valores no presente, bem mais elevados.

Os fatores que podem determinar um envelhecimento saudável, com boa capacidade funcional, estão na base das novas propostas para a saúde pública que pretendem, sobretudo, apostar na prevenção e promoção da saúde, enquanto “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986).

O conceito de envelhecimento saudável, dentro desta lógica, passará por ser o resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, suporte familiar, independência económica e integração social. (Ramos, 2003).

Na Psicologia do Envelhecimento a perspectiva de análise dos hábitos de vida é uma questão importante no sentido de dar relevância a novos conceitos introduzidos desde os anos 1970, como a plasticidade humana, a multidimensionalidade, os diferentes percursos de vida, a multidireccionalidade e a resiliência.

Carências desenvolvidas durante o envelhecimento podem ser compensadas pelas reservas e pela capacidade de resiliência, tal como defendem Staudinger, Marsiske e Baltes (1995), e os ganhos podem vir a ser realizados com a otimização e a seleção das competências adquiridas no próprio processo de envelhecimento.

Os aspetos que caracterizam o envelhecimento levam os profissionais a procurar medidas e ações no sentido de proporcionar uma maior atenção e um processo mais abrangente no que respeita ao cuidado a ter com os idosos, essencialmente no campo da saúde que deve ser entendida nas suas vertentes mais ajustadas ao caso – bem-estar físico, psíquico e social, resumindo: melhor qualidade de vida.

Os investigadores na área da Gerontologia têm de forma geral aceite a necessidade em abordar de forma multidisciplinar o desenvolvimento da Velhice. Este processo engloba cada vez mais e melhores profissionais de saúde com especial relevo para o psicólogo.

O campo de intervenção psicológico é vasto e as tarefas a realizar inúmeras se entendermos a necessidade abrangente e centrada que o psicólogo dispõe para exercer a sua atividade. Incentivar um estilo de vida saudável encerra em si mesmo um sem numero de propostas atividades e procedimentos que devidamente explorados irão encontrar da parte os idosos grande receção e

participação sendo muitas vezes os próprios a auto motivar-se agrupando e criando assim novos laços sociais cuja coesão contribuirá sem dúvida para a redução da possibilidade de ocorrência de condições que possam levar a certas patologias próprias da idade.

O reforço dos recursos próprios preserva a saúde mental, aumenta o estímulo na participação através da aquisição de novos interesses, de atividades educacionais (U.S.), de participação social, do estabelecimento de novos laços afetivos, do enquadramento nas atividade de cariz cultural e recreativo, da troca de apoio social, do voluntariado, da criatividade e da sociabilidade, conseguindo assim encontrar um caminho próprio e segura para a concretização de objetivos pessoais, dando por isso um melhor sentido à vida e uma melhor auto estima.

#### **4) Os Profissionais**

De forma geral nas organizações ligadas à saúde o psicólogo exerce a sua atividade integrado na equipa clínica, fazendo acompanhamento específico nos idosos trabalhando as suas crenças, as suas angústias, o significado do seu processo natural de envelhecimento. A importância desta temática deve ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar que analisará cuidadosamente todos os estádios e estratégias visando a qualidade e o tipo de intervenção que deverá ser ministrada.

Em situações previamente definidas e identificadas onde há já dificuldades estabelecidas, compete ao psicólogo contribuir para o processo criando programas de educação para a saúde, ajudando as pessoas a compreender o significado da doença nas suas vidas, auxiliando a lidar com o sofrimento e os seus incómodos.

Pode o psicólogo também contribuir para a criação, avaliação implementação de programas de intervenção rigorosos prevenindo o envelhecimento patológico, e a educação para uma velhice saudável.

Neste campo a Psicologia do Envelhecimento pode trazer uma importante contribuição para a construção de programas de pesquisa e para a formação de profissionais não-psicólogos interessados em trabalhar as questões do envelhecimento, como as alterações cognitivas, afetivas e sociais, e os eventuais problemas clínicos, sociais, profissionais e educacionais que podem ocorrer nesse processo.

A partir daí podemos encontrar alternativas de intervenção junto dos idosos, tendo em consideração suas especificidades e a necessidade do uso de estratégias para as enfrentar; as alterações ocorridas nas famílias e comunidades; e as mudanças do contexto sociocultural e no ambiente onde vivem.

O psicólogo, preocupado com a boa qualidade de vida na velhice e com o envelhecimento saudável, deve ter como objetivos principais de suas ações a busca e manutenção da autonomia e da independência dos idosos até onde e quando for possível; a sua manutenção em ambiente não institucional e, caso isso não seja possível, a promoção da boa qualidade do ambiente e dos serviços institucionais oferecidos; o incentivo à participação do idoso na comunidade, com o estabelecimento e a manutenção de relações inter e intra geracionais; e a promoção do bem-estar psicológico.

Além disso, é necessário e fundamental: investigar as principais carências da população idosa, as suas características e problemas vivenciados, e propor alternativas de solução; subsidiar a formação teórica e prática de diferentes profissionais que atuam junto aos idosos; elaborar programas para a promoção de uma envelhecimento com qualidade e a prevenção de eventuais dificuldades associadas ao processo; definir quais devem ser as estruturas de apoio, no âmbito psicossocial, educacional e de assistência na saúde da população idosa.

Podemos resumir a atuação da Psicologia no campo do envelhecimento com desafios com os quais o psicólogo tem que lidar e que passamos a descrever:

- Promover ações, no nível individual e comunitário que visem a promoção do envelhecimento com boa qualidade de vida.

- Desenvolver ações (intervenção e pesquisa) no sentido de evitar ou reduzir a incidência de perdas ligadas ao envelhecimento; atuar frente aos problemas e desequilíbrios que já estiverem ocorrendo e minorar as consequências dos, porventura já instalados, reduzindo o risco de reincidência.

- Questionar a efetividade dos programas já existentes e procurar novas respostas às questões de pesquisa não resolvidas.

- Discutir a adequação das políticas públicas (de saúde, social e educacional) voltadas para a população idosa.

Convém por ultimo lembrar que tanto o indivíduo como a sociedade são dinâmicos, passando por diversas mudanças muitas vezes num curto espaço de tempo, podendo gerar novos aspetos a serem acompanhados.

Resta à sociedade e aos profissionais um grande desafio a ser vencido: criar condições para um envelhecimento saudável do ponto de vista biopsicossocial, acessíveis, de forma justa e humana, a todas as pessoas, independentemente do seu nível socioeconômico e cultural.

Os estudos em Psicologia do Envelhecimento podem ser úteis em trabalhos desenvolvidos nos diversos setores da comunidade, como escolas, associações de bairros, organizações governamentais e não-governamentais, abordando temas como os fatores e estratégias que promovem o envelhecimento saudável e a melhoria da qualidade de vida na velhice. Além disso, os avanços feitos pelos pesquisadores no campo da Psicologia do Envelhecimento têm contribuído para desmistificar o processo de envelhecimento e orientar grupos vulneráveis da comunidade e seus familiares a lidar com as dificuldades que podem surgir com o avançar dos anos de vida. (Fontaine 2010)

## População residente segundo os Censos: total e por grupo etário

Tempo	Indivíduo																		
	Grupos etários																		
	Total	0-04	%	05-09	%	10-14	%	15-19	%	20-24	%	25-29	%	30-34	%	35-39	%	40-44	%
1960	8889392	901410	10,14%	851145	9,57%	839400	9,44%	747225	8,41%	705204	7,93%	673194	7,57%	637452	7,17%	591184	6,65%	499411	5,62%
1970	8611125	789355	9,17%	849785	9,87%	812710	9,44%	730900	8,49%	628040	7,29%	518735	6,02%	533985	6,20%	555740	6,45%	551385	6,40%
1981	9833014	791696	8,05%	862333	8,77%	854644	8,69%	859742	8,74%	768317	7,81%	679958	6,92%	629898	6,41%	565426	5,75%	574160	5,84%
1991	9867147	544309	5,52%	646161	6,55%	781933	7,92%	845588	8,57%	765248	7,76%	726628	7,36%	694606	7,04%	661076	6,70%	634519	6,43%
2001	10356117	539491	5,21%	537521	5,19%	579590	5,60%	688686	6,65%	790901	7,64%	814661	7,87%	761457	7,35%	770781	7,44%	728518	7,03%
2011	10562178	482647	4,57%	525087	4,97%	564595	5,35%	565250	5,35%	582065	5,51%	656076	6,21%	773567	7,32%	824683	7,81%	773098	7,32%
<b>Varição entre 2011 e 1960</b>	1672786	-418763	-5,57%	-326058	-4,60%	-274805	-4,10%	-181975	-3,05%	-123139	-2,42%	-17118	-1,36%	136115	0,15%	233499	1,16%	273687	1,70%
<b>Varição em % entre 2011 e 1960</b>		53,54%		61,69%		67,26%		75,65%		82,54%		97,46%		121,35%		139,50%		154,80%	

Tempo	Indivíduo														
	Grupos etários														
	Total	45-49	%	50-54	%	55-59	%	60-64	%	65-69	%	70-74	%	75+	%
1960	8889392	510724	5,75%	481429	5,42%	409026	4,60%	334019	3,76%	264150	2,97%	206298	2,32%	238121	2,68%
1970	8611125	513230	5,96%	444600	5,16%	439750	5,11%	410150	4,76%	326250	3,79%	233720	2,71%	272790	3,17%
1981	9833014	586900	5,97%	570462	5,80%	531731	5,41%	432289	4,40%	408307	4,15%	332339	3,38%	384812	3,91%
1991	9867147	569623	5,77%	559346	5,67%	562041	5,70%	533325	5,41%	470049	4,76%	344747	3,49%	527948	5,35%
2001	10356117	686134	6,63%	642516	6,20%	571452	5,52%	550916	5,32%	538165	5,20%	453962	4,38%	701366	6,77%
2011	10562178	770294	7,29%	722360	6,84%	677651	6,42%	634741	6,01%	551701	5,22%	496438	4,70%	961925	9,11%
<b>Varição entre 2011 e 1960</b>	1672786	259570	1,55%	240931	1,42%	268625	1,81%	300722	2,25%	287551	2,25%	290140	2,38%	723804	6,43%
<b>Varição em % entre 2011 e 1960</b>		150,82%		150,04%		165,67%		190,03%		208,86%		240,64%		403,96%	

Fontes de Dados:  
INE - X a XV Recenseamentos Gerais da População

Última actualização: 2012-11-20 16:18:10

### Legenda

T	Quebra de série	Pro	Valor provisório	Pre	Valor preliminar
...	Confidencial	x	Valor não disponível	//	Não aplicável
e		f		(R)	
§	Dado com coeficiente de variação elevado	-	Ausência de valor		

Tabela 1: População residente segundo os Censos: Total e por grupo etário

## 5) A realidade Portuguesa

A realidade portuguesa de acordo com o estudo de Cerqueira (2010, pp. 339-340) indica que: “Desde televisão (séries, concursos), jornais (reportagens, banda desenhada), rádio, às várias formas de arte (cinema, teatro, dança, pintura, escultura, literatura...), a referência a personagens idosas é feita no sentido depreciativo, retratando-as como tendo um problema de saúde que as debilita, de algum modo dependentes e pouco competentes” (...) “Nas séries, as personagens idosas tendem a apresentar vulnerabilidades, em particular do foro físico (com alguma doença) ou sensorial (ouvir ou ver mal). Poder-se-ia passar outra mensagem, retratando as pessoas idosas como indivíduos que têm as suas especificidades, como outros quaisquer... No caso dos jornais, a inclusão em suplementos de reportagens sobre o processo de envelhecimento (e não somente com vista a promover um dos aspetos da velhice, como a ‘nostalgia dos tempos idos’ ou ‘a pílula da juventude’), com testemunhos vários, seria também interessante.

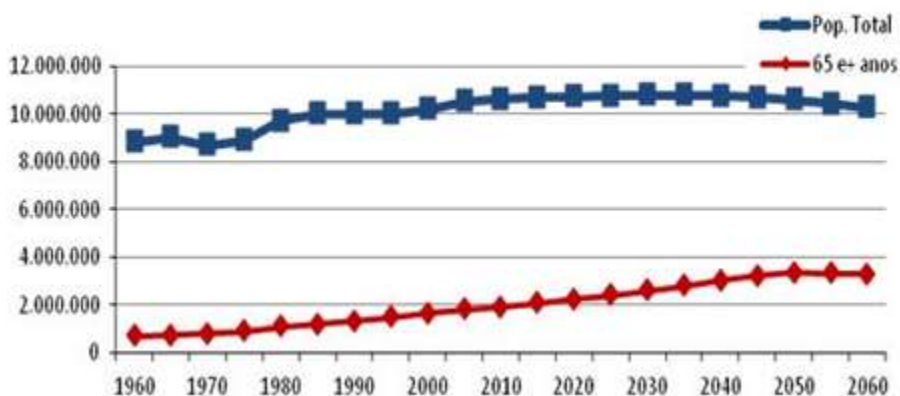


Gráfico 2: População residente – Evolução, 1960-2060 (Portugal)

Fonte: Eurostat (População em 1 de Janeiro, por grupos etários de 5 anos e sexo (demo\_pjangroup e proj\_10c2150p))

Também a rádio poderia promover as imagens mais positivas da velhice e chamar à atenção para a importância da preparação dum envelhecimento bem-sucedido, através de programas que abordassem estes temas e onde as pessoas

idosas pudessem passar o seu testemunho (e discussão aberta, por exemplo) aos ouvintes.

Torna-se, portanto, importante humanizar a figura da pessoa idosa pois é vista muitas vezes como alguém distante do quotidiano dos outros indivíduos.

A consciencialização da sua contribuição passada e presente na sociedade, do seu papel na família e na rede social, da validade dos seus ganhos, perdas e preocupações pode ter lugar nos meios de comunicação social, com benefícios evidentes para todos.”

Concetualmente, o termo promoção da saúde tem evoluído no sentido de uma redefinição mais abrangente e positiva que a coloca como uma preocupação central para o desenvolvimento (Navarro, 2000:21) e salienta a capacitação pessoal para agir em prol da própria saúde, sendo a última um recurso no ciclo de vida.

Os estilos de vida surgem como um dado importante neste processo que pode influenciar positiva ou negativamente a qualidade de vida dos indivíduos e que, no caso dos idosos, pode acarretar situações mais gravosas num período de mais perdas (Fonseca, 2004).

Perspetiva tradicional	Perspetiva do envelhecimento produtivo
Nilista	Esperançoso
Deterioração	Crescimento e desenvolvimento
Incapacidade	Saúde e bem-estar
Institucionalização e dependência	Autonomia, independência e interdependência
Forte resistência à mudança	Ajustamento à mudança
Incapaz de aprender	Estimulação intelectual
Preparação para a morte	Desfrutar o dia-a-dia
Vulnerabilidade/passividade	<i>Empowerment</i>
Qualidade de vida (uma dimensão)	Qualidade de vida (multidimensional)
Desapego social	Envolvimento social
Isolamento comunitário	Integração comunitária
Negação e fuga aos desafios	Enfrentar desafios
Necessidades, défices, perda de oportunidades	Força, habilidades, desejos, oportunidades
O passado e o que este poderia ter sido	O futuro e o que ele ainda poderá representar
O microambiente	O macroambiente
Comportamentos “apropriados à idade”	Comportamentos neutrais para a idade
Uso de um <i>stock</i> terapêutico	Melhoria terapêutica
Estilo de vida sedentária	Ativismo e atividade
Receber	Dar, prestar voluntariado, trocar

Tabela 2: O paradigma do envelhecimento produtivo na prática gerontológica

Fonte Osório e Pinto (2007, p216)

Crenças negativas acerca do envelhecimento, preconceito e discriminação a par de perdas físicas, psíquicas ou relacionais são muitas vezes apontadas como fatores inibidores de práticas de envolvimento comunitário e consequente atitude positiva e saudável.

Neste sentido também as concepções e crenças estereotipadas são refletidas nas suas atitudes e nas de todos os que lhes estão próximos (Baltes & Mayer, 1999)

Uma abordagem a esta temática é feita por Machado (2003:328) que indica que “o sentimento de perda pode estar relacionado com diversas causas que vão do luto ao isolamento. Os idosos são particularmente vulneráveis a perdas”.

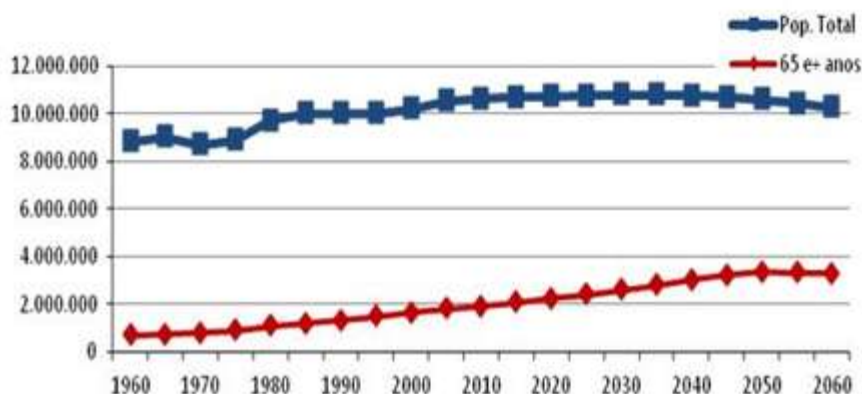


Gráfico 3: População residente – Evolução, 1960-2060 (Portugal)

Fonte: Eurostat ( População em 1 de Janeiro, por grupos etários de 5 anos e sexo (demo\_pjangroup e proj\_10c2150p))

Continua o autor nomeando que a generalidade das pessoas, relativamente ao luto passa por três fases “ a primeira inicia-se logo a seguir à morte, e dura várias semanas” caracterizando-se por uma sensação de choque e de vazio, a segunda fase “inicia-se quando o entorpecimento e a ansiedade desaparecem e dura aproximadamente doze meses”, a terceira fase “inicia-se com a reconstrução da identidade sendo nesta fase que se assiste à adaptação à solidão”.

Dimensões de carências	Indivíduos abaixo de 65 anos	Indivíduos acima dos 65 anos
Necessidades primárias	0,59	0,65
Estilo de vida básica	0,61	0,72
Estilo de vida secundária	0,24	0,38
Condições de habitabilidade básicas	0,07	0,17
Condições de conforto da habitação	0,21	0,28

Fonte: Lopes (2008)

Tabela 3: Índices de Carência

## 6) Que meios

Existem meios para garantir um envelhecimento ativo e saudável, combatendo a crescente dependência física e psicológica maximizando o seu bem-estar. Este processo é preventivo e não é mais do que a preparação atempada centrada na passagem do tempo visando esse período de idade mais avançada.

Assim é de elementar importância o permanente envolvimento do próprio, assumindo o papel de ator principal e insubstituível na gestão e compreensão das etapas mais complicadas, nomeadamente a passagem à condição de aposentado.

Consequentemente as organizações envolvidas ganharão valências diferentes, possivelmente mais adequadas e de melhor efeito como por exemplo a aquisição de historial de vida, competência, e sabedoria que seguramente contribuirão não só para a consciencialização de fatores de bem-estar pessoal e relacional como também de disponibilidade para outras tarefas.

Acrescentar vida aos anos - tarefa urgente e necessária enquanto assistimos a uma conquista sistemática de mais longevidade, melhores e mais eficientes soluções ligadas à saúde da população sénior em campos tão diversos como a neuropsiquiatria ou as medicinas alternativas.

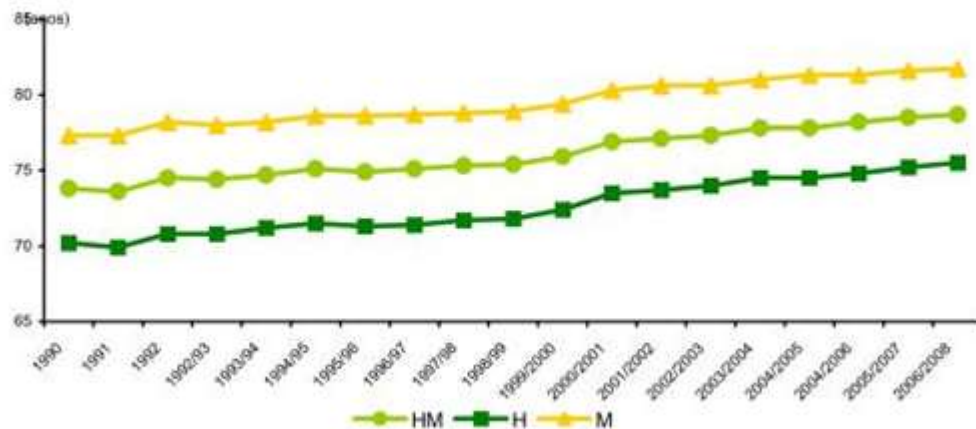


Gráfico 4: Esperança de vida à nascença, por sexos, Portugal, 1990-2006/2008

Fonte INE, Estatísticas Demográficas

Podemos avançar com a ideia de que, os agentes envolvidos – instituições, técnicos especialistas, entidades oficiais – se devem coligar no sentido de desempenhar um papel cada vez mais relevante no prolongamento da vida ativa, saudável do idoso e da pessoa dependente que não podendo evitar os sinais naturais e progressivos da senescência, pode ver adiada por um período mais dilatado a sua participação na construção social, contribuindo com a sua experiência de vida, sentindo-se útil, necessário e quantas vezes mesmo indispensável.

De acordo com projeções oficiais disponíveis há uma dinâmica populacional sem precedentes, registando-se um peso cada vez maior das populações séniores em oposição a um decréscimo alarmante da população jovem e ativa. Em 2010 a relação entre estas duas faixas traduziu-se num índice de 118 idosos por cada 100 jovens, o que comparando com dados de 2006 com o índice de 112 pode aferir um aumento de relevo.

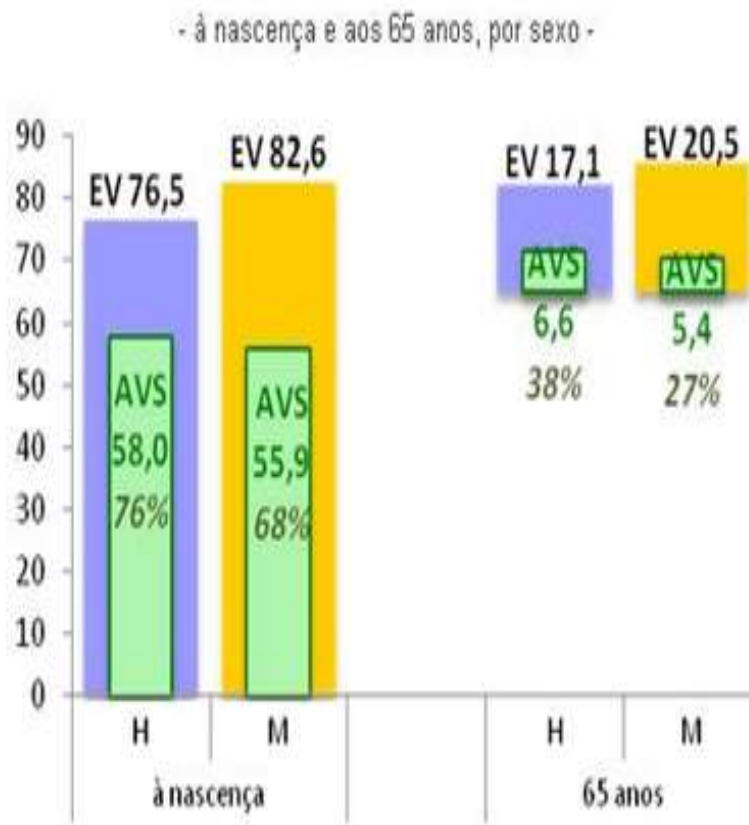


Gráfico 5: Esperança de vida e Anos de vida (Portugal)

Fonte : Eurostat (Indicadores estruturais de saúde (hlth\_hlye); atual. 14-03-2011)

O peso dos idosos e grandes idosos na estrutura populacional aumentou de forma significativa. O número de idosos com mais de 80 anos passou de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010.

Este aspeto reveste-se de particular importância tendo em conta a esperança média de vida

### Esperança média de vida

(em anos)	H	M
A nascença	76,5	82,6
Aos 65 anos	17,1	20,5

Fonte: CE, Demography Report (2011), Quadro 1.3.1 e 1.3.2

Tabela 4: Esperança Média de Vida

E as alterações que envolvem a estrutura geral da população portuguesa, dados apresentados nos quadros seguintes.

### Estrutura da População Portuguesa

(%)	2001	2011
0-14 anos	16,0	14,9
15-64 anos	67,6	66,0
65+ anos	16,4	19,1

Fonte: INE, Censos 2001 e Censos 2011

Tabela 5: Estrutura da População Portuguesa

### Peso dos grupos etários no total da População (em %)

Grupo populacional/Ano	2020	2030	2040	2050
POP 0 – 14 anos	13,8%	12,5%	12,2%	12,1%
POP 15-64	65,6%	63,3%	59,5%	56,0%
POP 65-79	14,8%	17,3%	19,6%	21,1%
POP +80	5,8%	6,9%	8,7%	10,9%
POP 65+	20,6%	24,2%	28,3%	32,0%

Fonte: INE, 2010, Projeções demográficas.

Tabela 6: Peso dos Grupos Etários no Total da População (em %)

### Famílias do grupo etário 75 + anos nos vários cenários em 2050

	Censos 2001		A		B		C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casal	225 636	32,2	483 686	30,4	730 553	45,9	628 613	39,5
C s/ filhos	36 578	5,2	90 514	5,7	0	0	3 375	0,2
1 pessoa	167 817	23,9	382 186	24,0	426 394	26,9	435 807	27,4
F. institucional	48 266	6,9	121 142	7,6	227 105	14,3	202 552	12,7
Total	701 366		1 590 204		1 590 204		1 590 204	

Fonte: Moreira (2008, p.47), Tabela 11

Tabela 7: Famílias de Grupos Etários 75+ anos nos vários cenários em 2050

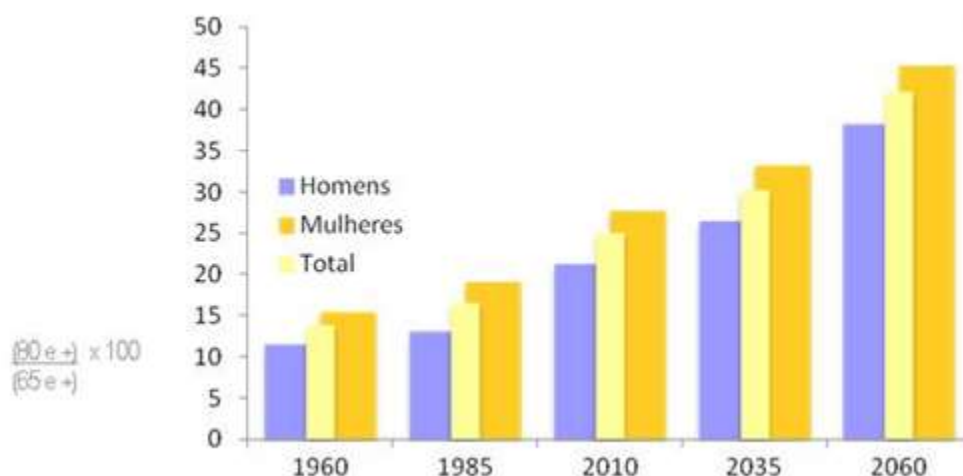


Gráfico 6: Envelhecimento da População Idosa – Evolução, 1960-2060 (Portugal)

Fonte: Eurostat (População em 1 de Janeiro, por grupos etários de 5 anos e sexo (demo\_pjangroup e proj\_10c2150p))

É importante referirmos agora que na generalidade os rendimentos da população idosa são inferiores ao da população empregada. Considerando que a principal fonte de rendimentos do caso dos idosos é a sua pensão de aposentação ou reforma de regime geral e apontando para os seus valores, para a degradação crescente do poder de compra é legítimo considerar razão fundamentada para uma leitura mais atenta e um acompanhamento mais cuidado da realidade de vida desta faixa etária. De notar que 84,1% dos pensionistas de velhice da Segurança Social tem uma pensão mensal inferior a 500 Euros e apenas 6% dos mesmos auferem pensão superior a 1 000 Euros.



Em Portugal a população com mais de 65 anos, segundo dados do Eurostat, apresentou em 2009 uma taxa de risco de pobreza<sup>2</sup> de 21% depois das

**Taxa de risco de pobreza após transferências sociais, segundo o sexo e o grupo etário**

Ano	Total			65 e mais anos		
	HM	H	M	HM	H	M
2003	20,4	19,2	21,6	28,9	28,7	29,1
2004	19,4	18,7	20,1	27,6	27,5	27,8
2005	18,5	17,7	19,1	26,1	25,8	26,4
2006	18,1	17,2	19,0	25,5	23,6	26,9
2007	18,5	17,9	19,1	22,3	19,2	24,5
2008	17,9	17,3	18,4	20,1	17,7	21,8
2009	17,9	17,3	18,4	21,0	17,5	23,5

Fonte: INE, I.P., Anuário Estatístico, 2010. Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2004-2010 (ICOR; EU-SILC) II.7.12

Tabela 8: Taxa de Risco de Pobreza após Transferências Sociais

transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008 (20,8%), mas bem acima da média comunitária (17,8%).

À medida que vamos avançando na idade o risco de pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos risco de pobreza que atinge os (24,4%) enquanto que na União Europeia esse valor é de apenas 20,3%.<sup>3</sup>

A solidão, a falta, diminuição e em muitos casos a supressão quase total dos rendimentos, bem como a inatividade, constituem entre muitas outras razões fatores de risco para com a população idosa, em termos de necessidades acrescidas de cuidados de saúde e bem-estar. Dados de 2007 do INE apontam para uma taxa de participação relativamente elevada por parte da população idosa na atividade económica mesmo depois de ter atingido a idade de reforma; nos últimos anos e pela acentuada crise que temos vindo a atravessar verificou-se uma quebra significativa no emprego de idosos.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Condição considerada como abaixo de 60% do rendimento médio per capita

<sup>3</sup> Dados correspondentes ao anos de 2008 e 2009 devendo ser considerada a realidade atual de progressiva degradação das condições de vida em Portugal.

**Quadro 2. 13: Estrutura das despesas dos idosos – 2010/2011**

Euros	Total	1 adulto idoso	2 ou+ ad, sendo 1/+ id.
Despesa média anual por agregado	20 400	9 379	16 963
01 Produtos alimentares e bebidas n. alc	2 712	1 189	2 835
02 Bebidas alcoólicas, tabaco, etc.	384	67	275
03 Vestuário e calçado	757	194	438
04 Habitação: desp. água, elect, gás e comb.	5 958	3 957	5 815
05 Móveis, artigos de decoração, equip. doméstico e desp corr.de manutenção	864	460	781
06 Saúde	1 186	975	1 691
07 Transportes	2 957	472	1 771
08 Comunicações	680	276	513
09 Lazer, distração e cultura	1 073	286	622
10 Ensino	441	x	x
11 Hotéis, restaurantes, cafés e similares	2 111	872	1 205
12 Outros bens e serviços	1 277	619	955

Fonte: INE, Inquérito às Despesas Familiares, 2010/2011

**Tabela 9: Estrutura das despesas dos idosos - 2010/2011**

A insuficiência para gerir as necessidades básicas diárias, a indisponibilidade das famílias para prestar os cuidados necessários leva na maioria dos casos ao internamento em lares cerceando de certa maneira a possibilidade de intervenção na vida comunitária. Temos de considerar também que por parte dos intervenientes e interessados há sempre a possibilidade de inverter esta tendência através da disponibilidade de serviços de acompanhamento direccionados no sentido de repor a atividade lúdica, desportiva e de intervenção social.

A participação da população idosa no mercado de trabalho, na vida comunitária, através por exemplo a integração em organizações de voluntariado,<sup>4</sup> em atividades lúdicas e desportivas constitui uma vertente de grande importância na promoção do envelhecimento ativo, no bem-estar, na manutenção, prolongamento de uma vida saudável na redução da pobreza que os afeta tão injusta e desproporcionalmente.

<sup>4</sup> A participação dos idosos nestas atividades seria uma mais-valia e um contributo para o envelhecimento ativo

Assim naturalmente deve-se concluir que os novos desafios da saúde pública passem pela promoção de mecanismos capazes de atuar ao nível não só da capacidade física dos sujeitos, mas também do bem-estar mental e social, onde os fatores psicológicos e psicossociais associados a fatores de ordem social assumem um papel fundamental.

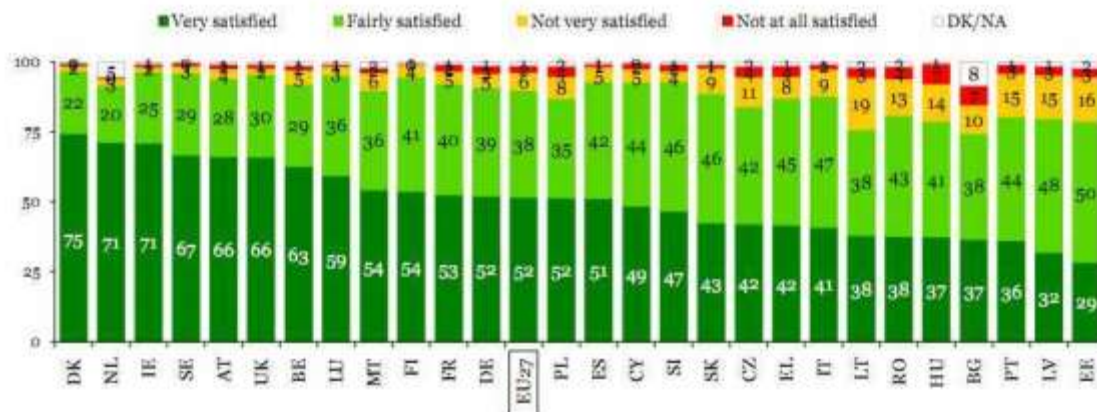
A este respeito Machado (2003: 333) refere que a mudança de estatuto, de ativo para inativo, a que os idosos estão sujeitos e a consequente redução dos rendimentos, devida à condição de reformado face à atividade económica, pode levar a um afrouxamento das relações sociais. Esta ideia é também partilhada por Fernandes (1997:43), para o qual a reforma tornou visível a definição de velhice como categoria social, que "ficou institucionalmente fechada nas fronteiras de um limiar de idade fixo, cujo acesso é reforçado pela detenção de uma pensão de reforma". E esta acarreta menos recursos económicos, menos relações interpessoais, menos auto – estima (Machado, 2003: 332).

## **7) As famílias**

São sem margem para dúvida os grandes atores impulsionadores do envelhecimento saudável. Social e antropologicamente a família pode contribuir para uma solução integrada com uma grande componente humana. Esta opção reúne um sem número de aspetos positivos a considerar, que passam por ser o caminho alternativo à institucionalização maciça de idosos, por se poder considerar a opção menos mobilizadora de recursos públicos desde logo escassos, eventualmente mal distribuídos e sujeitos a custos de oportunidade elevados.

Podemos considerar que este *modus operandis*, que representa uma reorganização da aplicação de recursos vai contrariar o conceito de individualismo tão caro à corrente pós moderna e a mentalidade consumista que tende a desvalorizar e até mesmo ignorar o valor da experiência de vida, marginalizando os idosos e relegando-os para um plano secundário de isolamento isento de perspectivas de superação.

Gráfico 2. 6: Satisfação com a vida familiar



Fonte : CE Eurobarómetro nº 247

Gráfico 8: Satisfação com a vida familiar

É certo que neste momento podemos citar Robert Kegan<sup>5</sup>, quando nos referimos à importância que a troca de conhecimentos entre gerações pode representar no plano educativo. Kegan, psicólogo, notável estudioso do desenvolvimento da contemporaneidade, autor do título *The Evolving Self* (1982) propõe cinco estádios de desenvolvimento a saber – Incorporativo (o sujeito sente a necessidade de enquadramento), Impulsivo (o sujeito é os seus impulsos e perceções), Imperial (o sujeito define-se pelos seus desejos, necessidades e interesses), Interpessoal (o sujeito reconhece que não é o único que possui desejos, interesses e necessidades), e Inter-individual (o sujeito reconhece a necessidade das relações). Recentemente em artigo científico publicado, o autor contraria os pessimistas históricos, que reconhecem e apontam sintomas de declínio da humanidade de geração em geração. No entanto na sua opinião nunca a humanidade esteve tão perto de protagonizar uma verdadeira mudança evolutiva de progresso. Nestes movimentos de transição há um espaço de desequilíbrio que obriga a um sentimento de perda.

É em fases de mudança ou de transição-adaptação que emerge no individuo novas modalidades de coping que geralmente apresentam

<sup>5</sup> Robert Kegan é um Psicólogo, professor, investigador, escritor e consultor nas áreas de desenvolvimento, aprendizagem e profissional <http://www.gse.harvard.edu/directory/faculty/faculty-detail/#ixzz2kvPwjloj>

consequências significativas para o comportamento do indivíduo, podendo essas consequências serem imediatas ou tardias (Schlossberg, 1981). Argumenta Kegan, que para que tal aconteça seria suficiente descobrir uma forma de transferir toda a experiência vivencial dos seniores para as novas gerações.

Assim e de acordo com o autor nunca o género humano dispôs de tanta experiência acumulada no seu seio, pela simples constatação de que as pessoas vivem mais tempo do que em qualquer outra época e de o fazerem com qualidade física e mental incomparavelmente maior. Esta evolução biológica criou ao longo do tempo verdadeiras bibliotecas humanas de conhecimento colocadas acessíveis às gerações mais jovens que assim estejam disponíveis para aprenderem a viver, aproveitando aquela quantidade de sabedoria profunda que só os anos souberam criar e permitiram acumular.

- Só aprende verdadeiramente quem tem a possibilidade de ensinar algo a alguém.

Podemos assim resumir que a evolução das estruturas familiares é um fator determinante de mudança nas sociedades contemporâneas ao colocar novos desafios no que diz respeito a necessidades sociais e organização de respostas – capacitação – à promoção do bem-estar individual e coletivo no processo senescente.

Portugal aparece como o país com a mais elevada taxa de população idosa com limitações nas AVD, segundo dados do Eurostat. Os idosos com necessidades de apoio deverão aumentar exponencialmente com o envelhecimento da população.

Considerando as boas práticas experimentadas e adotadas noutros países da EU, a preferência por serviços personalizados feitos na habitação dos idosos deve ser correspondida por serviços descentralizados e personalizados pois estes são os mais eficazes na melhoria de qualidade de vida dos seniores. É estimada uma população entre 2 e 4% dos idosos (+65 anos) com necessidade de apoio nas AVD, sendo a maioria prestada pelos cuidadores familiares.

A saúde física é um elemento que, conjuntamente com a percepção pessoal, e fatores psicológicos condiciona a qualidade de vida (QdV). No entanto estas determinantes da qualidade de vida podem resultar em dificuldades no campo da sociabilidade, bem-estar desempenho das tarefas diárias básicas. O envelhecimento acarreta problemas de ajustamento devido à mudança de papéis que ocorre, sobretudo na passagem da vida ativa para a reforma, porque isso significa que o idoso não é mais produtor de bens e serviços, o que pode levar à marginalização nos contextos sociais pautados pelo valor produtivo (Cavan et al, 1949).

Assim resulta uma insatisfação a que Cavan et al. (1949) apelida de desajustamento social. A teoria deste investigador assenta na ideia de que quanto mais ativo, maior será a sua integração social, podendo desenvolver uma grande variedade de atividades “produtivas” que reverterão num bom ajustamento social.

**Quadro 2. 14: Índices de carência**

Dimensões de carências	Indivíduos abaixo de 65 anos	Indivíduos acima dos 65 anos
Necessidades primárias	0,59	0,65
Estilo de vida básica	0,61	0,72
Estilo de vida secundária	0,24	0,38
Condições de habitabilidade básicas	0,07	0,17
Condições de conforto da habitação	0,21	0,28

Fonte: Lopes (2008)

**Tabela 10: Índices de Carência**

Estas teorias assentam essencialmente no articulado da Organização Mundial de Saúde que concebe o envelhecimento ativo como sendo “o processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objetivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice” (WHO, 2002).

Ser ativo, para a Organização Mundial de Saúde pode englobar diferentes tipos de ocupação mas sempre numa perspectiva de continuidade como por exemplo nas questões económicas, sociais, religiosas, civis ou culturais e não apenas na continuação da sua atividade laboral e atividade física.

É imperioso que o idoso continue a participar na sociedade de forma útil e empenhada.

É importante a sua contribuição para o desenvolvimento social e isso só se consegue com intervenção e empenhamento.

Fernández-Ballesteros (2002), corrobora desta ideia considerando-a um conceito inovador refletindo a importância que os fatores psicológicos e psicossociais associados a fatores de ordem social assumem na formulação de intervenções promotoras da adaptação face ao envelhecimento, já que os estilos de vida e a autoeficácia, entre outros fatores, podem influenciar e determinar um maior bem-estar.

## **8) O Relaxamento Progressivo de Jacobson**

Consideradas doenças da era moderna, a ansiedade e o stresse são uma presença constante na nossa vida e na vida das pessoas com quem nos relacionamos, é nessas áreas que a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson atua.

Segundo Ballone (2009), citado por Filho em 2009, “a era moderna pode ser caracterizada como a Idade da Ansiedade”, o emprego, a vida familiar e relacional, a competitividade, o desporto contribuem para um aumento da ansiedade o que poderá provocar stresse. Para este autor o estado constante de ansiedade já é considerado normal e fazendo parte do nosso quotidiano.

A tensão poderá ter origens em pensamentos, no meio envolvente, em alguns comportamentos e em situações sistemáticas.

Segundo Junqueira, 2006 o stresse é o estímulo que provoca aparecimento de respostas orgânicas, cognitivas, psicológicas e comportamentais. Estas respostas visam a adaptação do indivíduo ao estímulo.

Segundo Serra 1999, o pico de stresse é o oposto ao relaxamento profundo, isto é, no stresse existe mais libertação de adrenalina e consumo de açúcar do que no relaxamento, a respiração e o coração são mais lentos no relaxamento, no pico de stresse a pressão arterial e a tensão muscular aumentam, no relaxamento as artérias sofrem uma vasodilatação e as ondas cerebrais libertadas são as alfa ou teta que ajudam os processos cognitivos a ser mais produtivos, enquanto no stress existe vasoconstrição das artérias e as ondas cerebrais emitidas são as betas que faz com que os processos cognitivos sejam menos produtivos

O Relaxamento progressivo de Jacobson método criado pelo médico fisiologista Edmund Jacobson, que através de um plano sistemático abrange os principais grupos musculares do corpo humano. Alternando entre contração e distensão muscular consegue um relaxamento profundo. Método de orientação mais fisiológico que psicológico onde o paciente aprende, avalia, e aplica sistematicamente tensões específicas nos grupos musculares para os relaxar de seguida.

O relaxamento é o estado reduzido de ação fisiológica, induzindo elevada descontração corporal e tranquilidade psíquica. O relaxamento é o oposto à tensão e ao stresse. Segundo Filho (2009) além das reações fisiológicas provenientes do relaxamento, a parte psicológica é muito importante e ambos são indissociáveis. Segundo Serra em 1999, através do relaxamento existe uma ativação do sistema nervoso parassimpático e uma diminuição da atividade do sistema nervoso simpático, obtendo-se uma diminuição da ativação fisiológica e um aumento do estado de repouso e calma.

Consideramos assim que as técnicas de relaxamento combatem o stress e a ansiedade, promovendo um estado de tranquilidade.

Segundo Serra, 1999, quando o corpo está em stresse existem maiores dificuldades de concentração, maior preocupação, incapacidade para tomar decisões, sensação de confusão mental e dificuldade de memorização, o relaxamento irá atuar nestas áreas cognitivas e combatê-las, proporcionando maior capacidade de concentração, menor preocupação, melhorando a capacidade em tomar decisões, clareza mental e melhor memorização.

O relaxamento visa maior equilíbrio interno, diminuir a tensão muscular, controlar a ansiedade, aliviar a dor (através da abstração e da diminuição dos impulsos nervosos), gerir do stresse, aumentar o nível de concentração, facilitar o descanso proporcionando maior tranquilidade, permitindo atingir um estado geral de equilíbrio e calma, através da mentalização, isto é, da ação da mente sobre o corpo.

## **9) Os Contextos e Procedimentos de Aplicação**

As sessões de relaxamento requerem treino até se conseguir um relaxamento profundo. Consiste num relaxamento através da contração e descontração de vários grupos musculares do corpo, proporcionando um relaxamento natural que acontece depois de uma tensão forte no músculo. Em geral, o treino é primariamente efetuado sob comando verbal de um dinamizador ou terapeuta, transferindo-se progressivamente este controle para o atleta/cliente.

É importante não pensar em nada, exceto nas sensações produzidas e, essencialmente, desfrutar das sensações agradáveis que acompanham o relaxamento

## **10) Criticas à Técnica**

Para Caballo (1996) as técnicas de relaxamento progressivas de Jacobson apresentam alguns problemas na sua aplicação.

É necessário que o terapeuta tenha em conta se o paciente teve ou tem problemas ao nível dos grupos musculares que irá relaxar durante a sessão.

É necessário que a técnica seja o mais adequadamente possível a cada paciente.

Os pés são outro grupo muscular que apresenta problemas devido à tensão.

Ao serem tencionados, o paciente poderá ter a experiência de câibras, o que será necessário ter em conta a duração da tensão, o qual terá que ser mais curta e/ou menos intensa.

Mas pelo contrário se o paciente estiver demasiado relaxado poderá adormecer. Neste caso o terapeuta terá que recomeçar do ponto de onde parou depois despertar o paciente de forma suave.

Para evitar que volte a repetir o estado de sono, o paciente deverá mudar o horário, ou evitar o relaxamento caso se sinta demasiado cansado, se o fizer em casa.

No que se refere aos exercícios de respiração, o problema mais comum relaciona-se com a “obsessão” com a respiração e caso ocorra é aconselhado a não prosseguir.

Ainda para o mesmo autor “um dos problemas mais preocupantes consiste em que o paciente verbalize que se encontra “relaxado muscularmente” mas não “por dentro”. É necessário saber se a tensão interna é causada por pensamentos perturbadores.

Caso seja, o terapeuta terá que utilizar técnicas cognitivas se os mesmos pensamentos persistirem, deverá também, aumentar a parte falada para obter a atenção do paciente

## 11) A Hidroginástica

Trata-se de uma ginástica no meio líquido, utilizando a água como redutor da ação da gravidade. Reduz o risco de lesões e permite até a reabilitação de pessoas com alguma restrição ao exercício de sobrecarga vertical (lombalgias, artrose, reumatismo, etc.). Visa o fortalecimento muscular localizado, o condicionamento físico geral, cardiovascular e respiratório.

Bonachela (2001) define hidroginástica como o conjunto de exercícios físicos executados na água, cujo objetivo é aumentar a força e a resistência muscular, melhorar a capacidade cardiorrespiratória e a amplitude articular, utilizando a resistência da água como sobrecarga.

Atualmente o exercício físico é considerado como um tratamento de prevenção, considerando o aumento de expectativa e qualidade de vida, para inúmeras doenças, especialmente do foro cardíaco e diabetes.

A sua prática de forma assídua e continuada traduz-se em grandes benefícios que vão muito para além das questões estéticas abrindo espaço na busca de bem-estar físico e psíquico.

Há no presente uma grande aceitação e adesão ao exercício numa perspectiva de lazer, convívio e manutenção para o que a prática dos desportos na água e concretamente a hidroginástica têm contribuído de forma decisiva.

Muitos programas e variantes foram criados, desenvolvidos e adaptados no sentido de agilizar a participação e reforçar a presença dos participantes.

Ginástica aquática, deepwater, deeprunner, hidroatividade, bicicleta submersa, hóquei, polo aquático, hidroterapia, dança são algumas atividades entre muitas outras.

“Uma modalidade caracterizada pela realização de exercícios físicos em imersão vertical, utilizando os membros superiores e inferiores permanecendo continuamente no meio líquido” (Soares e Monteiro, 2000) ou “um método de condicionamento físico e modelagem estética” (Mazarin, 1995) dois conceitos que

embora diferentes se podem complementar produzidos por autores conhecedores profundos do meio.

Pelas suas características e resultados finais a hidroginástica é procurada não só por muitos grupos sociais, profissionais e etários com interesses diversos mas também por associações, clubes e academias com expectativas diversas.

Neste contexto é imperioso que o monitor seja capacitado para poder exercer num ambiente delicado e exigente como é o meio aquático. O conhecimento das propriedades físicas da água, a capacidade de transmitir e fazer cumprir as normas de segurança bem como a implementação e execução da forma mais correta e adaptada dos exercícios em programas estudados ao pormenor e adaptados às diferentes realidades são fatores decisivos para que se atinjam resultados satisfatórios.

São notórios os benéficos que a prática da hidroginástica produz. Citando Figueiredo (1999) e Bonachela (2001) nomeadamente:

Melhoria da resistência cardiovascular;

Aumento da força e da resistência muscular localizada;

Mudanças na composição corporal;

Aumento da flexibilidade, do equilíbrio e da coordenação motora global.

Bem-estar dos praticantes.

Há no entanto fatores inibidores que contrariam o acesso e a assiduidade da prática das atividades físicas como o dinheiro, escassez de tempo, o sedentarismo, questões familiares, doença súbita, indo estes argumentos de encontro à necessidade de estabelecer as condições mínimas para a promoção da saúde mental. Daí que nem sempre se trate exclusivamente de uma questão de escolha pessoal mas de fatores sociais, económicos e culturas a considerar.

## 12) Os Idosos

A vida pode ser um desafio para os idosos geralmente inativos que sofrem de doenças crônicas. Hoje o exercício físico é considerado um tratamento de prevenção principalmente para doenças do coração e diabetes, melhorando a expectativa de vida. "A prática de exercícios físicos de uma maneira geral, contribui para a manutenção das capacidades funcionais, como andar ou agachar, por exemplo, e ajuda a diminuir os riscos causados por uma vida sedentária, homens e mulheres de meia-idade que praticam exercícios regularmente correm menos risco de virem a sofrer de limitações físicas na velhice (Sampaio, 2005)".

Conforme (Barbosa, 2001; Rocha, 1994; Bonachela, 1994; Pires et al., 2002; Powers & Howley, 2000), a prática de uma atividade física, como por exemplo a hidroginástica, torna o idoso mais apto e mais saudável, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida para esta faixa etária, devido aos benefícios oferecidos.

Novaes (2001), afirma que as atividades mais recomendadas por médicos para essa faixa etária são exercícios na água: a hidroginástica e a natação. A hidroginástica é o exercício ideal para as pessoas que possuem problemas ósseos, como osteoporose e artrose.

Bonachela (1994), como motivos para a prática da hidroginástica aos idosos, o emagrecimento geral, fortalecimento e resistência muscular, condicionamento físico geral, melhora da flexibilidade, melhora do equilíbrio e da coordenação, diminuição do estresse e contribuição para a reabilitação física.

Além disso, qualquer forma de exercício físico proporciona benefícios psicológicos, de autoestima e de melhoria do relacionamento social, ou seja, melhora os aspectos biopsicossociais muito importantes para pessoas da terceira idade, devido às inúmeras mudanças advindas dessa fase da vida.

Em geral as pessoas que praticam atividades físicas tendem a ser menos deprimidas do que as que não praticam.

Pesquisas comprovam que para formas mais moderadas de depressão, o exercício físico pode ser tão útil quanto à psicoterapia.

Idosos sedentários possuem menor mobilidade e maior propensão a quedas quando comparados a idosos que praticam atividades físicas regularmente (Sampaio, 2005).

Nessa faixa etária há uma diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), acarretando um predomínio de sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais e perda de energia (Barbosa, 2001).

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenómeno mundial.

Em 1950 eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já 1988, quase quatro décadas depois, esta faixa etária alcançava 579 milhões de pessoas - um crescimento de quase 10 milhões por ano.

### **13) A Entrevista**

A entrevista, definida por Bogdan e Biklen é considerada um instrumento com o qual podemos “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (ob. cit:134).

Cohen, Manion e Morrison (2007: 351) referem que a entrevista de estudo pode ser usada como principal meio de recolha de informação relacionada com os objetivos da investigação.

- Para testar ou sugerir novas hipóteses.
- Conjuntamente com outros métodos de investigação
- Para investigar resultados inesperados
- Para validar outros métodos

- Para aprofundar as motivações dos respondentes e as razões para terem respondido da forma que o fizeram.

Ghiglione e Matalon (1978: 85) referem aproximadamente as mesmas utilizações mas com outros nomes:

- Controlo
- Verificação
- Aprofundamento
- Exploração

Por isso a entrevista é um importante meio de recolha de informação, necessitando o investigador de optar por um processo de registo. Assim optámos por registar as informações em notas escritas com código próprio o que de certo modo contribuiu para a possibilidade de os entrevistados não sentirem a pressão de outros meios de registo como gravadores de som ou aparelhos de captação de imagem (adapt. Bell, 2010).

Quivy e Campenhoudt (1998) consideram que as entrevistas se diferenciam dos outros meios de recolha de elementos pois utilizam processos diversos que passam pela comunicação mais próxima, maior interação humana e são claramente valorizados além de permitirem agilizar processos no sentido da obtenção de informações e reflexões mais ricas e variadas. Além disso as entrevistas caracterizam-se também pelo ajuste que permitem durante o seu desenvolvimento, deixando ao entrevistador um vasto campo a explorar no sentido da clarificação das respostas dadas.

Creswell (2007) diz que o processo da entrevista pode ser considerado como uma série de oito passos:

- Identificação dos entrevistados.

- Determinação qual o tipo de entrevista que será possível e dará ao investigador a melhor informação para poder responder às perguntas da investigação.
- Utilização de equipamento adequado para a recolha dos dados.
- Conceber e usar um protocolo de entrevista.
- Melhorar as perguntas e os procedimentos através de um teste piloto.
- Definir o local da entrevista.

Depois de chegar ao local da entrevista obter o consentimento do entrevistado para participar no estudo.

Durante a entrevista não se desviar das perguntas.

Parece no entanto não haver consenso quanto ao número de tipos de entrevista. Cohen, Manion e Morrison (2007: 352-353) citam vários autores com visões sobre o assunto mas parecem mostrar preferência pela definição de Patton que considera quatro tipos: informal conversacional; entrevista guiada; estandardizada aberta e quantitativas fechadas. Ghiglione e Matalon (2001: 64) apresentam um quadro semelhante: entrevista não direta; entrevista semidirecta; questionário aberto e questionário fechado. Yin (2009: 107-108), por outro lado, refere três tipos de entrevistas: as em profundidade; *focused interviews* e entrevistas com perguntas mais estruturadas que se assemelham a um questionário.

Consideremos três grandes modelos gerais de entrevista: estruturada, não estruturada e mista.

A Entrevista estruturada - como o próprio nome indica, é um tipo de entrevista previamente preparada. Regra geral existe um guião orientador por onde o(a) entrevistador(a) se rege para efetuar as suas questões. Neste tipo de entrevista o investigador deve reencaminhar as questões para os seus objetivos sempre que o entrevistado se afastar do tema.

A Entrevista Não Estruturada para a qual poderá não existir um guião específico de questões ou poderá não haver uma ideia formada acerca percurso a desenvolver.

A Entrevista Mista que alia os dois modelos anteriores. Isto significa que poderá existir uma parte da entrevista estruturada e outra livre, sem qualquer predefinição das questões a realizar. Neste caso são seleccionados os tópicos desejados acerca da temática os quais serão abordados na sequência do diálogo.

A entrevista também pode ter um carater mais preciso, sempre que o caso seja por exemplo a análise de historias de vida. Estes casos são naturalmente divididos por várias sessões dada a sua complexidade e a densidade.

Pela parte do entrevistador há que manter em qualquer dos casos a máxima neutralidade por forma a não exercer qualquer tipo de influência na investigação.

A técnica da entrevista vem complementar o inquérito porquanto possibilita a consolidação das respostas obtidas no inquérito (Bell, 2010). Neste sentido, a preparação da entrevista pressupõe a seleção dos tópicos e a elaboração de questões. Assim sendo, a entrevista pauta-se pela recolha de dados pessoais do inquirido englobando o género, a idade, a freguesia de residência, o estado civil, as habilitações literárias, as profissões exercidas, a idade, o motivo da reforma e ainda o rendimento médio mensal entre outras questões.

### **III PARTE**

#### **Metodologia**

##### **1) Técnicas**

A aplicação das técnicas de relaxamento na medicina comportamental e na psicologia da saúde vieram alicerçar o trabalho anteriormente desenvolvido neste domínio.

Embora exista a tendência para definir o Relaxamento fazendo-se referência ao seu aspeto fisiológico – por exemplo, a ausência de tensão muscular – o relaxamento no sentido restrito, constitui um processo tipicamente psicofisiológico de carácter interativo, onde o fisiológico e o psicológico não se complementam um ao outro mas interagem entre si enquanto parte integrante do processo, como causa e como produto (Turpin, 1989).

Conceptualmente é possível considerar três marcos (processos) importantes segundo os quais se deve abordar o estudo psicofisiológico do relaxamento – Emocional, Motivacional e Aprendizagem. Emocional pela subjetividade; Motivacional pelo comportamento; Aprendizagem pelo modo de integrar, adquirir e desenvolver.

##### **2) A sessão**

Estando reunidas as condições preliminares avançamos para a administração das sessões. Determinamos um conjunto de 8 sessões ao qual chamámos fase de aprendizagem e nos quais, progressivamente fomos introduzindo novos exercícios, prolongando o número de sessões durante todo o período.

Entre Setembro de 2012 e Maio de 2013 foram efetuadas sessões regulares dentro dos tempos estipulados para esse efeito.

Foram progressivamente introduzidas diferentes técnicas de relaxamento na intenção clara de identificar aquela que na faixa etária com que estávamos a trabalhar pudessemos identificar a que teria mais aceitação, produzisse melhores efeitos e proporcionasse um estado de relaxamento mais profundo e duradouro.

Muito resumidamente fazemos uma pequena referência aos métodos que fizeram parte do projeto inicial e que foram sendo abordados de uma ou outra forma (aplicados, discutidos e explicados) durante todo o processo excetuando os que requerem a intervenção de aparelhos de medida que pela morosidade da aplicação iriam tornar inviáveis algumas sessões. Assim o

- Método de Relaxamento Progressivo de Jacobson,
- Relaxamento pelo Método Autogénico de Schultz,
- Relaxamento por Visualização Mental,
- Caminhada,
- Técnicas de Respiração Concentrada e Forçada,
- Relaxamento por Contração Muscular
- Técnicas de Biofeedback (de tensão muscular, termal – Fluxo Sanguíneo, de reação electro dérmica, de onda cerebral).

De facto o método de relaxamento de Jacobson, escolhido como método introdutório veio a revelar-se o mais consistente e aceite embora com o avanço nas sessões, a introdução de novas técnicas e a sua compreensão se possa afirmar que o método autogénico de Schultz pelo seu cariz de evolução autónomo e muito próprio tenha também produzido efeitos relevantes.

Por último e seguramente o método que terá sido alvo das informações mais diversas, interessantes e interessadas terá sido, a introdução da Visualização Mental na sequência da fase inicial com o método progressivo de Jacobson, com que iniciávamos as sessões.

Pela novidade, pela profundidade e também pelo facto de ao longo das sessões termos vindo a sentir um aumento de empatia e entreajuda entre todos os intervenientes os resultados finais positivos em termos de participação, interesse e vontade de descobrir novas experiencias foi uma realidade que podemos registar com grande satisfação.

Para encerrar o nosso trabalho pudemos introduzir duas sessões de terapia de riso a seguir à habitual conversa introdutória (aquecimento) e antes da sessão de relaxamento. Essas sessões foram naturalmente muito participadas através de críticas, opiniões e propostas relacionadas com o visionamento apresentado.

Uma derradeira incursão pelo método Snoezelen, criando o ambiente próprio, multissensorial tendo como objetivo a estimulação sensorial e a diminuição dos níveis de ansiedade e tensão foi conseguida, tendo recebida a impressão positiva dos intervenientes, embora sintamos que por razões temporais só conseguiríamos efeitos visíveis se essa temática viesse a ser prolongada.

### **3) Caracterização dos participantes**

Participaram neste trabalho 22 indivíduos sendo 3 do sexo masculino, e 18 do sexo feminino, voluntários com idade superior a 55 anos.

### **4) Instrumentos**

Analisámos os dados recorrendo a processos de estatística não paramétrica porque sempre que não é possível, admitir a simetria e a normalidade de distribuição, ou os dados foram recolhidos num nível de mensuração inferior ao intervalar, devemos recorrer a testes que não pressupõem a normalidade da distribuição ou nível intervalar de mensuração. Por isso os dados podem ser

utilizados, mesmo quando só podem ser medidos num nível ordinal, podendo ser utilizados mesmo quando são apenas nominais.

## **5) Tipo de Investigação**

Trata-se de uma investigação descritiva, pois tentou-se verificar e descrever as características sociodemográficas dos idosos e correlacional, levando à identificação da natureza e força das relações analisadas (Tuckman, 2005). Tem um carácter transversal na medida em que os dados recolhidos se efetuaram num único período de tempo (Setembro de 2012 a Maio de 2013).

Cumprimos o desenho de investigação pré-definido, recolhemos, analisámos e interpretámos os dados e conferimos, se as questões de investigação são empiricamente suportadas. O rigor científico da investigação depende da escolha de um desenho da investigação que seja apropriado ao propósito do estudo (Tuckman, 2005).

Depois da aplicação da entrevista e dos questionários previstos elaborámos a análise estatística descritiva para que a recolha de dados, o seu tratamento e análise permitissem apurar se há ou não alterações que confirmem o pressuposto.

Mais tarde e sempre no período antes da administração das sessões, cada um dos intervenientes pôde vir a ser inquirido sobre a sua rede social de relações com o intuito de conhecermos os seus contactos sociais, nomeadamente com quem vive e quais as atividades de lazer, familiares e culturais que realiza de forma continuada ou esporádica.

De forma natural durante entrevista questionámos o estado de saúde de cada um para ficarmos a conhecer a forma como ele próprio se sentia, qual a sua autonomia física, que atividades básicas e instrumentais da vida diária conseguiam realizar de forma autónoma ou com ajuda. O modo como encaravam os dias seguintes numa perspetiva de futuro no que se refere a novas atividades a realizar, e a questão habitacional, viver sozinho ou acompanhado.

Essencialmente e de modo a podermos conduzir o processo da forma mais correta, na entrevista procurámos perceber se o grupo estava ou não enquadrado no conceito de envelhecimento ativo e saudável.

Estruturalmente a investigação teve 2 classes, cada uma delas repartida em dois grupos nos quais, alternadamente se fez a avaliação inicial, a intervenção e avaliação final conforme demonstramos no quadro seguinte:

Avaliação Inicial	Intervenção	Avaliação Intercalar	Sem Intervenção	Avaliação Final
Avaliação Inicial	Sem Intervenção	Avaliação Intercalar	Intervenção	Avaliação Final

Englobando os momentos de recolha de dados, Avaliação Inicial, Intervenção e Avaliação Final, podemos considerar este estudo como Pré-experimental (Maroco,2003).

## **6) Definição do Problema**

Será que a introdução de sessão de relaxamento melhora o desempenho e posterior bem-estar quotidiano na população alvo deste estudo? A melhoria do bem-estar físico e mental da faixa etária proposta é fundamental para o prolongamento da esperança de vida com qualidade. A qualidade é o fator chave e ideal que se procura atingir à medida que a idade avança e o tempo passa.

## **7) Objetivos**

O principal objetivo será apurar se a introdução de uma sessão de relaxamento no período anterior ao desempenho de uma população de jovens idosos em aulas de hidroginástica pode contribuir para melhoria do bem-estar físico e psíquico diário. Formular a caracterização sociodemográfica dos

intervenientes. Avaliar se existe relação entre bem-estar e a hidroginástica e analisar se a frequência das atividades está associada ao bem-estar.

Especificamente apurámos com que assiduidade frequenta as aulas de hidroginástica, se existem divergências entre géneros comparando com a assiduidade, averiguar se existe alguma relação entre bem-estar e a idade, entre bem-estar e género e entre pessoas com diferentes níveis de escolaridade e ocupação.

### **8) Definição das Variáveis:**

Variável Independente: género,

Variável Dependente: satisfação, depressão, stress, ansiedade e bem-estar

### **9) Formulação de hipóteses**

H1 – existe melhoria na perceção de qualidade de vida, bem-estar (medidos através do stress, ansiedade e depressão) e desempenho com a introdução de uma sessão de relaxamento no período anterior a uma aula de hidroginástica.

### **10) Instrumentos**

Por forma a iniciar o trabalho direto com os idosos ativos escalão etário mais de 55 anos, foram apresentados os métodos, os objetivos e os instrumentos a utilizar no trabalho de investigação.

A população alvo demonstrou grande interesse em participar neste trabalho, os participantes foram entrevistados individualmente (anamnese) e distribuída a informação de Consentimento Informado tendo de seguida experienciado uma sessão de relaxamento progressivo de Jacobson, técnica que foi sistematicamente aplicada e desenvolvida nas sessões seguintes.

Os instrumentos utilizados na recolha dos dados foram:

A versão portuguesa do Questionário Abuel adaptado, com o objetivo de caracterizar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa. Mais propriamente e num sentido mais amplo, este questionário terá sido concebido para avaliar as condições de vida, a saúde física e mental e as relações sociais dos indivíduos entre os 60 e os 84 anos de idade.

Este instrumento avalia a perceção dos idosos em relação às suas capacidades (se se sentem capazes de...). Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos em nível social e de saúde.

O Questionário Abuel foi inicialmente desenvolvido no âmbito de um projeto financiado pela União Europeia, desenvolvido pelo Karolinka Institute.

Este questionário está disponível em 15 países da União Europeia. Em Portugal foi traduzido e validado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, parceiro no projeto.

A inovação do EADS 21 está no facto de reunir numa só escala, itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar, (ansiedade, depressão e stresse).

A ansiedade e depressão são claramente distintas do ponto de vista fenomenológico mas empiricamente tem sido difícil separar os dois constructos. O modelo tripartido foi desenvolvido para clarificar a relação entre ansiedade e depressão.

A escala estudada propõe-se avaliar empiricamente a ansiedade depressão e stresse segundo o modelo tripartido: mais especificamente o objetivo do presente estudo é adaptar as escalas de depressão ansiedade e stress de 21 itens numa perspetiva conservadora, ou seja, privilegiou-se um modelo de construção com base na teoria tal como os autores sugerem, tentando encontrar uma solução em língua Portuguesa semelhante à original.

A Depression Anxiety Stress Scales (DASS) aqui designada por Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21) em que o número designa o número de

itens, constituem uma escala de 21 itens distribuídos em número igual pelas três dimensões: Depressão, Ansiedade e Stress. (Pais-Ribeiro, J.L., 2004)

## **11) Procedimentos estatísticos**

O tratamento estatístico foi efetuado através do programa IBM SPSS 20.

Foi efetuada uma análise uni variada de medidas de localização e tendência central (média), medidas de dispersão (desvio-padrão) e de normalidade - Shapiro-Wilk.

Em relação às técnicas inferenciais, foram utilizadas as seguintes técnicas:

- 1) Análise da Correlação entre Variáveis (i.e. intensidade da relação entre variáveis): r de Pearson;
- 2) Análise das Diferenças entre Grupos (i.e. comparação de médias de dois ou mais grupos): Wilcoxon. Quando a análise implicar mais do que dois grupos, este teste será complementado com um teste Post-Hoc que seja mais adequado em função da homogeneidade das variâncias estimadas a partir das amostras.

De acordo com Pestana e Gageiro (2005), só é exigido que se tenha uma distribuição normal para utilizar os testes paramétricos quando as amostras têm uma dimensão igual ou inferior a 30. (no nosso estudo as amostras são na sua maioria superiores a 30).

- 3) O nível de significância adotado para rejeitar as hipóteses nulas será de  $p < .05$ , que corresponde a uma probabilidade de rejeição errada de 5%.

## **IV PARTE**

### **Apresentação e Discussão dos Resultados**

#### **1) Introdução**

A análise de dados é uma etapa da investigação que “consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar ou, do contrário, recombina as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo” (Yin, 2005:137).

Por seu turno, Bell (2010:183) defende que “os dados em estado bruto, provenientes de inquéritos, esquemas de entrevistas, listas, etc., têm de ser registrados, analisados e interpretados” para terem significado.

Assim sendo, após a recolha de dados, ou seja, do levantamento “dos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar” (Bogdan e Biklen, 1994:149) são elaborados instrumentos para posterior análise.

De acordo com Bardin (1988:95) a análise comporta três fases cronológicas distintas “1) a pré-análise, 2) a exploração do material 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”. A primeira fase caracteriza-se pela organização enquanto a segunda consiste, principalmente, em operações de codificação. A última etapa é transformar os dados de forma a tornarem-se válidos e significativos. Ao processo de «validação instrumental» realizada através do confronto da informação obtida a partir das diversas técnicas de recolha de dados denominamos de triangulação. (Léssard- Hébert, Goyette e Boutin, ob. cit.).

Neste sentido, a análise de dados de uma investigação quer seja quantitativa ou qualitativa, pressupõe uma fase de codificação que permite a sistematização dos resultados e conseqüentemente o seu tratamento (Lessard-Hébert, Goyette, Boutin, 1990).

## 2) Descrição dos resultados obtidos

Os dados recolhidos foram analisados através de estatística descritiva e inferencial sendo a demonstração dos resultados efetuada de acordo com os resultados apurados. Foi importante qualificar e quantificar o motivo da prática, o locus de adesão, abandono (se for o caso), e tipificar motivos que contribuíram para o bem-estar e desempenho.

### 2.1 – Caracterização Demográfica

Participaram no estudo 21 sujeitos com idade compreendida entre 53 e 84 anos sendo a média de idade 66.38 anos e o desvio padrão de 7.619.

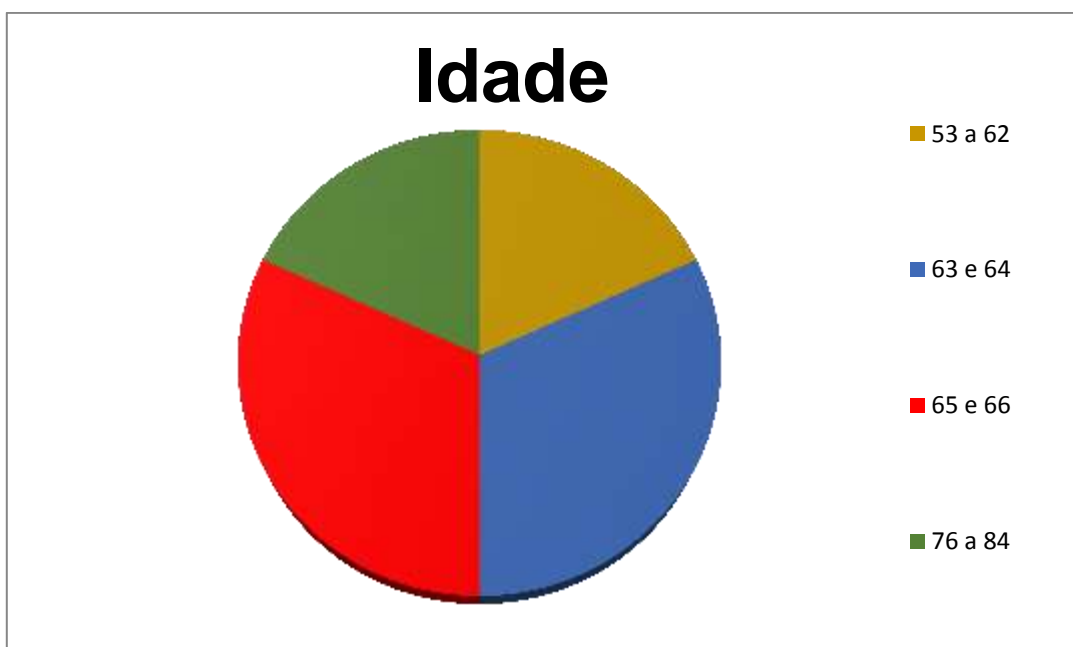


Gráfico 9 Caracterização da Idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Qual a sua idade?	21	53	84	66.38	7.619

Tabela 11 Caracterização da Idade

De acordo com o quadro abaixo representado o número de participantes do sexo feminino foi 18 enquanto que do sexo masculino de 3. Equivale a dizer que percentualmente registou-se uma participação de 85.7 % de elementos do sexo feminino e 14.3 % do sexo masculino.

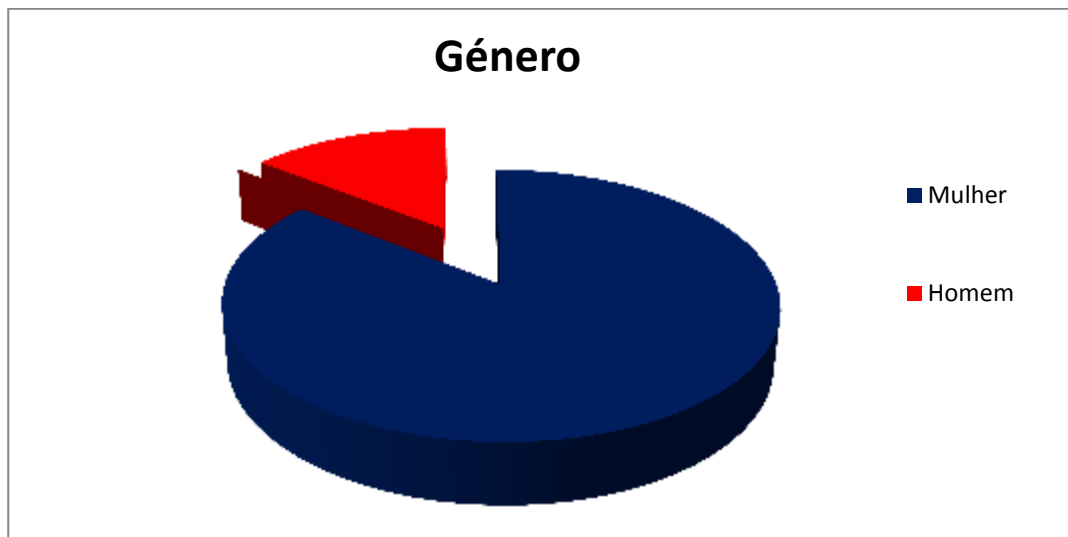


Gráfico 10 Distribuição de dados relativamente à Variável Género da Amostra

	Frequência	Percentagem
Mulheres	18	85.7
Homens	3	14.3
Total	21	100.0

Tabela 12 Distribuição de dados relativamente à Variável Género da Amostra

Estes dados confirmam o afirmado por Oliveira (2010, pág16) quanto à longevidade. Segundo o autor, as mulheres são quem mais beneficia com o aumento da população idosa, pois usufruem maior probabilidade de esperança média de vida. Este facto fica a dever-se a fatores genéticos ou hereditários sendo que os sociais e ambientais também possam interferir visto que o sexo masculino assume mais riscos. Assim podemos apurar que no universo dos participantes há uma maioria clara do sexo feminino.

Constatamos que uma larga maioria dos participantes é Casada ou vive em União de Facto (71.4%), 14.3% são Divorciados ou Separados, 9,5% são Viúvos e 4,8% são Solteiros.

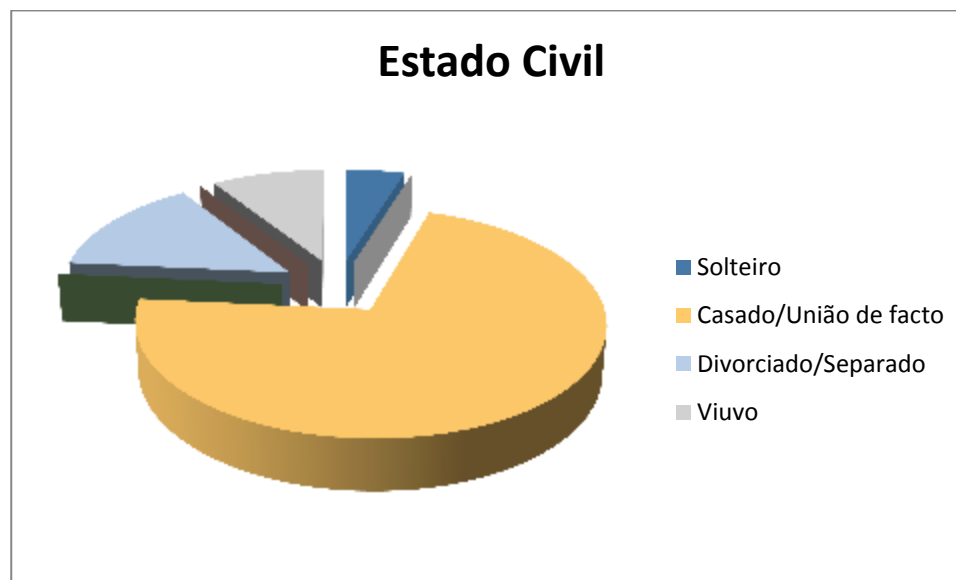


Gráfico 11 Estado Civil

	Frequência	Porcentagem
Solteiro	1	4.8
Casado/União de facto	15	71.4
Divorciado/separado	3	14.3
Viúvo	2	9.5
Total	21	100.0

Tabela 13 Estado Civil

Para conhecermos a constituição do agregado familiar analisamos o quadro seguinte no qual estão resumidamente descritos e agrupados esses dados.

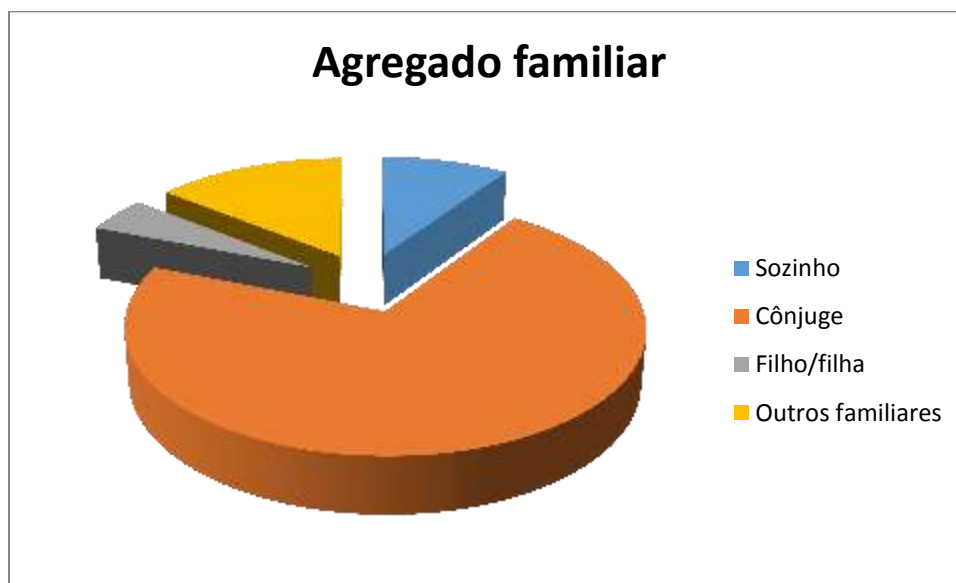


Gráfico 12 Agregado Familiar

		Frequência	Percentagem
	Sozinho	2	9.5
	Cônjuge	15	71.4
Valid	Filho/filha	1	4.8
	Outros familiares	3	14.3
	<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>

Tabela 14 Agregado Familiar

Podemos assim apurar que 71.4% dos intervenientes no nosso estudo habitam com o Cônjuge, 14,3% habitam com outros familiares, 9,5% habitam sozinhos e 4,8% partilha a habitação com descendentes de 1ª linha. De referir o facto de que facilmente podemos encontrar uma ligação do presente quadro com o anterior devido às suas características de correspondência.

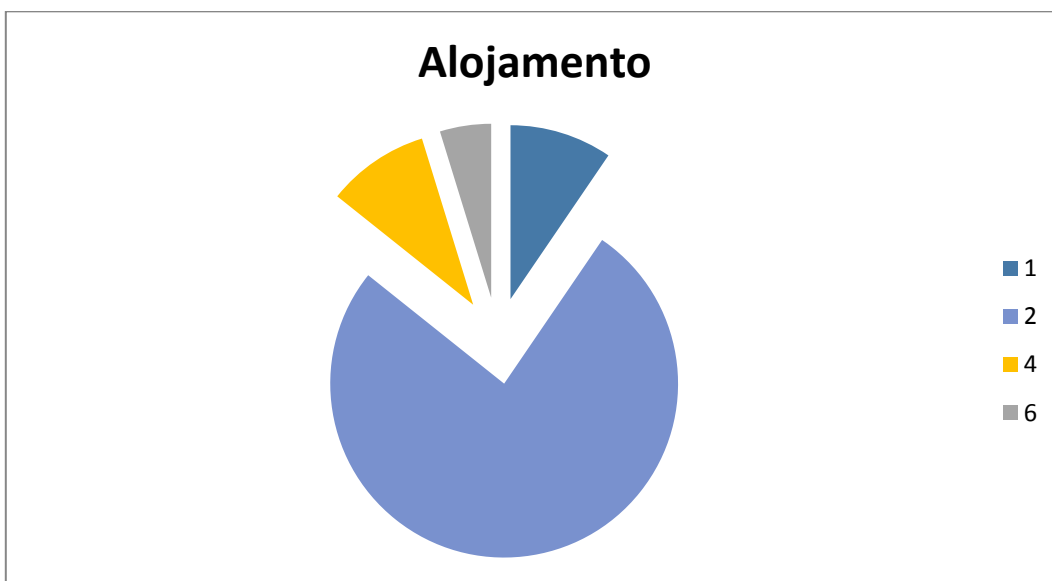


Gráfico 13 Alojamento

	Frequência	Percentagem
1	2	9.5
2	16	76.2
4	2	9.5
6	1	4.8
Total	21	100.0

Tabela 15 Alojamento

Conforme o tabela 15 Alojamentos e à questão “Qual o número de pessoas que vivem no seu alojamento, incluindo o ajudante, familiares e o entrevistado” registamos que 16 entre eles, correspondendo a 76.2% habitam com 2 pessoas. Com percentagem de 9.5% registamos que 2 entrevistados habitam respetivamente com 1 e 4 pessoas, por último 1 entrevistado habita com 6 pessoas. Neste último caso e de acordo com a previsão INE 2002, considerando um futuro próximo referimos o facto de no mesmo espaço poderem vir a coabitar 3 a 4 gerações.

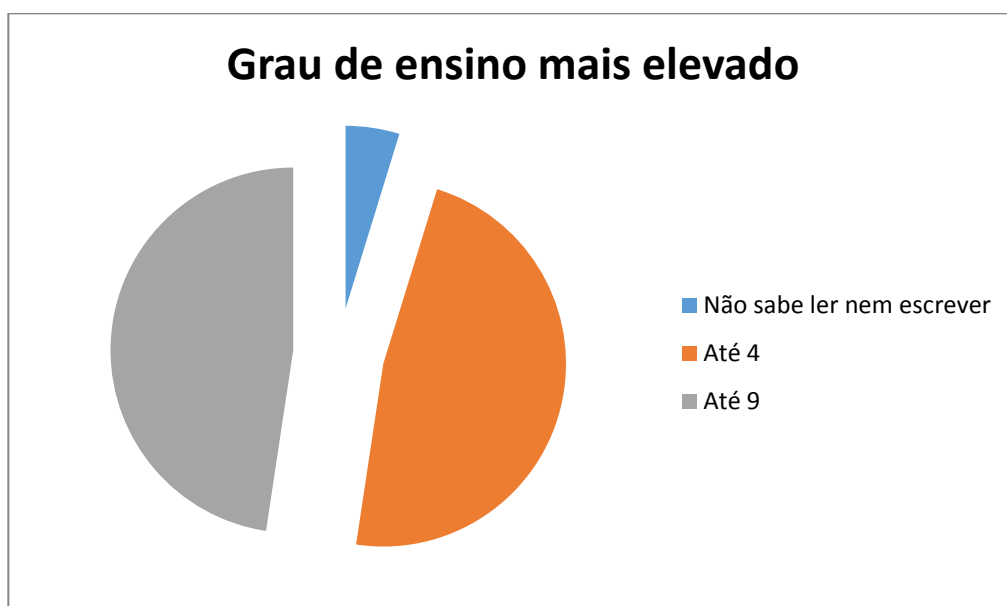


Gráfico 14 Escolaridade

Qual o grau de ensino mais elevado que possui?		
	Frequência	Porcentagem
Não sabe ler nem escrever	1	4.8
Até 4	10	47.6
Até 9	10	47.6
Total	21	100.0

Tabela 16 Escolaridade

Quanto ao Grau de ensino mais elevado possuído 1 sujeito “Não sabe ler nem escrever” 4,8% dos inquiridos, enquanto que 10 possuíam a esse tempo 4 anos de escolaridade, o mesmo número tinham completado 9 anos de escolaridade.



Gráfico 15 Trabalho Remunerado

#### Continua a trabalhar?

	Frequência	Porcentagem
Sim	3	14.3
Não	18	85.7
Total	21	100.0

Tabela 17 Trabalho Remunerado

Conforme quadro acima apresentado, 85,7% da nossa amostra não continua a trabalhar não obtendo assim qualquer rendimento. No entanto 3 dos entrevistados continuam a trabalhar recebendo por isso a remuneração equivalente.

### Se continua a trabalhar, esteve desempregado último ano

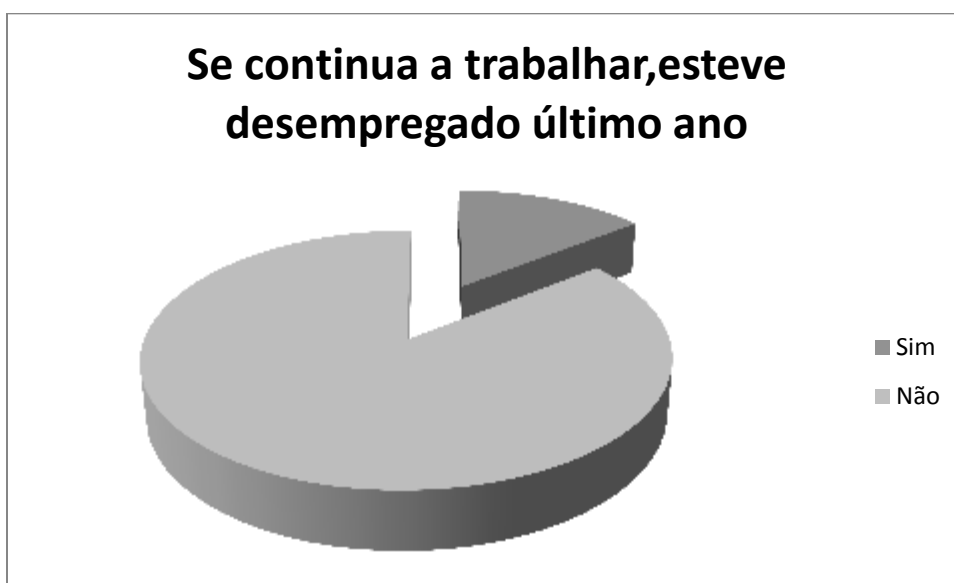


Gráfico 16 Esteve desempregado no último ano

---

---

	Frequência	Porcentagem
Sim	3	14.3
Não	18	85.7
Total	21	100.0

---

---

Tabela 18 Esteve desempregado no último ano

Para os que continuaram a trabalhar apesar do seu estatuto de aposentado/reformado foi pedido que respondessem à pergunta “ esteve desempregado no último ano” ao que uma maioria de 85.7% respondeu negativamente e 14,3 % terão experimentado a situação de desemprego durante o último ano.

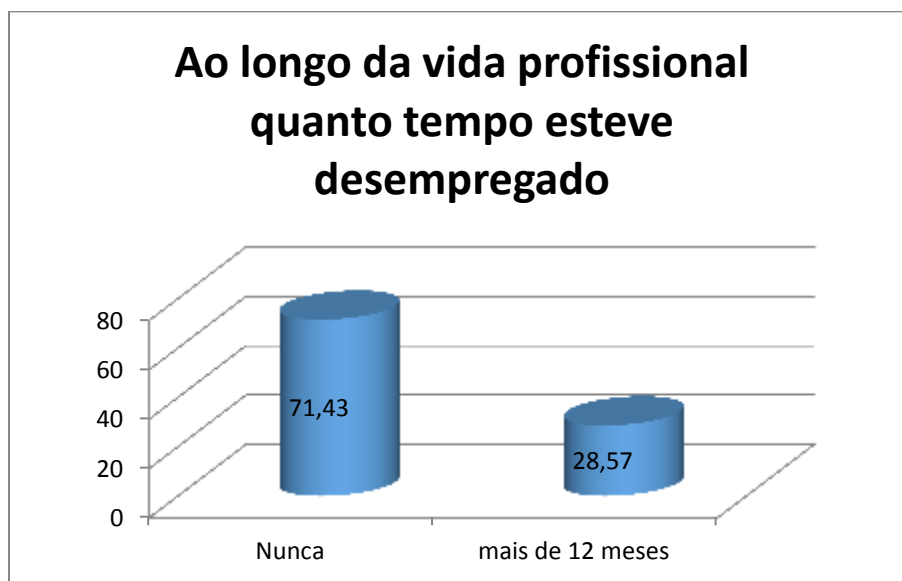


Gráfico 17 Ao longo da sua vida quanto tempo esteve no desemprego

	Frequência	Porcentagem
Nunca	15	71.4
mais de 12 meses	6	28.6
Total	21	100.0

Tabela 19 Ao longo da sua vida quanto tempo esteve no desemprego

Se alguma vez esteve desempregado ao longo da sua vida profissional foi a questão apresentada no quadro 9 sendo que 6 entrevistados representando 28,6%, experimentaram o desemprego por um período superior a doze meses e 15, representando 71,4 % da amostra nunca tinham experimentado a situação de desemprego.

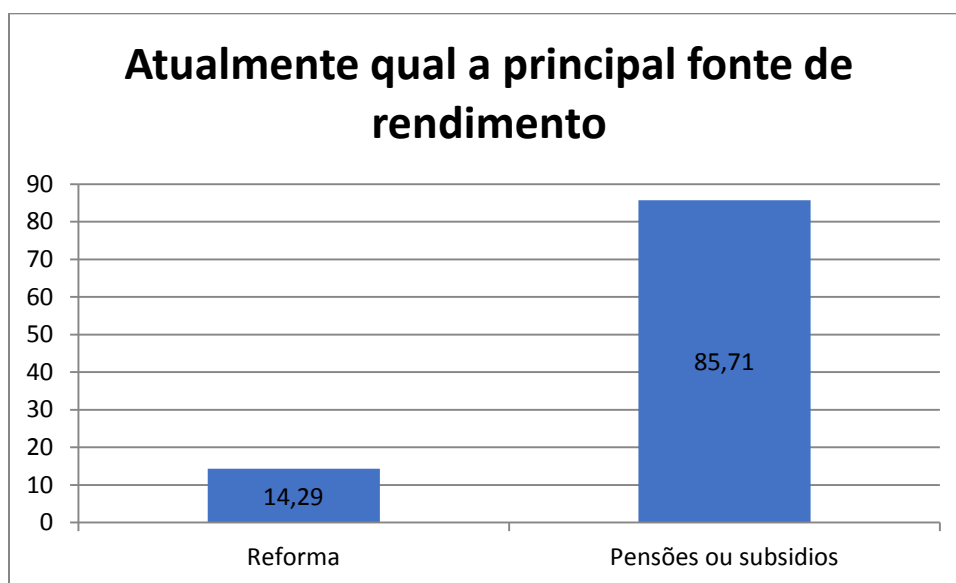


Gráfico 18 Fonte de rendimento

**Atualmente qual é a sua principal fonte de rendimento?**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem
Reforma	3	14.3	
Pensões ou subsídios	18	85.7	
Total	21	100.0	

Tabela 20 Fonte de rendimento

Pensão ou subsídio recolheu a escolha de uma maioria clara de 18 participantes representando 85,7 % à pergunta de qual a principal fonte de rendimento. No entanto apenas 3 dos participantes referiu a reforma 14,3 % como a sua principal fonte de receita.

## Até que ponto se preocupa com as despesas diárias

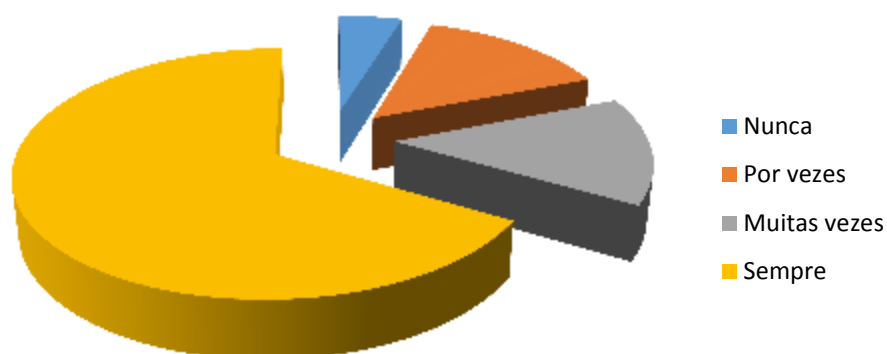


Gráfico 19 Despesas diárias

### Até que ponto se preocupa com as suas despesas diárias?

	Frequência	Porcentagem
Nunca	1	4.8
Por vezes	3	14.3
Muitas vezes	3	14.3
Sempre	14	66.7
Total	21	100.0

Tabela 21 Despesas diárias

De acordo com o quadro acima apresentado podemos registrar uma maioria muito clara, 66.7% que efetivamente tem uma preocupação permanente com as despesas diárias enquanto que em igualdade percentual 14.3% se preocupam muitas vezes e por vezes. 1 participante não se preocupa de todo com as suas despesas diárias.

## 2.2 Análise inferencial da qualidade de vida

Vamos de seguida apresentar os dados relativos á avaliação da qualidade de vida dos participantes, avaliada através do questionário ABUEL.

		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Z	Sig
I	A perda de sentidos afeta a sua	2,05	0,865	1	4	.042 <sup>b</sup>	.967
F	participação	2,05	0,805	1	4		
I	Consegue fazer as coisas que	3,38	0,59	2	4	-.277 <sup>c</sup>	.782
F	gostaria	3,48	0,68	2	5		
I	Sente o seu dia suficientemente	3,38	0,59	2	4	-.302 <sup>b</sup>	.763
F	preenchido	3,43	0,577	2	4		
I	Está satisfeito como usa o seu tempo	3,19	0,602	2	4	-1.387 <sup>c</sup>	.166
F		3,43	0,598	2	4		
I	Está satisfeito com o seu nível de	3,29	0,845	1	4	-.632 <sup>c</sup>	.527
F	atividade	3,43	0,676	2	5		
I	Está satisfeito com participação nas	3,29	0,717	2	4	-.302 <sup>b</sup>	.763
F	atividades	3,24	0,831	1	5		
I	Sente companheirismo na sua vida	3,29	0,902	1	4	-.491 <sup>c</sup>	.623
F		3,48	0,75	2	4		

Tabela 22 Comparação inicial/final

- Wilcoxon Signed Ranks Test
- Based on positive ranks.
- Based on negative ranks
- Asymp. Sig. (2-tailed)

Como podemos verificar na tabela 22, a maioria dos valores relativos aos indicadores de qualidade de vida, melhoraram no período de tempo em que decorreu a intervenção. Estes dados não são estatisticamente significativos, mas representam uma tendência de melhoria, que poderia ser acentuada com a continuação do programa.

## 2.3 Análises correlacionais dos resultados do teste EADS

Na estatística inferencial foram aplicados testes comparativos adequados ao número e tipo de dados recolhidos. Foi efetuada uma comparação entre pré e pós intervenção.

Teste de Normalidade						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Stress_I	.123	21	.200*	.957	21	.453
Stress_F	.144	21	.200*	.959	21	.501
Depressão_I	.106	21	.200*	.959	21	.488
Depressão_F	.102	21	.200*	.961	21	.536
Ansiedade_I	.153	21	.200*	.921	21	.090
Ansiedade_F	.132	21	.200*	.937	21	.190

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 23 Teste de Normalidade

O Teste de Normalidade indicia que não há alterações significativas à normalidade na distribuição da amostra.

Por não haver alterações significativas fez-se a comparação ao T de Pares emparelhando os dados iniciais e finais.

Descriptives				
	Statistic			
	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Stress_I	8.9524	4.54397	2.00	18.00
Stress_F	7.6190	2.08509	4.00	12.00
Depressão_I	6.8571	4.21053	.00	14.00
Depressão_F	6.3333	3.62399	.00	12.00
Ansiedade_I	7.0000	4.34741	.00	13.00
Ansiedade_F	6.1429	3.13506	1.00	11.00

Tabela 24 Teste de T de Pares

Há diferenças significativas no campo ansiedade denotando progresso positivo enquanto que no campo stresse e depressão se podem registar melhoras embora não de forma significativa.

Test Statistics <sup>a</sup>			
	Stress_F - Stress_I	Depressão_F - Depressão_I	Ansiedade_F - Ansiedade_I
Z	-1..555 <sup>b</sup>	-.547 <sup>b</sup>	-2..066 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.120	.584	.039

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Correlations				
		Stress_F	Depressão_F	Ansiedade_F
Stress_F	Pearson Correlation	1		
Depressão_F	Pearson Correlation	.547	1	
	Sig. (2-tailed)	.010		
Ansiedade_F	Pearson Correlation	.598	.070	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.762	
Até que ponto a perda de sentidos, afeta a sua capacidade de participar em atividades.	Pearson Correlation	.071	.217	-.221
	Sig. (2-tailed)	.760	.344	.336
Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer	Pearson Correlation	-.324	-.250	.013
	Sig. (2-tailed)	.152	.274	.954
Até que ponto sente que tem o seu dia suficientemente preenchido	Pearson Correlation	<b>-.595</b>	-.271	-.304
	Sig. (2-tailed)	<b>.004</b>	.235	.181
Até que ponto está satisfeito com a forma como usa o seu tempo	Pearson Correlation	-.224	-.185	.046
	Sig. (2-tailed)	.330	.423	.844
Até que ponto está satisfeito com o seu nível de atividade	Pearson Correlation	-.375	-.204	-.125
	Sig. (2-tailed)	.094	.375	.590
Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem de participar nas atividades da comunidade	Pearson Correlation	-.407	-.144	-.148
	Sig. (2-tailed)	.067	.534	.522
Até que ponto sente companheirismo na sua vida	Pearson Correlation	.282	.417	.225
	Sig. (2-tailed)	.216	.060	.327

Tabela 25 Correlações

Na análise correlacional entre os dados estudados – Qualidade de Vida, Ansiedade, Stresse e Depressão podemos registar um ligeiro aumento de Stresse no item “fazer as coisas que gostaria de fazer “, bem como no item “até que ponto sente o seu dia preenchido” indiciando que a não ocupação do dia de forma densa e clara pode ser fator de elevação de stresse.

Algumas destas correlações embora não significativas na sua generalidade revelam indícios de relações interessantes. Quanto mais falta de companheirismo mais elevado será o índice de stresse e depressão, também quanto menores forem as oportunidades de participação na vida comunitária também eleva o stresse, o que se pode confirmar também no caso da diminuição do nível de atividade.

## **V. PARTE**

### **Conclusões Finais**

#### **Conclusão e Aplicação na Psicologia do Desporto e Exercício**

É um fato que envelhecer é um privilégio que só uma parte da população poderá vir a experimentar. Fazê-lo com qualidade parece-nos ser o objetivo prioritário de todos aqueles que encaram o envelhecimento como um processo natural que se vem preparando e no qual se investe desde muito cedo. Não há seguramente um padrão único e por si só definido de velhice podendo essa experiencia ser, de modo genérico, considerada como bem ou mal sucedida. O envelhecimento é um fenómeno complexo e heterogéneo envolvendo invariavelmente questões de ordem individual e social.

Melhorar e medir o desempenho e o bem-estar físico e mental foi o objetivo a que nos propusemos. O relaxamento, enquanto parte integrante desse processo possui uma valência importantíssima, e um contributo inestimável.

Há que reconhecer que nem todas as técnicas de relaxamento, e são inúmeras, se conseguem adaptar da melhor forma à rotina da população dos

nossos participantes, no entanto fatores como a empatia, a descoberta de novas sensações associadas a novas experiências vivenciais, foram argumentos influentes no sucesso final. Assim e utilizando critérios de grande rigor e simplicidade optámos por usar os métodos que pela facilidade de aplicação, aceitação e complementaridade conseguiram produzir no menor período de tempo os efeitos mais visíveis.

Podemos considerar o relaxamento não só como uma técnica de alívio de tensão e stresse, mas também como um processo instrutivo onde são disponibilizadas as competências que permitem descobrir e desenvolver potencialidades aplicáveis ao quotidiano no sentido de uma vida saudável, equilibrada e socialmente participada.

Finalmente podemos inferir dos resultados apurados que embora apenas se verifiquem diferenças significativas entre os valores da ansiedade inicial e final, todos os restantes indicadores apresentam melhorias (embora não estatisticamente significativas) quando comparamos a avaliação inicial com a final.

Continuar o trabalho iniciado, refletir sobre os resultados, prestar uma maior atenção a todo o processo de envelhecimento e encarar esse mesmo processo de forma global, integrada e abrangente no sentido de que as escolhas recaiam sempre tendo em conta um envelhecimento saudável e ativo acompanhado por técnicos que saibam e possam empenhar-se na construção de processos dinâmicos numa velhice emancipada.

Tendo por base o que foi referido podemos concluir que os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos, nunca sendo demais salientar o caráter restritivo do estudo em si mesmo e dos participantes em género e número, fragilidades que poderão ser minorados se futuramente forem desenvolvidos novos estudos de caráter mais abrangente no sentido de otimizar o processo de envelhecimento. A formação de novos grupos com formação específica e objetivo claramente focado na interação e acompanhamento da faixa mais idosa da nossa população será seguramente um contributo de grande importância numa perspetiva de envelhecimento ativo e saudável tal como se pretende venha a ser e

a estar acessível a todos quantos tiveram o privilégio de alcançar esse estágio de vida.

Considerando os resultados obtidos e levando em linha de conta as restrições apresentadas, parece-nos legítimo a sugestão de um novo estudo, com um grupo de intervenientes mais alargado e diversificado que possibilite, num quadro muito mais amplo obter resultados mais consistentes, claros e precisos.

## VI. Bibliografia

Age Platform Europe, EU CR and EC - How to promote active ageing in Europe: EU support to local and regional actors. Brussels: EU Publications Office, 2011. Disponível em <http://www.age-platform.eu/>. (Acedido em 12 de Fevereiro, 2012).

Albuquerque, P. C. e Lopes, J. C. - Economic impacts of ageing: an interindustry approach. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão, 2010.

Aleixo, M. S. C. - Decisões de Reforma - Efeitos na Oferta de Trabalho e Sustentabilidade da Segurança Social. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão, 2011. Dissertação de Mestrado.

Almeida, M. F. - Promoção da Saúde depois dos 65 anos. Elementos para uma política integrada de envelhecimento. Lisboa: ENSP/UNL, 2009. Dissertação de Doutoramento.

Alves, J. F. e Novo, R. F. - Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 65-77, 2006.

Andreotti, A.; Garcia, S.; Gomez, A.; Kazepov, Y.; Mingione, E. e Hespanha, P.- Does a Southern European Model Exist?. *Journal of European Area Studies*. 9 (1), 43-62, 2001.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1991). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Em: P. B. Baltes e M. M. Baltes (eds.) *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Personnes âgées, une approche globale : démarche de soins par besoins, Études vivantes* Laval: Québec., Disponível em <http://www.youblisher.com/p/168044-Pessoas-Idosas-Uma-abordagem-global-Louise-Berger-Danielle-Mailloux-Poirier/>

Caballo, V.E. (1996). Manual de Técnicas de Terapia e Modificação de Comportamento, S.Paulo: Santos Livraria Editora.

Charles, S.T., Piazza, J.R., Luong, G., & Almeida, D.M. (2009). Now you see it, now you don't: Age differences in affective reactivity to social tensions. *Psychology and Aging*, 24, 645–653

Carrascosa, J. (2003). Motivación claves para dar lo mejor de uno mismo. Madrid: Editorial Gymnos.

Comissão Europeia - Comunicação ao Parlamento Europeu e ao Conselho, Primeira avaliação intercalar do programa comum «Assistência à Autonomia no Domicílio» (AAD), Brussels: European Commission, 16.12.2010 COM (2010) 763 final, 2010. Disponível em [www.unic.pt/index.php?option=com\\_content&task=category&sonid=27&id=159&Itemid=313](http://www.unic.pt/index.php?option=com_content&task=category&sonid=27&id=159&Itemid=313). (Acedido a 12 de Outubro de 2013, 23:50).

Comissão Europeia - Concretizar o Plano de Execução Estratégica da Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável. COM (2012) 83 final, Brussels: European Commission, 2012. Disponível em [www.qren.pt/download.php?id=50](http://www.qren.pt/download.php?id=50).

Comissão Europeia - Envelhecer bem na sociedade da informação - Uma Iniciativa 2010 -Plano de Ação no domínio Tecnologias da Informação e das Comunicações e Envelhecimento. Brussels: European Commission, 2007.

Comissão Europeia - *Meeting Social Needs in an Ageing Society. Demographic Report 2008*. European Communities, Brussels 2008. Disponível em <http://www.abuel.org/statistics.html>. (Acedido em 10 de Novembro de 2013).

Comissão Europeia - The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). *European Economy*, 2, 2009. Disponível em [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication14992\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf). (Acedido em 12 de Outubro de 2013).

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2004, 5 (2), 229-239

Côté, J., Salmela, J. H., Baria, A., & Russell, S. J. (1993). Organizing and interpreting unstructured qualitative data. *The Sport Psychologist*, 7, 127-137.

Cruz, F. (2007) Variabilidade ou Convergência? Análise Regional da Fecundidade em Portugal (1980-2009)

Dosil, J. (2008). *Psicologia de la actividad física e del deporte* (2ª edição). Madrid: McGraw Hill.

Fernandes, A. A. (2001), Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº36, p.39-52.

Fernandes-Ballersteros, R. (2002), "Presentación", R. Fernandes -ballesteros (dir), *Vivir com vitalidad*, Vol. I – Envejecer bien. Qué es y como lograrlo, Madrid, Ediciones Pirámide

Filho, P.J. (2009) Introdução aos métodos de relaxamento. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro De Psicoterapias Corporais, XIV, IX, 2009. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2009. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos](http://www.centroreichiano.com.br/artigos). Acedido em 29 de Outubro de 2013, 22:05

Fonseca, A. M. (2004), *Desenvolvimento humano e envelhecimento*, Manuais Universitários 35 Lisboa, Climepsi Editores

Fontaine, R (2000) *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi Editores

Giannakouris, K. (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies Population and social conditions (Vol. 78). © European Communities, 2008 Eurostat

Galinha, I., Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 6 (2), 203-214.

Giddens, A. (1997), Sociologia, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Gonçalves, M.; Veigas, J.:(2009) *A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress*. [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)

Gross,J.J., Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen, C.G., &Hsu, A.Y.C. (1997). Emotion and Aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12, 590–599 <http://www.efdeportes.com/efd167/beneficios-da-hidroginastica-para-gestantes.htm> acessido em 14 de junho 11:45

Miranda, M. L. J.,. Godeli, M. R. C. S. (2003). Música, atividade física e bem-estar psicológico em idosos. *R. bras. Ci. e Mov. Brasília* v. 11 n. 4 p. 95-110 <http://www.jefersonporto.com.br/wp-content/uploads/2008/04/musica-atividade-fisica-e-envelhecimento.pdf> acessido 27 de junho 2013

Anderson, M. I.P., Assis, M., Pacheco,L.C,. Silva, E. A., Meneses, I. S., Duaret, T., Storino, F., Motta, L.(1998). Saúde e qualidade de Vida em Idosos. *Textos de Envelhecimento* V.1N.1, Rio de Janeiro, nov. 1998 <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/tapoioqualividaidososcompleto.pdf> acessido 26 junho 2013 9:09

Irigaray, T. Q., Schneider, R. H., e Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 810-818. Retrieved March 14, 2013, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722011000400022&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000400022&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0102-79722011000400022.

Sousa, L., Galante, H., Figueiredo, D. (2003) Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública* [online], vol.37, n.3, pp. 364-371. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000300016>.[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300016) acessido a 28 junho 23:00

Cunha, M. C. B., Alonso, A. C., Silva, T., Raphael, A. C. e Mota, C. F. (2010). Ai Chi: efeitos do relaxamento aquático no desempenho funcional e qualidade de vida em idosos. *Fisioterapia em Movimento*, 23(3), 409-417. Retrieved March 14, 2014, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502010000300008&lng=en&tlng=pt..](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502010000300008&lng=en&tlng=pt..) 10.1590/S0103-51502010000300008.

Campos, A. P. F., Silva, E. B. P., Cruz, J. B. (2009). Técnicas Comportamentais na Depressão: fundamentos teóricos. <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Tecnicascomportamentaisnadepressaofundamentosteoricos.pdf> acessado a 16 de jun 2013 19:50

[http://www.abuel.org/docs/questionnaire/questionnaire\\_interview\\_por.pdf](http://www.abuel.org/docs/questionnaire/questionnaire_interview_por.pdf)

Instituto do Envelhecimento (2010). Satisfação com a Vida e Felicidade, por idade e sexo. Universidade de Lisboa. [http://www.i envelhecimento.ul.pt/recursos/recursos\\_sobre-o-envelhecimento/indicadores/saude-bem-estar-qualidade-devida#satisfação-com-a-vida-e-felicidade,-por-idade-e-sexo,-2010-portugal](http://www.i envelhecimento.ul.pt/recursos/recursos_sobre-o-envelhecimento/indicadores/saude-bem-estar-qualidade-devida#satisfação-com-a-vida-e-felicidade,-por-idade-e-sexo,-2010-portugal) acessado em 13 de Outubro 2013, 20:45

Ey, H., Bernard, P. e Brisset, C.(1960) Manuel de psychiatrie, Masson,

Junqueira, M. (2006). A viagem do relaxamento: técnicas de relaxamento e dinâmicas. Editora UCG

Lynott, R.J., Lynott, P.P., (1996), "Tracing the Course of Theoretical Development in Sociology of Aging", in *The Gerontologist*, vol.nº 6, pag.749- 760.

Magalhães, M. G.,(2003), "Quem vive só em Portugal", in *Revista de Estudos Demográficos nº 33,INE. Universitários 35*, Lisboa, CLIMEPSI Editores

Mendes, M., Rego, C. e Caleiro, A.(2006). *Educação e Fecundidade em Portugal: As diferenças nos níveis de educação influenciam as taxas de fecundidade?* [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8443/1/wp\\_2006\\_10.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8443/1/wp_2006_10.pdf) acessado em 16 de Outubro de 2013.

Metodologias de Investigação retirado de <http://metinvestiga.wordpress.com/2009/12/06/a-entrevista/> acessido em 21 de Dezembro de 2012, 07:55.

Minghelli B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Revista Psiquiatria Clínica*.40 (2):71-6.

Navarro, M. F. (2000), "Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Práticas" in PRECIOSO, José et al. Educação para a Saúde. Braga, Departamento de Metodologias de Educação, Universidade do Minho.

Nery, A. L. (2006) O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. in *Temas em Psicologia* V.14 n.1 Ribeirão Preto jun. 2006 [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413389X2006000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413389X2006000100005&script=sci_arttext) acessido em 4 de novembro de 2013

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. e Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psic., Saúde & Doenças*, vol.5, n.2, pp. 229-239. ISSN 1645-0086. Disponível em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862004000200007&script=sci\\_pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862004000200007&script=sci_pdf) acessido em 8 de Dezembro de 2013.

Palmi (2010). *Treino Psicológico*. Apontamentos cedidos no Seminário de Fevereiro de 2010. Rio Maior: Escola Superior de Desporto de Rio Maior.

Paul, C. e Fonseca, A. M. (2005) *Envelhecer em Portugal, Manuais Universitários* 42, Lisboa, Climepsi Editores.

Touppotte, R., *Musico thérapie Hindoue Rajneesh*, edição mimeografada do Institut Français de Yogathérapie, 24, rue de la Causade, Albi (s.d.).

Raposo, J. V. (2011). Novo modelo para a definição de objectivos. In J. Alves & A. P. Brito (Eds.), *Manual de Psicologia do Desporto para treinadores* (cap.VII, pp. 187-213). Lisboa: Visão e Contextos.

Rolo, C. e Haan, D. (2009) *Treino Mental no Ténis – Estratégias práticas para o sucesso*. Lisboa: Rolo Mental Coaching

Salmulski, D. (2002) – *Psicologia do Esporte*. São Paulo: Editora Manole

Serrão, D. (2006)- Seniores: Um novo estrato social. In Paula Frassinetti (Ed.) *Intervenção social. Saberes e contextos*. Porto: Escola Superior de Educação Porto, , pp . 129-137

Staudinger, U. M, Marsisker, M., & Baltes, P. B. (1995) Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: Perspetivas da teoria de curso da vida. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 195-228). Campinas, SP: Papirus.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L (1998). *Successful aging*. New York: Pantenon Books.

Vera, M & Vila, J. Técnicas de relaxamento Ardila, R., & Caballo, V. (1996). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação Comportamental*. Brasil, SP: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda.

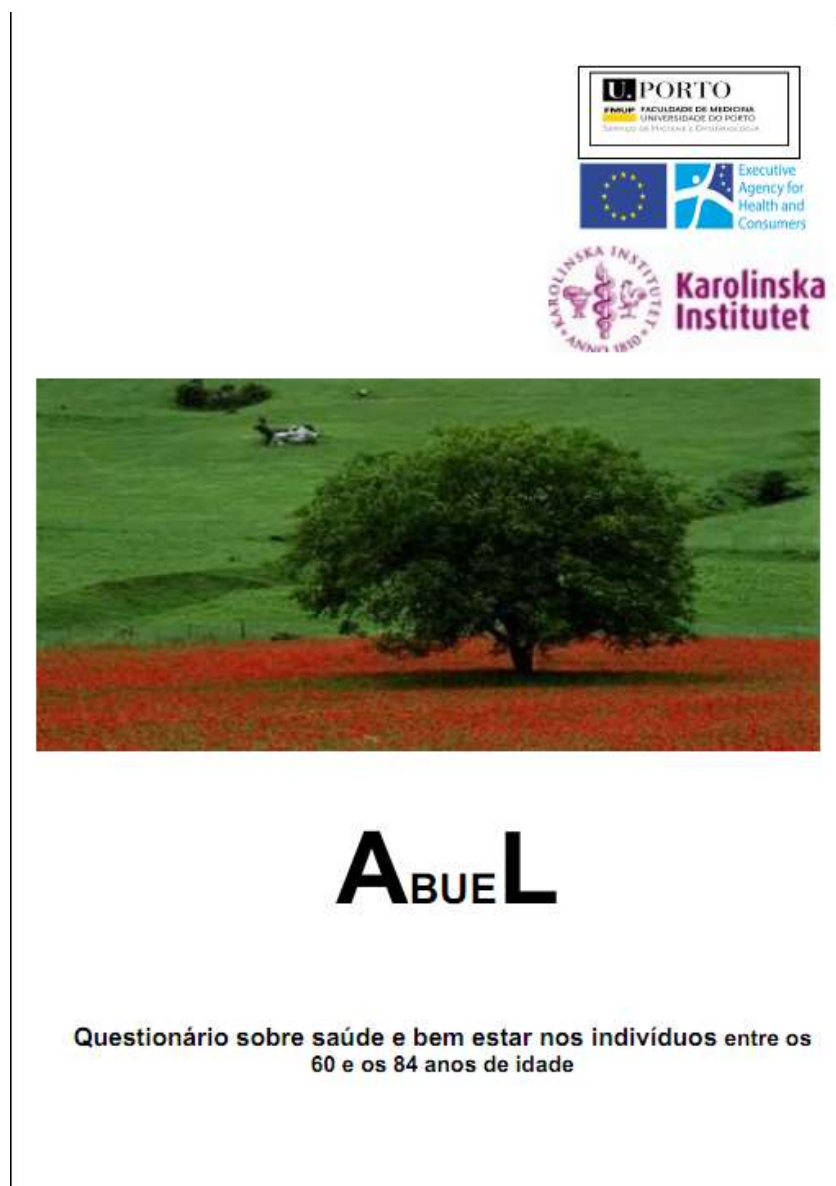
Weinberg, R. e Gould, D. (2001). *Fundamentos da Psicologia do esporte e do exercício* (2ª edição) (Maria Cristina Monteiro, trad.). Porto Alegre: Artmed Editora

World Health Organization. (2002), *Active ageing: a policy Framework*, Genebra, WHO.

## VII. Anexos

**Abuel Questionário** sobre saúde e bem-estar nos indivíduos entre os 60 e os 84 anos de idade (40 páginas)

[http://www.abuel.org/docs/questionnaire/questionnaire\\_interview\\_por.pdf](http://www.abuel.org/docs/questionnaire/questionnaire_interview_por.pdf)



Anexo 1: Abuel Questionário sobre saúde e bem-estar nos indivíduos



# Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários das Caldas da Rainha

## PISCINA

### INFORMAÇÃO AOS UTENTES

Vai a A.H.B.V.C.R. disponibilizar nas instalações da PISCINA uma NOVA VALÊNCIA, GRATUITA e VOLUNTÁRIA inserida no processo de análise e melhoria de qualidade de vida e bem-estar, diretamente ligada às aulas de HIDROGINÁSTICA.

Numa primeira fase estas ações estarão disponíveis para TODOS OS UTENTES que voluntariamente nelas queiram participar e desenvolver-se-ão todas as SEGUNDAS, QUARTAS E SEXTAS FEIRA no período anterior à aula de hidroginástica no horário 13:15/14:00

Oportunamente no local serão dadas explicações mais precisas e respostas a questões de maior pormenor ou dúvidas que possam surgir.

Esta ação insere-se no processo de investigação em Psicologia do Desporto e Exercício, a população alvo deste estudo contempla a faixa etária de mais de 55 anos e os dados serão anonimamente recolhidos e processados.

CONVIDAMOS ASSIM TODOS OS INTERESSADOS A PARTICIPAR NESTA INICIATIVA

A Direção

[Anexo 2: Informação aos Utentes](#)

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Convidamo-lo a participar num projeto de investigação que está a ser realizado na Escola Superior de Desporto de Rio Maior, para efeitos de dissertação de Mestrado em Psicologia do Desporto e Exercício, orientado pelo Professor Doutor Carlos Silva.

Este estudo explora a relação entre Relaxamento, Desempenho e Bem-estar e o efeito produzido na Melhoria da Qualidade de Vida (MQV).

Para tal pedimos a sua colaboração voluntária para a participação neste programa bem como o preenchimento de questionários que forem distribuídos, os quais serão de fácil entendimento e resposta. Poderá retirar-se deste projeto em qualquer altura, bem como retornar quando e se entender oportuno. Não haverá qualquer penalidade ou custo associado à sua tomada de decisão. Coloque todas as dúvidas sempre que elas forem surgindo.

A sua participação é anónima e obedece às regras de confidencialidade e deste modo respeitaremos em absoluto esta questão, já que os dados recolhidos se destinam

Para informações adicionais ou colocação de dúvidas acerca deste estudo, fora do tempo presencial, solicite na secretaria os contactos disponíveis.

\_\_\_\_\_ Participante: \_\_\_\_\_

## Parte I – Abuel

### CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

As perguntas que se seguem referem-se aos seus dados sociodemográficos:

---

1. **Data de nascimento** \_\_\_\_\_ (ano) **ou a sua idade?** \_\_\_\_\_ (anos)

---

2. **Sexo** (Assinale apenas uma resposta)

- Feminino
- Masculino

---

3. **Qual a sua altura** (cm)? \_\_\_\_\_ **4. E o seu peso** (kg)? \_\_\_\_\_

---

5. **Qual o seu estado civil?** (Assinale apenas uma resposta)

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

---

6. **Com quem vive?** (Por favor, escolha uma ou várias opções)

- Sozinho(a)
- Marido/Esposa/Companheiro (a)
- Filha
- Filho
- Irmão
- Irmã
- Neto/a (s)
- Ajudante familiar/auxiliar (remunerado)
- Outro (a)/s
- Especifique: \_\_\_\_\_

---

7. **Qual o número total de pessoas que vivem no seu alojamento, incluindo o ajudante familiar e o entrevistado** \_\_\_\_\_

**8. Qual o grau de ensino mais elevado que possui?** (Assinale apenas uma resposta)

- Não sabe ler nem escrever
  - Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau
  - Não completou o ensino básico
  - Ensino Básico (1.º ciclo)
  - Ensino Básico (2.º Ciclo)
  - Ensino Básico (3.º Ciclo)
  - Ensino secundário (10º e 11º ano)
- 
- 12.º Ano
  - Bacharelato
  - Licenciatura
  - Outro
- Especifique: \_\_\_\_\_
- 

**9. Continua a trabalhar (trabalho remunerado)** (Assinale apenas uma resposta)?

- Sim
  - Não
- 

**10. Se continua a trabalhar, esteve desempregado no último ano?** (Assinale apenas uma resposta)

- 
- Sim
  - Não
- 

**11. Se é reformado(a) com que idade se reformou?** \_\_\_\_\_ Anos (idade da reforma)

---

**12. Ao longo da sua vida profissional quanto tempo esteve no desemprego?** (Assinale apenas uma resposta)

- Nunca
- 12 Meses ou menos
- Mais de 12 meses

---

**13. Quantas horas despende por semana em atividades domésticas e trabalhos não remunerados (tarefas domésticas como cozinhar, limpar a casa; tratar dos netos, jardinagem, bricolage, etc.) aproximadamente? (anote o tempo em horas.) \_\_\_\_\_ horas por semana**

---

**14. Atualmente, qual é a sua principal fonte de rendimento? (Assinale apenas uma resposta)**

- Trabalho
- Pré-reforma
- Reforma por invalidez
- Reforma por idade
- Subsídio por doença (baixa médica)
- Subsídio de desemprego
- Outros benefícios de apoio social (ex. subsídio social de desemprego)
- Transferências financeiras dos filhos
- Transferências financeiras de outros familiares
- Transferências financeiras do ex-marido/esposa/companheiro(a)
- Pensão de viuvez
- Não tem qualquer apoio financeiro
- Rendimento de inserção social
- Outro

Especifique : \_\_\_\_\_

---

**15. Até que ponto se preocupa com as suas despesas diárias? (ex. Comprar comida, pagar luz, água, medicamentos, etc.) (Assinale apenas uma resposta)**

- Nunca
  - Por vezes
  - Muitas vezes
  - Sempre
- 

**Muito obrigado pela sua participação**

## Parte II - Abuel

# QUALIDADE DE VIDA

### World Health Organization Quality of Life - Old (WHOQOL-OLD)

16- As perguntas seguintes pedem-lhe para avaliar a sua qualidade de vida. (Por favor, assinale uma opção em cada linha)

- a) Até que ponto as perdas dos seus sentidos (ex. audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam o seu dia-a-dia?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- b) Até que ponto a perda dos seus sentidos, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato ou tato afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- c) Em que medida tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- d) Até que ponto sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- e) Em que medida sente que as pessoas que o(a) rodeiam respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- f) Até que ponto está preocupado(a) com a forma como irá morrer?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- g) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- h) Até que ponto tem medo de morrer?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- i) Até que ponto tem medo de sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

**17 - As perguntas seguintes pedem-lhe para que diga até que ponto, nas últimas duas semanas, experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas como, por exemplo, sair tanto quanto gostaria. As perguntas referem-se às duas últimas semanas.**

- j) Até que ponto os problemas com o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, a audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam a sua capacidade de interagir/estar com os outros?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- k) Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- l) Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem na vida?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- m) Até que ponto sente que recebeu o reconhecimento que merece na vida?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- n) Até que ponto sente que tem o seu dia suficientemente preenchido?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

**18 -As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar o seu grau de satisfação relativamente a vários aspetos da sua vida, nas últimas duas semanas, por exemplo, sobre a sua participação na vida da comunidade/sociedade ou com as suas conquistas/realizações na vida. As perguntas referem-se às duas últimas semanas.**

- o) Até que ponto está satisfeito(a) com aquilo que alcançou na vida?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- p) Até que ponto está satisfeito(a) com a forma como usa o seu tempo?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

- q) Até que ponto está satisfeito(a) com o seu nível de atividade?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

r) Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades que tem de participar nas atividades da comunidade?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

=====

s) Até que ponto está feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem Infeliz	Feliz	Muito feliz
---------------	---------	-----------------------	-------	-------------

=====

t) Como avalia os seus sentidos? (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito mau	Mau	Nem bom nem Mau	Bom	Muito bom
-----------	-----	-----------------	-----	-----------

**19 - As perguntas que se seguem referem-se a qualquer relacionamento íntimo que possa ter. Por favor, considere as perguntas tendo como referência um(a) companheiro(a) ou uma pessoa próxima com quem pode partilhar a sua intimidade, mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida.**

u) Até que ponto sente companheirismo na sua vida?

--	--	--	--	--

v) Até que ponto sente amor na sua vida?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

x) Até que ponto tem oportunidades de amar

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

y) Até que ponto tem oportunidades de ser amado/a?

Nada	Muito Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

## Atividades de Lazer

20 - Por fim, quais as suas atividades de lazer e quantas vezes se dedica a elas? (Assinale uma ou várias respostas)

a) Costura, tricot, jardinagem, colecionismo

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

b) Ler

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

c) Ver televisão

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

d) Ouvir música

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

e) Estar com a família

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

f) Cuidar dos neto(a)s

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

g) Atividades sociais (ex. estar com amigos)

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

h) Atividades religiosas (ex. nas igrejas)

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

i) Atividades fora de casa (ex. ir ao cinema ou teatro)

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

j) Fazer exercício físico (ex. andar, nadar)

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

k) Atividades artísticas (pintar, tocar instrumentos)

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

l) Viajar

Nunca	Mês	Semana	Diariamente
-------	-----	--------	-------------

m) Outras atividades de lazer,

Especifique \_\_\_\_\_

## Religião

**21 - Considera-se uma pessoa religiosa?** (Assinale apenas uma resposta)

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito
------	-------	---------------	-------

**Se respondeu “nada religioso” passe para a questão 23**

**22. Se se considera uma pessoa religiosa, qual é a sua religião ou de qual religião se sente mais próximo?** (assinale apenas uma resposta da lista em baixo)

- Protestante
- Católica
- Ortodoxa
- Judaica
- Islâmica
- Outra
  - Especifique \_\_\_\_\_

**23. Tem algum comentário a fazer sobre as questões ou gostaria de acrescentar alguma informação?**

**Muito obrigada pela sua colaboração**

## EADS 21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar o quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

**0** – Não se aplicou nada a mim

**2** - Aplicou-se a mim muitas vezes

**1** – Aplicou-se a mim algumas vezes

**3** – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldades em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado(a)	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado(a) sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**Obrigado pela sua participação**

## Questionário de Avaliação de Competências

- Ao preencher este questionário procure ser objetivo
- Não se prenda com a análise de dúvidas e evite gastar tempo
- Este instrumento está preparado para uma apreciação global e uma percepção genérica que se tem do fator desempenho

Assinale sempre a opção que melhor reflete o comportamento de acordo com a escala apresentada

Excelente   Ótimo   Bom   Regular   Fraco   Insatisfeito   N.A. (não se aplica)

### ❖ APRECIÇÃO PESSOAL

#### 1 APRESENTAÇÃO

Excelente   Ótimo   Bom   Regular   Fraco   Insatisfeito   N.A.

#### 2 PONTUALIDADE

Excelente   Ótimo   Bom   Regular   Fraco   Insatisfeito   N.A.

#### 3 REGULARIDADE

Excelente   Ótimo   Bom   Regular   Fraco   Insatisfeito   N.A.

#### 4 ORGANIZAÇÃO - Capacidade de Organização e gestão correta do tempo

Excelente   Ótimo   Bom   Regular   Fraco   Insatisfeito   N.A.

**5 COMUNICAÇÃO – Ouvir – Pensar – Responder – Empatia – Segurança**

**Excelente** **Ótimo** **Bom** **Regular** **Fraco** **Insatisfeito** **N.A.**

**6 Exemplificação – Exemplifica e acompanha os exercícios**

**Excelente** **Ótimo** **Bom** **Regular** **Fraco** **Insatisfeito** **N.A.**

**7 CONHECIMENTOS – Demonstra e transmite domínio das matérias**

**Excelente** **Ótimo** **Bom** **Regular** **Fraco** **Insatisfeito** **N.A.**

**8 DISPONIBILIDADE – atitude para atender solicitações imediatas e na participação das atividades**

**Excelente** **Ótimo** **Bom** **Regular** **Fraco** **Insatisfeito** **N.A.**

## ❖ AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE GERAL DE PARTICIPAÇÃO

### 9 PARTILHA DE ATIVIDADES – Capacidade para partilhar informações para o desenvolvimento das tarefas

Excelente Ótimo Bom Regular Fraco Insatisfeito N.A.

### 10 CREDIBILIDADE E CONFIANÇA – Grau de credibilidade demonstrada Nas Informações

Excelente Ótimo Bom Regular Fraco Insatisfeito N.A.

#### Nas Atividades

Excelente Ótimo Bom Regular Fraco Insatisfeito N.A.

#### Nos Serviços Prestados

Excelente Ótimo Bom Regular fraco Insatisfeito N.A.

### 11 TRABALHO DE EQUIPA – DINAMICA DE GRUPO

#### Capacidade de Interação

Excelente Ótimo Bom Regular Fraco Insatisfeito N.A.

**Capacidade de Mobilização**

**Excelente** **Ótimo** **Bom** **Regular** **Fraco** **Insatisfeito** **N.A.**

**Capacidade de Integração**

**Excelente** **Ótimo** **Bom** **Regular** **Fraco** **Insatisfeito** **N.A.**

**Capacidade de cooperação na partilha de ideias, objetivos e atividades para atingir os objetivos propostos**

**Excelente** **Ótimo** **Bom** **Regular** **Fraco** **Insatisfeito** **N.A.**

**Sugestões:**

---

---

---