

Ana Sofia Martins Avelar de Carvalho Cabaço

**A Influência da Arteterapia no Bem-Estar em Idosos
Institucionalizados**

Um estágio na Associação Casapiana de Solidariedade

Orientadora: Professora Doutora Maria Irene Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Departamento de Serviço Social

Lisboa

2014

Ana Sofia Martins Avelar de Carvalho Cabaço

A Influência da Arteterapia no Bem-Estar em Idosos Institucionalizados

Um estágio na Associação Casapiana de Solidariedade

Relatório de estágio apresentado para a obtenção de Grau de Mestre em Gerontologia Social no Curso de Mestrado em Gerontologia Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Maria Irene Lopes
Bogalho de Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Departamento de Serviço Social

Lisboa

2014

O meu querido idoso

Na difícil corrida da vida, a meta é o fim

Ser idoso, ainda não é a meta

Mas sim, da corrida uma etapa

Num percurso tortuoso e não numa reta

Porque à meta ninguém escapa

Querido idoso vai-te treinando

Nesta difícil corrida da vida

Entretanto, no percurso vai gozando

Antes que a meta seja atingida

Orgulha-te de ser idoso

Por muitos anos e bons,

Neste percurso tortuoso

Aproveitando os teus dons

Vamos pois, brindar ao idoso

Pelo seu amor e saber

Que continue a ser extremoso

Por muitos anos...podem crer!

Caldeira Martins, 2010

Ao Pedro, meu marido, meu porto de abrigo.

Aos meus pais e irmão, pessoas sempre presentes que me iluminaram o caminho, e que
me deram força para realizar este sonho, que também era o deles.

Aos meus avós, minha fonte de inspiração.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar ao Pedro, meu marido, pelo apoio que me tem dado ao longo de todo o percurso, pela força que me tem feito não desistir e por todo o otimismo que me transmite. Agradeço todo o amor, carinho, amizade e companheirismo.

Aos meus pais e irmão por todo o apoio, carinho e compreensão que me deram ao longo de todo o meu percurso escolar, sem eles nada disto teria sido possível. Para eles uma palavra de agradecimento.

Aos meus avós, fonte da minha inspiração, pois foram eles que me levaram a escolher esta área.

À minha tia Carla e aos meus primos David e Francisco por todo o apoio demonstrado.

Às minhas amigas, que me deram durante estes últimos anos muitas alegrias e muitos momentos de felicidade. Para elas, uma palavra de apreço, em especial à Ana e à Tânia.

Às minhas colegas de trabalho, Paula Monteiro e Cátia Teixeira, pela força e apoio que me foram demonstrando ao longo de todo este processo.

À orientadora deste projeto a Professora Doutora Maria Irene Carvalho, o meu grande agradecimento pelos conselhos e orientação que me deu levando-me à descoberta de novos caminhos.

À Dra. Jocelina, coordenadora de estágio por todo o acompanhamento e inserção na Associação Casapiana de Solidariedade.

À D. Ana, educadora social na Associação Casapiana de Solidariedade, o meu agradecimento pelo empenho, incentivo e disponibilidade demonstrada.

Aos utentes que participaram no estudo e que me motivaram a querer pesquisar sempre mais.

Para terminar, agradeço à Professora Carla Ribeirinho pelos esclarecimentos dados nesta área, permitindo-me verificar qual o caminho a seguir.

A todos um grande muito obrigado

Resumo

Este relatório de estágio que agora se apresenta, tem como tema “A influência da arteterapia no bem-estar em idosos institucionalizados”.

Como tal pretendeu-se compreender e aferir junto da Associação Casapiana de Solidariedade (ACS) o modo como a arteterapia influencia o bem-estar dos idosos institucionalizados.

Considerando que o bem-estar está relacionado com a qualidade de vida pois são ambos conceitos da psicologia que estão ligados, torna-se bastante importante aliá-los os mesmos com a arteterapia, e foi deste pensamento que surgiu este estágio.

Nesse sentido o estágio desenvolveu-se no contato com a realidade de uma estrutura residencial para pessoas idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, sendo estes, na sua maioria mulheres viúvas e com pouca ou nenhuma escolaridade. O grupo que participou neste projeto de estágio, desenvolveu atividades de arteterapia. A participação nas atividades permitiu estudar as reações, os comportamentos e as opiniões expressas durante todo o processo.

O método empregue foi a investigação-ação devido ao facto de se investigar e de se provar se a arteterapia promove o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos no contexto da institucionalização.

No fim de todo o processo de estágio conclui-se que a hipótese levantada no início da investigação “Os idosos institucionalizados ao usufruírem da arteterapia, o seu bem-estar vai aumentar”, depois de analisada no decorrer do estudo é considerada verdadeira.

Palavras-Chave

Envelhecimento, Institucionalização, Arteterapia, Bem-estar, Qualidade de vida

Abstract

This internship report now presented is themed "The influence of art therapy on welfare in institutionalized elderly."

As such it sought to understand and measure along the Casapiana Solidarity Association (CHA) how art therapy influences the well-being of the institutionalized elderly.

Whereas the well-being is related to the quality of life they are both concepts of psychology that are connected, it becomes quite important aliyah them the same with art therapy, and it was this thought that emerged this stage.

In this sense the stage developed in contact with the reality of a residential structure for older people aged 65 to 94 years, which are mostly widows and women with little or no schooling. The group that participated in this internship project, developed art therapy activities. Participation in the activities permitted to study the reactions, behaviors and opinions expressed throughout the process.

The method employed was action research because to investigate and prove the art therapy promotes well-being and quality of life of the elderly in the context of institutionalization.

At the end of the whole process of training is concluded that the hypothesis proposed at the beginning of the investigation "The institutionalized elderly to take advantage of art therapy, your welfare will increase," after assessing the course of study is considered true.

Keywords

Aging, Institutionalization, Art Therapy, well-being, Quality of life

Abreviaturas

ACS – Associação Casapiana de Solidariedade

AVD – Atividades da vida diária

CD – Centro de dia

CPL – Casa Pia de Lisboa

DGS – Direção Geral de Saúde

EA – Envelhecimento ativo

EEE – Estratégia Europeia para o Emprego

EP – Envelhecimento Produtivo

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituto Particular de Solidariedade Social

ISSOPG – Instituto de Seguros Sociais obrigatórios e Previdência geral

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 – Locus estágio: A Associação Casapiana.....	5
1. Caraterização da Instituição	5
1.1 Missão e objetivos	5
1.2 Estrutura e organização.....	6
1.3 Respostas sociais	7
2. Caraterísticas da população.....	7
3. Atividades desenvolvidas na instituição	8
Capítulo 2 – Envelhecimento: Prespetivas e padrões do envelhecimento.....	11
1. Envelhecimento: Contextualização	11
1.1. Envelhecimento coletivo	11
1.1.1. Envelhecimento demográfico	12
1.1.2 Envelhecimento societal	15
1.2. Envelhecimento individual.....	15
a) Envelhecimento Biológico	15
b) Envelhecimento Psicológico	16
c) Envelhecimento Social.....	18
2. Padrões de envelhecimento	19
a) Envelhecimento Saudável	19
b) Envelhecimento Produtivo	20
c) Envelhecimento Bem-Sucedido	20
d) Envelhecimento Ativo.....	22
3. Envelhecimento e dependência	23
4. A institucionalização de idosos	24

4.1 Perfil dos idosos institucionalizados em Portugal	28
5. Respostas Sociais	29
 Capítulo 3 - Bem-estar, qualidade de vida e arteterapia	31
1. Bem-estar dos idosos.....	31
2. Qualidade de vida em idosos institucionalizados.....	31
3. Envelhecer com qualidade de vida.....	33
4. Arteterapia	35
 Capítulo 4 – Metodologia	39
1. Questões e objetivos.....	39
2. Eixos de análise ou dimensões da análise	41
3. Métodos e Técnicas	42
3.1 Métodos.....	42
4. Campo de ação e de observação.....	43
5. População alvo	43
6. Questões éticas e deontológicas	44
 Capítulo 5 – Arteterapia e Envelhecimento: Resultados do estágio.....	46
1. Fundamentação das atividades	46
2. Envolvimento dos participantes e escolha das atividades.....	47
3. Atividades desenvolvidas.....	50
4. Outras atividades realizadas	62
5. Discussão de resultados.....	66
6. Avaliação do estágio	68
Conclusão	69
Bibliografia	71

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2001 e 2011.....	12
Gráfico 2 - População residente por grandes grupos etários.....	13

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Potencialidades e fragilidades dos residentes da ACS.....	9
Tabela 2 - Respostas Sociais.....	30
Tabela 3 - Operacionalização do modelo de análise.....	41
Tabela 4 - Caracterização da amostra.....	44

Índice de Figuras

Figura 1 - Índice de envelhecimento, Portugal e NUTS II.....	14
Figura 2 - Modelo de análise - eixos de análise.....	40

Introdução

Este relatório de estágio tem como tema “A influência da arteterapia no bem-estar em idosos institucionalizados”. O estágio foi realizado no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social sob a orientação da Professora Doutora Maria Irene Carvalho e teve como objetivo compreender e aferir junto da Associação Casapiana de Solidariedade – ACS, o modo como a arteterapia influencia o bem-estar dos idosos institucionalizados residentes na associação.

Este tema surgiu da motivação pessoal em compreender as vantagens que a arteterapia proporciona aos idosos institucionalizados. Assumimos que a arteterapia facilita a comunicação, leva o idoso a expressar emoções, auxilia o resgate simbólico, desperta e ativa a criatividade, desbloqueia e transmite à consciência instruções e informações vindas do inconsciente (Zago, 2005). Facilita também o desenvolvimento da personalidade (Ormezzano et al. Cit por Lopes, 2011), e permite a aquisição de habilidades (Carvalho, 2001 cit por Lopes, 2011). A arteterapia trabalha linguagens não-verbais, como a sonora, a corporal e a plástica, estimula a audição, a visão, as funções motoras e cognitivas (Lopes, 2011), facilita a percepção e a sensibilidade (Rigo, 2007 cit por Lopes, 2011) e evidencia as relações interpessoais (Lopes, 2011).

Apesar de existirem vantagens teóricas no caso da arteterapia, existiu também alguma curiosidade pessoal em trabalhar este tema, dado que se trata de um tema ligado à área da Psicologia, que é a formação de base da discente.

A arteterapia surgiu no final do séc. XIX, através da psiquiatria. Os psiquiatras estavam interessados nas produções plásticas dos alienados (demente). Entre os vários psiquiatras, destaca-se Mohr (1906), Simon (1876) e Prinzhorn (1922). Os tratamentos psicanalíticos e psicoterapêuticos tiveram um grande desenvolvimento. Contudo o elevado custo destas terapias de longa duração permitiram o surgimento de outras terapias menos constrangedoras, como é o caso da arteterapia (Pain & Jarreau, 2001).

A arteterapia é um termo que designa a utilização dos recursos artísticos em contexto terapêuticos. Esta é o uso terapêutico da atividade artística em contexto de uma relação profissional por pessoas que experienciam doenças, traumas ou dificuldades na vida, assim como por pessoas que procuram desenvolvimento pessoal (Arriaga, 2012). A arteterapia desenvolveu-se como modalidade terapêutica por volta de 1966 e evoluiu como disciplina, que pode ser usada como abordagem de tratamento solitário, como adjuvante da terapia verbal ou como ferramenta de diagnóstico e avaliação (Arriaga, 2012).

Nos EUA, Margaret Naumberg (1966) e Edith Kramer (1971) são consideradas as “mães” da arteterapia. Naumberg (op. cit) apresentou uma abordagem psicodinâmica da arteterapia, esta autora argumentava que a arte é um portão para o inconsciente e um suporte para a associação livre e para a interpretação. Kramer cit por Arriaga, 2012 acreditava que o processo artístico e a criatividade eram curativos. Ela enfatizou a ideia de que o produto artístico promovia a sublimação enquanto intervenção terapêutica (Arriaga, 2012).

A teoria psicanalítica, psicodinâmica, jungiana, transpessoal, humanista, estratégica cognitiva e desenvolvimentista enquadram no desenvolvimento da arteterapia, pois todas estas abordagens têm em comum a arte como principal fator curativo (Arriaga, 2012).

Os terapeutas não utilizam uma teoria psicoterapêutica específica, e para lá de qualquer orientação, estas abordagens têm todas em comum a arte como principal fator curativo (Arriaga, 2012).

Por isso, muitos terapeutas usam abordagem sistêmica – eclética que não se limita a uma só orientação e utiliza técnicas e intervenções que sirvam melhor os interesses dos clientes (Arriaga, 2012).

Neste sentido, a arteterapia será um caminho para o individuo descobrir possibilidades de expressão para figurar e reconfigurar as suas dificuldades de relacionamento com o outro e com o mundo, através de técnicas e materiais artísticos (Arriaga, 2012).

Para Simone Beauvoir, (1970) citado por Zago, 2005, a arteterapia juntamente com as técnicas e os materiais fazem uma “ponte de ajuda” entre o velho e a arte, com o objetivo de reativar e recuperar o sujeito idoso.

A pessoa idosa devido ao seu aspeto envelhecido, que é perceptível a nível físico, psíquico e biológico, por vezes concebido como incapaz, depara-se com uma realidade em torno da sua vida, que o torna uma pessoa com sentimentos mais fragilizados. Nesta fase é importante o trabalho artístico, pois através deste vai desenvolver competências criativas (Zago, 2005).

No âmbito deste estágio, a arteterapia tornou-se bastante interessante não só para o treino de competências mas também sensibilizar para a importância e para a pertinência de trabalhar junto da população idosa. Tendo em conta as características demográficas atuais do nosso país, um país em processo de envelhecimento rápido, urge a criação de medidas de proteção e melhoramento da qualidade de vida dos nossos idosos, sobretudo os que residem em respostas residenciais do tipo lar.

A arteterapia é um meio privilegiado para combater o isolamento e o ócio, incrementando desse modo a participação ativa dos idosos em atividades, promovendo experiências e afetos, estimulando o desenvolvimento e enriquecimento das relações interpessoais e qualidades grupais.

Para a realização deste estágio partiu-se do princípio de que os idosos institucionalizados ao usufruírem da arteterapia, o seu bem-estar e consequentemente a sua qualidade de vida vão aumentar. Isto é, a arteterapia promove o bem-estar dos idosos institucionalizados.

Assim sendo, situar a arteterapia no contexto do envelhecimento e compreender de que modo a arteterapia influencia o bem-estar dos idosos da Associação Casapiana de Solidariedade - ACS.

Nesta abordagem ao objeto de estudo, à arteterapia associou-se o bem-estar com a qualidade de vida pois são dois conceitos da psicologia que se encontram relacionados, e fazem parte da missão da instituição de estágio. O envelhecimento é natural, mas só faz sentido se conseguirmos preservar a sua qualidade, enriquecer o seu conteúdo, dar-lhe uma maior satisfação, ou seja engrandecê-lo.

Em termos metodológicos utilizamos uma metodologia de planeamento, orientada pela participação dos agentes envolvidos: as pessoas idosas, a estagiária, e os recursos da instituição. O projeto orientou-se pela metodologia da investigação-ação, ou seja, tem o duplo objetivo: ação e investigação, no sentido em que obtém resultados em ambas as vertentes. Utiliza a ação para obter uma mudança neste caso na qualidade dos residentes da instituição e investiga-se ao mesmo tempo no sentido de aumentar a compreensão desta questão por parte do investigador e da instituição (Dick, 2000 cit por Fernandes, 2006).

A investigação ação é uma metodologia de investigação dirigida para a melhoria da prática em diversos campos de ação (Trilla, 1998 & Elliot, 1996 cit por Fernandes, 2006), neste caso em particular pretende-se investigar e provar se a arteterapia aumenta o bem-estar dos idosos institucionalizados. A investigação-ação desenvolve-se através de várias fases, ou seja, planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização) (Coutinho, 2008).

O estágio foi realizado na ACS. A ACS situa-se numa zona central de Lisboa, no Parque de Monsanto, mais propriamente na Rua António Pinho¹. Esta é uma instituição particular de solidariedade social, constituída sem fins lucrativos e detentora do estatuto de

¹ O Estágio teve início com uma negociação de estágio no dia 6 de Novembro de 2013. O estágio decorreu de 11 de Novembro de 2013 a dia 1 de Março de 2014, com 210 horas de contato com a realidade envolvente.

pessoa coletiva de utilidade pública. A ACS acolhe temporária ou permanentemente pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Santos, 2011).

Durante o Estágio de mestrado pretendeu-se desenvolver ações de arteterapia com um grupo de onze idosos, todos eles residentes no lar da ACS e com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos. Este grupo era constituído por uma pessoa do sexo masculino e dez do sexo feminino. A maioria dos residentes que participaram nesta dinâmica não tinha qualquer nível de escolaridade².

O relatório de estágio que agora se apresenta está organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo, iremos apresentar o local do estágio, destacando a sua missão, os seus objetivos, a sua estrutura e organização e as respostas sociais. Neste capítulo abordaremos também as características da população, bem como as atividades desenvolvidas atualmente. Este capítulo vem em primeiro lugar porque é através do estágio que se desenvolveu o resto do trabalho.

No segundo capítulo apresentamos as questões do envelhecimento, incluindo as diversas perspetivas do envelhecimento, a sua contextualização, os seus padrões, o envelhecimento com dependência, e a institucionalização de idosos onde será incluído as respostas sociais aliadas ao envelhecimento.

No terceiro capítulo abordam-se os conceitos principais deste relatório, o bem-estar, a qualidade de vida e a arteterapia.

No quarto capítulo expomos a metodologia utilizada neste estágio identificando algumas questões que orientaram as atividades desenvolvidas, os objetivos, o modelo de análise, os métodos e técnicas, o campo empírico de observação e as questões éticas e deontológicas.

Por último o quinto capítulo, onde são analisadas as atividades da arteterapia e do envelhecimento, onde se vai descrever a preparação das atividades, o resultado e a discussão das mesmas. O relatório termina com a conclusão global do estágio.

² Mais à frente caracterizaremos a população que participou nas atividades de arteterapia.

Capítulo 1 – Locus estágio: A Associação Casapiana

Neste Primeiro capítulo será apresentada a instituição de estágio. Assim inicialmente será efetuada uma caracterização de toda a instituição, desde a sua missão, os seus objetivos, a sua organização e as suas respostas sociais. Posteriormente procede-se à caracterização da população existente nesta associação bem como as atividades nela desenvolvida.

1. Caracterização da Instituição

Como já referimos o estágio foi desenvolvido na Associação Casapiana de Solidariedade – ACS.

A ACS é uma IPSS, criada por ex-alunos da Casa Pia de Lisboa – CPL, por escritura de 8 de Março de 1993, publicado no Diário da República nº 146 – III série de 24 de Junho de 1993. A Associação Casapiana de Solidariedade - ACS situa-se numa zona central de Lisboa, no Parque de Monsanto, mais propriamente na Rua António Pinho. Esta é uma instituição particular de solidariedade social, constituída sem fins lucrativos e detentora do estatuto de pessoa coletiva de utilidade pública (Santos, 2011).

A criação da ACS surgiu do espírito altruísta de uma grupo de ex-alunos e de funcionários da Casa Pia de Lisboa, que uniram esforços no sentido de criar um espaço físico que contribuísse para um desenvolvimento harmonioso do processo de envelhecimento (Santos, 2011).

1.1 Missão e objetivos

A associação tem como objetivo principal o apoio à integração social e proteção na velhice, não só à população Casapiana mas também à população em geral. A ACS pretende também promover serviços de qualidade adequados à satisfação das necessidades dos residentes, promover a autonomia e o bem-estar dos residentes, contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento, criar condições favoráveis à manutenção e desenvolvimento das relações inter-familiares e à participação da família na vida do estabelecimento e potenciar a relação entre a comunidade envolvente e o lar, no sentido de uma maior integração na mesma, designadamente através do desenvolvimento de laços de solidariedade e convivência (Santos, 2011).

No regulamento da ACS da valência de ERPI, norma III esta tem como missão “(...) *assegurar os serviços sociais de apoio à terceira idade, prestando serviços que promovam o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas*”.

A associação tem como princípios: respeitar a privacidade e a individualidade de cada utente, bem como os seus hábitos e usos pessoais; estimular a participação dos residentes nas atividades diárias da instituição sempre que o solicitem; assegurar a prestação de todos os cuidados necessários ao bem-estar de cada residente; promover atividades socioculturais e de animação, com o objetivo de estimular a relação entre os residentes e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas e a sua relação como meio; incentivar o apoio dos familiares e dos amigos dos residentes, de forma a manter as suas redes sociais e motivar a participação dos familiares e amigos (Conceição, 2012).

Em suma, a função da instituição é dar uma resposta social às pessoas idosas e às suas famílias de forma a garantir os seus direitos de cidadania, bem-estar e dignidade, prestando serviços que promovam o bem-estar e a qualidade de vida dos residentes (Conceição, 2012).

1.2 Estrutura e organização

A ACS é dirigida atualmente por vários órgãos sociais, que são eleitos de três em três anos, estes são constituídos por: uma mesa de assembleia geral, uma direção e um conselho fiscal. Em 24 de Março de 2011 a assembleia geral criou mais um órgão de apoio – o conselho geral, este é constituído por 17 conselheiros cujos estatutos se encontram presentes no estatuto da ACS. Nenhum dos membros que constituem estes órgãos auferem qualquer remuneração, embora o estatuto o permita desde que por deliberação da assembleia geral.

No que diz respeito à estrutura funcional, a associação, dispõe de uma Direção Técnica e uma Direção Clínica. À direção técnica cabe a responsabilidade de coordenar, a animadora sociocultural, os administrativos, as coordenadoras dos turnos, as auxiliares de ação direta, as auxiliares de serviços gerais, as lavadeiras e os seguranças. Já a direção clínica, tem sob coordenação, o médico, os enfermeiros, a auxiliar de enfermagem e a fisioterapeuta.

Assim sendo, neste momento a ACS possui, 1 diretora técnica, que acumula as funções de assistente social e tem como função dirigir o equipamento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades, a coordenação e a supervisão de todo o

pessoal, estabelecendo um modelo de gestão para o equipamento social, 1 médico, 3 enfermeiros, 21 auxiliares de ação direta, 4 auxiliares de serviços gerais, 1 animadora, 1 fisioterapeuta, 1 motorista, 4 administrativos, 4 guarda-rondistas e 3 lavadeiras (Conceição, 2012).

1.3 Respostas sociais

A ACS, tal como todas as IPSS, rege-se pelo Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro com as alterações introduzidas pelos Decretos-Leis nº 89/95 de 1 de Abril, 402/85, de 11 de Outubro e 29/86 de 19 de Fevereiro. Rege-se ainda pelo regulamento de registos das IPSS, do âmbito da ação social do sistema de segurança social, previsto na portaria nº 139/2007 de 29 de Janeiro.

A associação integra três respostas sociais: Estrutura Residencial para idosos (ERPI), Centro de dia (CD) e serviço de apoio domiciliário (SAD) mas, no seu desenvolvimento atual, só está implementado a valência de ERPI. As tentativas feitas para o desenvolvimento de outras valências, na área da infância, por exemplo não tiveram êxito devido aos vários apoios já existentes na área, feito por autarquias, igrejas e santa casa da misericórdia (Conceição, 2012). Em consequência desses apoios existentes na comunidade, a ACS, optou então por orientar os seus meios para a resposta social de ERPI, por esta ser a mais necessária (Conceição, 2012).

Em suma, é uma instituição de apoio a idosos na valência de ERPI, constituindo assim uma resposta social integrada para pessoas idosas e as suas famílias, de forma a contribuir para garantia dos seus direitos de cidadania, dignidade e bem-estar (Santos, 2011).

2. Caraterísticas da população

A ACS acolhe temporariamente ou permanentemente pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Santos, 2011). A instituição tem vaga para 60 residentes. Estes são pessoas idosas que decidem vir para a instituição, por razões de dependência, abandono familiar ou até mesmo para terem mais convivência e companhia.

Atualmente encontram-se 63 residentes na instituição, preenchendo assim a capacidade total da mesma, visto que três desses residentes só vão à instituição fazer as refeições e passar o dia, regressando às suas casas no fim do dia, os outros 60 encontram-se então a residir na instituição. Este grupo é composto por 47 residentes do sexo feminino e 16 do sexo masculino, na sua maioria viúvos (cerca de 48), existem ainda 6 divorciados, 7

solteiros e 2 casados. As idades são compreendidas entre os 65 e os 94 anos, sendo a média de idades os 85 anos.

Estes residentes apresentam vários tipos de dependência³, sendo que 1 se encontra acamado, 51 são semiautónomos, necessitando de ajuda para algumas atividades da vida diária – AVD e 11 são completamente autónomos. Os idosos mais autónomos são aqueles que por acaso tem uma maior escolaridade, e que não querem parar, continuam sempre a querer desempenhar funções, apesar de em algumas já terem mais dificuldades. Alguns dos idosos mais autónomos ainda conduzem e ausentam-se da instituição em carro próprio para passear, ir às compras. A maioria dos idosos mantém o contato com as famílias e recebem visitas regularmente.

Na observação da população alvo a estagiária verificou algumas dificuldades que eram comuns entre os residentes, nomeadamente: alguns já têm uma idade avançada, apresentam algum nível de dependência, apresentam resistência em participar nas atividades e com baixa autoestima. Observaram-se também algumas carências, quer no desenvolvimento de atividades (perguntavam muitas vezes se não se iria fazer nada), quer nas relações interpessoais (muitos querem falar com o colega do lado mas por vezes não é possível manter uma comunicação), quer na componente emocional (alguns deles demonstram falta de carinho e afetos). Observamos que algumas das pessoas idosas têm algumas falhas de memória e de reconhecimento de coisas básicas, devido a situações de demência ligeira e por vezes também à falta de estimulação. Também pudemos constatar que a maioria dos residentes revela não ter qualidade de vida por já possuir várias limitações, principalmente a nível físico.

3. Atividades desenvolvidas na instituição

Na Associação Casapiana de Solidariedade são desenvolvidas algumas atividades de animação. A área de animação é da responsabilidade de uma animadora, que tem como função o planeamento e a realização de atividades com o objetivo de proporcionar aos residentes momentos de cultura, lazer e ocupação, tendo em conta os seus próprios interesses e capacidades.

³ Define-se como um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas á falta ou à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou ajuda importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou atividades da vida diária (Gonçalves, 2012).

As atividades de animação são desenvolvidas num atelier próprio e também na sala de convívio. A sala dispõe de um espaço amplo, com vários tipos de mesas e cadeiras, onde os residentes podem descansar e também participar nas atividades que estão a ser desenvolvidas.

As atividades lúdicas e recreativas organizadas são: jogo de cartas, dominó, bingo, exibição de filmes, decoração da sala de convívio para as épocas festivas, realização de cartazes para todos os eventos realizados na ACS, trabalhos manuais e lúdicos e passeios. O atelier de animação funciona de segunda a sexta-feira das 10h às 18h.

Além das atividades de animação também é proporcionado aos residentes atividades de fisioterapia, estas são desenvolvidas por uma fisioterapeuta duas vezes por semana, às segundas e quintas-feiras das 15h às 18h. Nestas sessões os residentes fazem exercícios de manutenção, além de fazerem exercícios individuais (bicicleta, pedalagem, espaldar, agachamentos, etc.) na sala de fisioterapia, também fazem jogos de movimentação na sala de convívio.

Para auxiliar em todos os cuidados dos idosos, a instituição neste momento possui nove auxiliares de ação direta no turno da manhã, oito auxiliares no turno da tarde e quatro auxiliares no turno da noite.

Após se ter descrito toda a instituição, iremos então conhecer todas as perspetivas do envelhecimento, pois para que se consiga desenvolver o estágio é importante conhecer os estádios em que a população se encontra.

Através da caracterização dos residentes chegou-se a alguns resultados acerca das potencialidades e da fragilidade dos residentes da ACS, conforme se pode ver na tabela abaixo:

Potencialidades	Fragilidades
- Autonomia física;	- Idade avançada;
- Percursos de vida em grande interesse;	- Dependência;
- Apoio familiar.	- Relutância em participar nas atividades da instituição;
	- Resistência à mudança;
	- Quebras na autoestima (sentir-se velha);
	- Poucos contatos fora da instituição.

Tabela 1 – Potencialidades e Fragilidades dos residentes da ACS

Em síntese verifica-se que esta IPSS tem um papel muito importante na proteção e prestação de cuidados a idosos e sobretudo a pessoas muito idosas. Destacamos a capacidade da instituição em aliar os processos de envelhecimento dos residentes ao bem-estar e à qualidade de vida. É importante também combater o isolamento, dar oportunidade aos idosos para fazer, realizar e sentir o sucesso, enriquecer as relações interpessoais e qualidades grupais, estimular o desenvolvimento motor e psicomotor dos residentes e promover experiências e afetos.

Capítulo 2 – Envelhecimento: Prespectivas e padrões de envelhecimento

Neste capítulo vai ser apresentado o enquadramento teórico do estágio. Assim destacamos as abordagens do envelhecimento, bem como alguns dos seus padrões com realce para a institucionalização de idosos. Para além destas respostas ao nível da dependência existem também outras respostas sociais direcionadas aos idosos que iremos mencionar no final deste capítulo.

1. Envelhecimento: Contextualização

O envelhecimento é um fenómeno mundial, encarado por todo o ser humano com alguma expectativa (Rocha, 2007).

É necessário ter também em conta que o envelhecimento vai variando consoante o estilo de vida, os meios científicos, os tecnológicos, a época e a cultura (Rocha, 2007).

A DGS define envelhecimento como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que se inicia mesmo antes do nascimento e se vai desenvolvendo ao longo da vida. O envelhecimento não é um problema mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo que deve constituir uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o maior tempo possível.

Tal vai implicar uma mudança de comportamento e atitude de toda a população bem como uma mudança na formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que acompanham por norma esta faixa etária (Direção Geral de Saúde, 2004).

Rosa, (2012), considera que quando nos estamos a referir ao envelhecimento, podemos estar a mencionar dois conceitos diferentes, é o caso do envelhecimento coletivo e do envelhecimento individual.

1.1. Envelhecimento coletivo

O envelhecimento coletivo tal como o individual também inclui dois conceitos de envelhecimento, envelhecimento demográfico (ou da população) e envelhecimento societal (ou da sociedade).

1.1.1. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico é definido pelo número de pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa (INE, 2002).

Portugal continua propenso ao envelhecimento demográfico, com a redução dos efetivos populacionais jovens, devido à baixa natalidade, e ao aumento do número de pessoas idosas, dá-se um aumento da esperança média de vida. Como resultado destas alterações, o índice de envelhecimento aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens, no período entre 2001 e 2011 (INE, 2013).

A proporção de jovens (população que tem entre 0 e 14 anos) diminuiu de 16,2% para 14,9% da população residente total, isto no período entre 2001 e 2011. Simultaneamente verifica-se um aumento da percentagem de idosos (População com 65 ou mais anos) de 16,6% para 19,0% (INE, 2013).

Estudos dizem que em 2050 se dê um aumento do índice de envelhecimento e que existe uma diminuição em relação ao número de jovens com o número de idosos, 243 idosos para cada 100 jovens. Sendo que em 2002 a relação era de 106 idosos para cada 100 jovens (Nunes, 2005).

Segundo o INE (2013) a esperança média de vida entre 2001 e 2011 foi de 76,47anos para o sexo masculino e 82,43 anos para o sexo feminino.

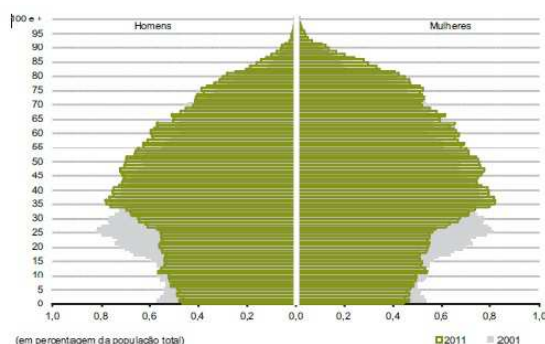


Gráfico 1 – Pirâmide etária, Portugal, 2001 e 2011

Fonte: INE – Censos 2011

Foi a partir da segunda metade do século XX que as sociedades, nomeadamente as europeias, foram confrontadas com aquilo que se designa “*duplo envelhecimento*”. No entanto, o envelhecimento demográfico depressa adquiriu uma dimensão mundial, embora com intensidades diferentes, no grupo dos mais envelhecidos, estão as regiões mais desenvolvidas (Rosa, 2012).

Em 2011, era a Região Autónoma dos Açores que continha a maior percentagem de jovens com 17,9% e simultaneamente a mais baixa percentagem de idosos com 12,9%. Em comparação o Alentejo detinha a menor percentagem de jovens com 13,6% e maior percentagem de idosos com 23,8% (INE, 2013).

No que diz respeito à população idosa as regiões Centro (22,0%), o Alentejo (23,8%) e Algarve (19,5%), eram as que apresentavam em 2011, percentagens de idosos superiores às verificadas para Portugal (19,0%) (INE, 2013).

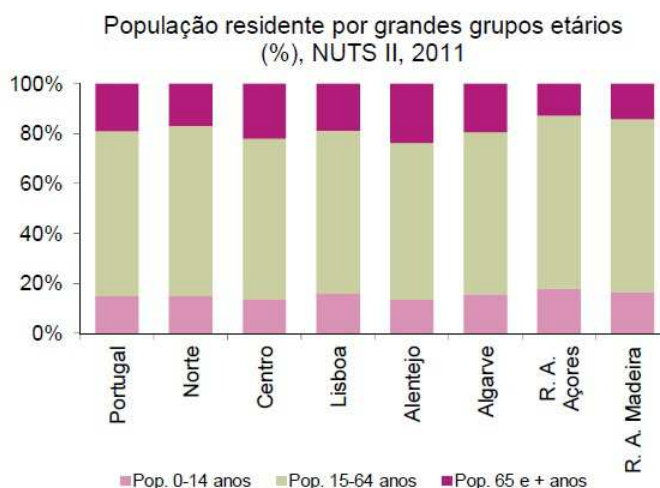


Gráfico 2 – População residente por grandes grupos etários

Fonte: INE – Censos 2011

Os locais onde se encontra o maior número de idosos é o pinhal interior norte com 32,5%, e o menor número é em Tâmega com 13,9% (INE, 2013).

O índice de envelhecimento teve um aumento em Portugal e nas regiões (Nuts II), entre os anos de 2001 e 2011, apenas com exceção do Algarve até 2008. Nas regiões Autónomas dos Açores e da Madeira bem como no Norte, até 2007, o índice de envelhecimento manteve valores inferiores a 100. Em 2011, as regiões do Alentejo, Centro e Algarve apresentavam um índice de envelhecimento superior ao de Portugal. Por outro lado, as regiões Autónomas, Norte e Lisboa assumem valores inferiores ao Nacional (INE, 2013).

Segundo o INE (2013), em 2011, as NUTS III onde se encontraram índices de envelhecimento mais elevados foram a Beira Interior Norte, Serra da Estrela, Alto Trás-os-Montes, Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul. No sentido oposto, as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, Tâmega, Cávado e Ave foram as regiões NUTS III com valores mais reduzidos deste indicador.

Índice de Envelhecimento, Portugal e NUTS II, 2001-2011

		Portugal	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
Índice de Envelhecimento ¹									
2001	Rv	102,6	80,7	130,5	102,4	163,6	126,0	60,6	72,1
2002	Rv	104,0	82,9	132,3	102,5	165,2	124,5	61,2	72,7
2003	Rv	105,5	85,3	134,3	103,2	166,1	122,8	61,5	72,9
2004	Rv	107,6	88,0	136,9	104,5	167,7	121,9	62,1	73,4
2005	Rv	109,3	90,5	138,8	105,7	167,9	120,5	63,0	74,2
2006	Rv	111,5	93,3	141,3	107,3	169,0	120,0	64,4	75,2
2007	Rv	113,8	96,5	143,8	109,0	169,9	119,1	65,3	76,4
2008	Rv	116,4	100,2	146,5	111,0	170,5	118,9	66,7	78,0
2009	Rv	119,3	104,2	149,5	113,5	171,3	119,1	68,6	80,1
2010	Rv	123,9	109,5	155,7	117,4	173,2	121,2	70,9	82,8
2011	Rv	127,6	114,1	160,7	119,7	175,0	125,3	72,3	87,0

Índice de Envelhecimento, Portugal e NUTS II, 2011

Figura 1 – Índice de Envelhecimento, Portugal e NUTS II

Fonte: INE – Censos 2011

Através dos dados disponibilizados pelas nações unidas, verificou-se que Portugal, passou de uma idade média de 26 anos em 1950, para 38 anos, em 2000, e para 41 anos, em 2010, podendo assim a idade média em 2050 ser de 50 anos (Rosa, 2012).

A população de Portugal vai continuar a envelhecer de um modo progressivo, mesmo que os níveis de fecundidade aumentem, e que os saldos migratórios continuem positivos, estima-se que em 2060, a população portuguesa, é constituída por dez milhões de pessoas, mas será mais envelhecida do que os dias de hoje (Rosa, 2012).

O número de pessoas com 65 ou mais anos poderá ser o triplo do número de jovens, existindo um índice de envelhecimento de 271, constata-se que um em cada três residentes em Portugal, cerca de 32%, poderá ter 65 ou mais anos, atualmente o valor é de 19% (Rosa, 2012).

A população com 80 e mais anos de idade poderá equivaler a 1,4 milhões de pessoas e representa cerca de 13% da população residente em Portugal. O número de pessoas em idade ativa por pessoa em idade idosa, neste momento é de três, mas posteriormente poderá baixar para dois (Rosa, 2012).

Este processo de envelhecimento demográfico aconteceu, devido à rapidez com que baixaram os níveis de mortalidade e de fecundidade (Rosa, 2012).

No entanto à que ter em conta que para se compreender o envelhecimento demográfico, é necessário ter em conta, a idade, a classe social de pertença, as qualificações, competências, capacidades, estado de saúde, vivências anteriores, etc., ou

seja, os indivíduos são classificados em categorias fixas, podendo assim classificar as categorias mais simplificadaamente (Rosa, 2012).

1.1.2 Envelhecimento societal

O envelhecimento societal está ligeiramente relacionado com o envelhecimento demográfico (Rosa, 2012).

Uma população pode vir a envelhecer mas a sociedade não, o que significa que esta se pode adequar para enfrentar o envelhecimento da população (Rosa, 2012).

Este envelhecimento é visível através de uma sociedade deprimida que se sente ameaçada com a sua própria evolução etária e com as diversas mudanças que acontecem (Rosa, 2012).

1.2. Envelhecimento individual

O envelhecimento individual está representado no envelhecimento biopsicossocial, ou seja biológico, psicológico e social que irá ser caracterizado seguidamente.

a) Envelhecimento Biológico

O envelhecimento é um processo universal, mas ao mesmo tempo único e individual, ou seja, cada pessoa lida de maneira diferente com a mesma coisa, apesar de viver situações comuns (Schambeck, 2004).

Neste sentido é necessário compreender o envelhecimento nas diversas áreas, ou seja, o envelhecimento não pode ser diagnosticado através do plano cronológico, tem que também ser visto, através dos planos biológicos, psicológicos e social, e só assim será feito um diagnóstico mais complexo (Schambeck, 2004).

No que diz respeito ao envelhecimento biológico pode dizer-se que este difere de pessoa para pessoa, algumas mudanças acontecem nas mudanças dos órgãos, no entanto, não existem indivíduos que envelheçam da mesma forma (Ferrari, 2005 cit. in Lacerda, Assis, Araruna, Oliveira & Medeiros, Sd).

O envelhecimento é um processo biológico, intrínseco, progressivo, declinante e universal, no qual só existem marcas físicas e fisiológicas próprias, essas alterações características do envelhecimento, não são produzidas por doenças e variam de pessoa para pessoa (Freitas, 2002).

No que diz respeito às alterações físicas estas podem ser externas e internas. As modificações externas referem-se ao enrugar das bochechas, ao aparecimento das manchas escuras na pele, a produção de células novas diminui, podem surgir verrugas, o nariz alarga-se, os olhos ficam húmidos, os pelos aumentam nas orelhas e no nariz, os ombros ficam mais arredondados, as veias destacam-se sob a pele, dá-se a modificação na coluna vertebral e à uma diminuição de estatura pelo desgaste das vertebrae. Quanto às modificações internas, os ossos endurecem, os órgãos internos atrofiam-se reduzindo o seu funcionamento, o cérebro perde neurónios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente, o metabolismo fica lento, a digestão é mais difícil, a insónia e a fadiga aumentam, a visão piora devido à falta de flexibilidade, as células da audição degeneram-se e o olfato e o paladar diminuem (Zimerman, 2007).

Há que ter em conta que com o passar dos anos é inevitável. A velhice não é uma doença mas uma fase em que o ser humano está mais debilitado e susceptíveis a doenças (Zimerman, 2007).

b) Envelhecimento Psicológico

O ser humano não envelhece só biologicamente mas também psicologicamente e esse pode ser um dos fatores mais marcantes para o idoso.

No ponto de vista psicológico, o envelhecimento abrange a segunda metade da vida, podendo a chamada “*meia-idade*” ser a porta de entrada. Contudo, o envelhecimento tem sido descrito como uma fase de vida marcada por várias transformações, de ordem biológica, psicológica e social (Fonseca, 2012).

Fontaine, (2000) diz que o envelhecimento psicológico caracteriza-se pelas modificações das nossas atividades intelectuais e das nossas motivações.

Alguns investigadores referem-se muitas vezes à abordagem *long life span*, esta é uma abordagem de “*vida inteira*”, ou seja são modificações psicológicas profundas observáveis ao longo de toda a vida. Esta abordagem baseia-se no princípio de Freud, que afirma que a nossa estrutura mental se constrói durante a infância e que durante a vida, com melhores ou piores resultados se aprende a “*viver com*”. Assim o envelhecimento exige este tipo de abordagem (Fontaine, 2000).

O envelhecimento psicológico descreve-se por um aumento da percepção e diminuição da sua rapidez, por uma diminuição da memória mecânica, por uma maior vulnerabilidade das funções mentais ligadas ao envelhecimento cerebral, aumento de habilidades para

desenvolver trabalhos que exigem precisão e paciência, aumento da ponderação, do equilíbrio e da espiritualidade. Os primeiros problemas psicológicos encarados pelos idosos referem-se a dificuldades em adaptar-se às mudanças físicas e sociais advindas com o passar dos anos e os choques provocados por uma sociedade pouco tolerante com a velhice (Vieira, 1996 cit. in Schambeck, 2004). Ou seja, enquadra reações emocionais, personalidade, mecanismos perceptivos, aprendizagem, memória e cognição, estilos de relação interpessoal e controlo (Fonseca, 2004).

Mas para se estudar qualquer um destes fenómenos associados ao envelhecimento, tem que se ter em conta uma psicologia de ciclo de vida, onde existe uma plasticidade intra-individual que potencializa a capacidade do indivíduo se adaptar. Existem assim dois conceitos para compreender como funciona a plasticidade no indivíduo adulto e idoso: o conceito de equifinalidade e o conceito de vida (Fonseca, 2004).

A equifinalidade diz respeito ao facto do objetivo desenvolvimental poder ser alcançado por diferentes meios e diferentes combinações de meios (Baltes, Starrdinger & Linden Berger, 1999, cit in Fonseca, 2004), ou seja, através de diversos meios, as pessoas conseguem atingir níveis idênticos de bem-estar psicológico (Brandtstadter & Greve, 1994, cit in Fonseca, 2004). Assim, o potencial adaptativo e desenvolvimental do idoso, vai depender dos recursos adquiridos ao longo da vida, que quanto mais numerosos e diversificadas forem, maior plasticidade intra-individual lhe conferem para se adaptar a diferentes contextos e circunstâncias (Fonseca, 2004).

O conceito de acontecimentos de vida, refere-se aqueles que marcam o processo de desenvolvimento psicológico na idade adulta e velhice, acabando por se caracterizarem como um “*teste*” aos limites da plasticidade intra-individual (Baltes, Starrdinger e Lindenberg, 1999 cit in Fonseca, 2004). A forma como o indivíduo reage a um determinado acontecimento de vida dá-nos uma estimativa dos limites de capacidade adaptativa individual, logo, do seu potencial de desenvolvimento num determinado momento (Fonseca, 2004).

O desenvolvimento psicológico envolve ajustamentos individuais no que diz respeito a mudanças na self, resultantes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações profissionais, quer na rede de relações, quer no próprio contexto de residência. No entanto, nem todos os idosos lidam com estas mudanças da mesma forma, o que leva às diferentes reações de pessoas para pessoas (Fonseca, 2012).

Os idosos devido ao avanço da idade vão sofrendo algumas alterações psicológicas. Assim, se o idoso tiver uma compreensão psicológica adequada, baseada numa relação de ajuda que reforce o seu estado de espírito, a balança tenderá para o lado positivo, reforçando a autoestima (Branco & Gomes, 1994, cit in Nunes e Menezes, 2014).

Com o aumento da idade, o indivíduo começa a notar algumas alterações no seu organismo, que podem afetar o seu dia-a-dia, há um ligeiro enfraquecimento da memória, o ritmo do sono altera, diminuindo o seu período noturno. Devido a estas alterações é natural que o idoso passe a ter alguma tendência para ser hipocondríaco e para se isolar (Branco & Gomes, 1994, cit in Nunes et al, 2014).

O isolamento dos idosos acarreta alguns riscos, dos quais se deve destacar a perda de autonomia, a solidão, a depressão e o suicídio (Branco & Gomes, 1994, cit in Nunes et al, 2014).

A solidão é frequente no envelhecimento devido ao afastamento dos familiares, à viuvez e à limitação da autonomia. No que diz respeito ao sexo masculino, são os que sentem mais esta situação, porque a mulher já é dona de casa, logo adapta-se mais a este tipo de situações (Nunes et al, 2014).

A depressão é o fator mais comum nos idosos, e por isso merece algum destaque. Esta é uma consequência das perturbações cognitivas, comportamentais e sociais provocadas pelo processo de envelhecimento. Os episódios depressivos, na maioria dos casos tem um processo de recuperação rápido, no entanto, o prognóstico a longo prazo é pior do que nas pessoas mais jovens, estimando-se que 70% dos casos possam ter recaídas no futuro (Barracough e Gill, 1997 cit in Nunes et al, 2014).

Em certos casos é difícil diagnosticar a depressão, porque esta é confundida com a demência (Serra, 2003, cit in Nunes et al, 2014). A depressão é mais comum nas mulheres, e é mais prevalente na viuvez, nomeadamente entre os homens, pois os idosos que se encontram solteiros têm menos depressões (Nunes et al, 2014).

c) Envelhecimento Social

À medida que os anos vão passando, a tecnologia avança, os meios de comunicação mostram os factos e os dados do país envelhecido em que nos encontramos. As mudanças vão ocorrendo em cada ser humano, as distâncias entre cada cidade diminuem a cada dia, e as condições económicas são mais desfavoráveis, devido ao aumento do custo de vida e ao

desemprego. Isto comprova que ao longo dos anos a nossa sociedade enfrenta certas transformações.

No que diz respeito às transformações sociais, o idoso enfrenta dificuldades a nível de crises de identidade, provocada pela falta de papéis sociais, o que leva a uma perda de autoestima, vão existindo mudanças de papéis na família, o filho vai passar a pai, o pai a avô e assim sucessivamente, no trabalho vai passar de empregador a reformado. As pessoas hoje quando se reformam ainda têm muitos anos pela frente, e enfrentam algumas perdas, que vão desde a condição económica, à perda de parentes e amigos e à diminuição dos contatos sociais que se tornam reduzidos em função das suas possibilidades, como a falta de tempo, as circunstâncias financeiras e as distâncias (Zimerman, 2007).

Para que estas transformações não sejam prejudiciais, é necessário que as suas relações sejam ajustadas com os filhos, netos, colegas e amigos (Zimerman, 2007).

2. Padrões de envelhecimento

Nos últimos anos tem-se vindo a notar um grande interesse nos estudos que dizem respeito ao envelhecimento. Este tem implicações em vários níveis, ou seja, no plano individual, social, económico. Assim surgiram definições do que é envelhecer, nomeadamente “o que é um bom envelhecimento”. Igualmente surgiram determinados padrões de envelhecimento que distinguem envelhecimento saudável, produtivo, bem-sucedido e ativo (Almeida, 2007).

a) Envelhecimento Saudável

O envelhecimento saudável, também designado como envelhecimento normal é aquele que resulta da capacidade de cada individuo para prevenir o envelhecimento patológico (Stegeman, Otte-Trojel, Costongs & Considine, 2012).

Para se obter um envelhecimento saudável, as medidas preventivas tem que começar logo no início da infância e devem-se prolongar por toda a vida (Stegeman et. Al., 2012).

No entanto o envelhecimento saudável não quer dizer apenas que se tenha saúde, tem que ser conquistado também através de uma boa alimentação, de bons níveis de atividade física e por último uma boa saúde (Stegeman et al., 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947 a saúde não é apenas a ausência de doença mas sim um estado de completo desenvolvimento físico, mental e social. A saúde é apenas um meio de

envelhecimento bem-sucedido, mas o envelhecimento saudável vai mais para além de ter uma boa saúde (Stegeman et al., 2012).

O envelhecimento saudável é muito mais do que aumentar o número de anos de vida saudáveis, sem qualquer atividade, limitação, invalidez ou doença. Este foi então definido como o processo de otimização para permitir que as pessoas mais velhas tenham um papel ativo na sociedade e para desfrutar de uma boa qualidade de vida (Stegeman et al., 2012).

As presidências da União Europeia têm priorizado o tema do envelhecimento saudável e existem iniciativas políticas e instrumentos para apoiar este tipo de envelhecimento (Stegeman et al., 2012).

b) Envelhecimento Produtivo

O envelhecimento produtivo está ligado ao sistema económico e à ideia de que os idosos ficam fora do sistema produtivo mas têm acesso à reforma. A ideia deste conceito é contrariar este pensamento, promovendo assim o trabalho aos mais velhos (Conceição, 2012).

A definição de envelhecimento produtivo surgiu na década de 70, com o objetivo de combater a imagem existente dos idosos, que estes eram pessoas frágeis, dependentes e não produtivas, um fardo para a sociedade e para as gerações mais novas (Caro, Bass & Chen, 1993 cit in Gonçalves, Martim, Guedes, Pinto & Fonseca, 2006).

Assim sendo o EP tem como conceito a existência de uma atividade significativa e satisfatória, em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada, este tem um impacto positivo na sua vida como é o caso da produção de bens e serviços, o voluntariado, o cuidar dos netos, etc. (Gonçalves et al., 2006).

Neste tipo de envelhecimento encontramos duas vertentes, a vertente objetiva onde se enfatiza os contributos realizados pelo idoso para com os seus familiares, grupo social e comunidade. E a vertente subjetiva que privilegia a componente afetiva do processo, no sentido das suas consequências positivas ou seja, no que diz respeito ao bem-estar e à qualidade de vida do idoso (Kaye, Butter & Webster, 2003 cit in Gonçalves et al., 2006).

c) Envelhecimento Bem-Sucedido

Apesar de existirem já alguns estudos sobre o envelhecimento bem-sucedido ainda não existe nenhuma definição sobre em que consiste este tipo de envelhecimento (Depp &

Jeste, 2006 cit. In Almeida, 2007). No entanto encontraram-se definições que nos remetem para teorias biomédicas, psicossociais ou ambas (Almeida, 2007).

A noção de envelhecimento bem-sucedido ou envelhecimento positivo surgiu em 1960 e define *“um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades de um indivíduo e as exigências do ambiente”*.

Foi em 1997 que através de um estudo de MacArthur Foundation se adquire um modelo mais claro do envelhecimento bem-sucedido e assim este é definido por um evitamento de doença e incapacidade à mais habitual dimensão de presença/ausência de doença, por uma maximização das funções cognitivas e físicas e por um envolvimento ou compromisso com a vida, ou seja, manutenção de atividades produtivas, de utilidade social e relacionamentos interpessoais (Almeida, 2007).

No entanto Baltes & Carstensen (1996) cit in Fonseca (2005) referem que este tipo de envelhecimento não tem uma teoria, critério ou padrão. De acordo com os mesmos autores trata-se de um conceito que agrupa dois processos relacionados entre si.

Primeiro, trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem geralmente na velhice. Segundo, o envelhecimento bem-sucedido pode ser adquirido através da escolha de diversos estilos de vida, que satisfaçam o objetivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos de existência (Baltes et al, 1996 cit in Fonseca, 2005).

Dois anos mais tarde Rowe e Kahn (1998) cit in Fonseca (2005) aumentam este modelo para três domínios diferentes, considerando assim que o envelhecimento bem-sucedido é caracterizado pelo baixo risco de doença e de incapacidade relacionado com a doença, pelo funcionamento físico e mental elevado e pelo envolvimento e compromisso ativo com a vida.

Apesar de não existir uma definição específica deste tipo de envelhecimento, existem critérios que são frequentemente evocados pelos investigadores como a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia intelectual, a competência social, a produtividade, o controlo pessoal, a conservação da própria autonomia e o bem-estar subjetivo. Este último é caracterizado pela auto-avaliação da própria vivência da velhice (Fontaine, 2000).

Segundo Fontaine (2000) para se ter um envelhecimento bem-sucedido, tem que se evitar doenças, ter um bom empenhamento social e ter um alto nível cognitivo e físico.

d) Envelhecimento Ativo

O envelhecimento ativo segundo a OMS (2002) cit in Gil (2007), é *“um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”*.

Apesar de o Envelhecimento Ativo – EA, ser prespetivado do ponto de vista da saúde, este foi adotado no âmbito de Estratégia Europeia para o Emprego (EEE), como instrumento de participação económica. Assim o EA é definido como o *“conjunto de orientações e ação de natureza política que visam assegurar uma maior participação económica dos grupos etários mais velhos ainda em idade ativa”* (Pestana, 2013 cit in Gil, 2007).

O EA pretende assim combater o abandono precoce do mercado de trabalho, contemplando a criação de medidas de combate à diferenciação salarial entre homens e mulheres, através do acesso a estruturas de acolhimento a crianças e outros dependentes, deficientes e idosos (Gil, 2007).

Por outro lado o EA consiste em viver e em envelhecer com otimização de oportunidades que proporcionem saúde, participação e segurança, de modo a que se tenha qualidade de vida e bem-estar, ou seja, obter estilos de vida saudáveis, envolvendo a manutenção de atividade física, a participação em atividades de natureza social, económica, cultural, espiritual, cívica e prolongamento da atividade laboral (Botelho, 2005).

Fernandez-Ballesteros (2002) cit in Botelho (2005), afirma que *“para que seja possível envelhecer saudavelmente, há que promover a saúde, o funcionamento físico e mental, e o compromisso com a vida”*.

Segundo a OMS, (2002), cit in Botelho (2005), os indicadores que contribuem para este envelhecimento estão relacionados com o próprio individuo, como a sua cultura, o sexo e o meio ambiente. A cultura condiciona o estilo de vida adotado, a prática de atitudes de prevenção, deteção precoce de doença e adesão ao tratamento adequado. Quanto ao sexo, dá-se uma prevalência nas mulheres com baixo nível socioeconómico, neste caso existe uma maior promoção da saúde e prevenção da doença, uma acessibilidade a cuidados de saúde primários, a adequação do uso de medicamentos e o acompanhamento de longa duração através dos cuidados formais e informais. Os fatores ambientais contribuem para o isolamento do individuo, temos como exemplo a inexistência de elevador num prédio ou a acessibilidade aos transportes públicos.

Assim sendo para este tipo de envelhecimento é determinante o apoio social, impedindo o isolamento, a solidão, a vulnerabilidade para abusos, negligências e/ou privações, acesso à informação e formação, incluindo as novas tecnologias (Botelho, 2005).

3. Envelhecimento e dependência

Entende-se por dependência “(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária”. (Decreto de Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

Segundo o Conselho da Europa (1998) cit in Assunção (2010) a dependência é “ *um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidades de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária – AVD*”.

O envelhecimento com dependência é caracterizado pelo crescimento exponencial das situações incapacitantes nas pessoas muito idosas, nomeadamente estados demenciais que conduzem a elevados défices ou mesmo perda de autonomia (Conceição, 2012).

Com o avançar da idade as perdas funcionais tornam-se visíveis e o idoso deixa de realizar as AVD, diminuindo assim a sua capacidade funcional. Esta é dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades, sendo esta um dos componentes da saúde do idoso (Fontes, 2007).

As situações de dependência são caracterizadas pela perda da capacidade, por parte do sujeito, em realizar sem ajuda de um cuidador ou de equipamento adaptados, as atividades da vida diária, tais como lavar-se, vestir-se, ir a casa de banho, mudar de posição, controlar os esfíncteres e comer (Lemos & Medeiros, 2006 cit in Conceição, 2012).

A dependência tanto pode ser física como psicossocial mas ambas afetam a saúde do idoso. Estas podem ser devido a doenças, isolamento, depressão, falta de companhia para desenvolver as AVD (Fontes, 2007).

O facto de uma pessoa não poder efetuar sem ajuda, as principais AVD, por ser idosa ou por outros motivos, de origem física, psicológica ou social, torna-o dependente (Santos, 2002).

Quando falamos em dependência a institucionalização é a forma mais viável para os idosos com maior grau de dependência, no entanto a incorreta avaliação dessa dependência pode revelar-se prejudicial para o idoso, para os funcionários e para a instituição. Por exemplo, se os cuidados prestados forem superiores ao necessário, levam a que o idoso se torne mais dependente, mas se os cuidados não forem adequados para determinado idoso, este perde a qualidade de vida (Conceição, 2012).

O envelhecimento com dependência pode muitas das vezes estar relacionado com o envelhecimento social, devido à representação que o próprio e os outros fazem de si próprio. Os níveis de dependência nos idosos exigem cuidados especializados, que na maioria das situações não podem ser prestados no meio familiar. É neste contexto que o Estado teve necessidade de criar medidas de proteção social não só para os dependentes como também para os mais autónomos (Conceição, 2012).

4. A institucionalização de idosos

O envelhecimento é uma das maiores conquistas da sociedade mas traz sempre algumas perdas para o idoso, como motoras, sensoriais e autonomia em diversas atividades. Essas perdas são muito valorizadas no âmbito social e familiar, o que provoca nos idosos alguns problemas, como a vergonha, o isolamento, problemas físicos e cognitivos (Barbosa & Werba, 2010).

A população com idades mais avançadas exige alguns cuidados específicos, isto devido às limitações que lhes estão associadas, o que implica uma resposta da sociedade no desenvolvimento de estruturas de apoio à família (Ferreira, 2009).

Desde sempre existiu uma preocupação com as necessidades sociais da população, dando origem a algumas instituições dirigidas a alguns setores da população, no nosso caso, os idosos. Estas instituições estavam quase sempre ligadas a ordens militares e religiosas, e outras eram criadas por reis, rainhas e outros nobres e ricos (Almeida, 2008).

No final do séc. XV as instituições dividiam-se em cinco tipos, albergarias, mercearias, hospitais, gafarias ou leprosarias, nos dias de hoje só restam os hospitais que se dedicam especificamente aos cuidados de saúde da população (Jacob, 2002).

Foi a partir do séc. XVII que começam a surgir, questões que dizem respeito a solidariedade, estas não estão apenas relacionadas com sentimentos religiosos, mas com sentimentos de consciência social do próprio estado e da sociedade civil (Araújo, 1997 cit. Por Almeida, 2008).

Em Portugal, a criação da Casa Pia nos finais do séc. XVIII, constitui um marco importante que se traduziu numa nova forma de encarar o apoio social por parte das entidades públicas e sociedade civil (Almeida, 2008).

É a partir da década de 70, que de acordo com as novas políticas sociais da velhice, as instituições são criadas tendo em vista a prevenção da dependência e a integração das pessoas idosas na comunidade (Fernandes, 1997).

Na Europa a proteção pública à velhice atravessou diversas etapas desde que deixou de estar ligada à igreja e às suas instituições de beneficência para se assumir como um mecanismo cada vez mais intervenientes do Estado e da sociedade (Pais, 2010).

Até aos anos 80, séc. XIX não existia proteção pública dirigida especificamente à população idosa, estando esse apoio incluído no auxílio à pobreza, normalmente destinado ao alojamento e à alimentação, pois só em último caso se apoiava monetariamente. Este apoio era prestado por igrejas, instituições religiosas, por cidadãos ricos cuja fortuna pessoal lhes permitia ascenderem à categoria de beneméritos, por governos locais ou raramente pelos membros da coroa (Pais, 2010).

Em Portugal, as funções de solidariedade, desenvolveram-se a partir das antigas corporações e irmandades que existiam na idade média. Esta evolução, tal como ocorreu na restante Europa, não era dirigido especificamente ao apoio à velhice (Pais, 2010).

Foi em 1889, na Alemanha, através de Bismark, que foram criados os primeiros seguros sociais obrigatórios de natureza contributiva. O primeiro seguro de velhice que existiu era destinado aos trabalhadores de determinados setores económicos que ao atingirem a idade da reforma tivessem efetuado o pagamento de cotizações sociais, proporcionais ao salário. Nesta altura o estado limitava-se a promover a organização e supervisão do sistema, bem como estabelecer as obrigações e os direitos das partes (Pais, 2010).

Só no Séc. XIX é que em Portugal começou a existir uma proteção específica à velhice, ainda que bastante limitada e desorganizada. Esta começou a ser realizada pelo movimento mutualista⁴ (Pais, 2010).

Em 1919 foi criado o primeiro seguro social obrigatório de invalidez, velhice e sobrevivência (Decreto nº 5638, de 10 de Maio). Apesar deste seguro se ter iniciado, a assistência social e o mutualismo ainda continuaram a desempenhar um papel importante

⁴ Entidades privadas, de cariz religioso ou beneficência e organizações associativas.

no combate à velhice entre os mais carenciados. Os seguros sociais obrigatórios eram de inspiração Bismarkiana e do ponto de vista financeiro dependiam das contribuições conjuntas dos trabalhadores e entidades patronais⁵. O Estado tal como anteriormente apenas se limitava a fiscalizar as obrigações e direitos das partes, e a gerir o sistema previdencial através do ISSOPG – Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral (Pais, 2010).

Em 1925, deu-se o dismantelamento institucional e foi extinto o Ministério do Trabalho (MT), neste momento passou a faltar um instrumento público de proteção à velhice, o que fazia com que diminui-se a contínua degradação das condições dos trabalhadores idosos. Com isto os governos da I República e da ditadura militar foram apoiando e subsidiando as Associações Mutualistas para que futuramente os trabalhadores carenciados pudessem recorrer a um seguro social que lhes permitisse enfrentar a velhice com menos negativismo (Pais, 2010).

No ano de 1928, foi feita a última tentativa para viabilizar e operacionalizar o seguro social obrigatório da invalidez, velhice e sobrevivência, introduzindo alterações na legislação de 1919, isto pelo Decreto nº 15343, de 11 de Abril. Mas a 7 de Maio de 1928, todos estes subsídios, seguro de invalidez, velhice e sobrevivência foram suspensos pelo novo Ministro das Finanças Oliveira Salazar (Pais, 2010).

É a partir de 1933 com a publicação do Estatuto do Trabalho Nacional que se intensifica a formatação da fase do seguro social, tornava-se então indispensável estabelecer prioridades, quer profissionais, quer regionais e as prestações sociais deviam ser compatíveis com as possibilidades económicas e financeiras do sistema previdencial (Pais, 2010).

Em meados da década de 50, com o arranque da industrialização em Portugal, a evolução das prestações sociais dos países democráticos vencedores da II Grande Guerra e a necessidade de se atualizar, alterar e complementar algumas normas básicas do sistema previdencial corporativo criado no início dos anos 30 levaram à reforma aprovada em 1962, a partir daí, o sistema previdencial foi sendo alargado e reparado (Pais, 2010).

As IPSS, surgiram pela primeira vez na constituição de 1976 (art.º nº 63), sendo posteriormente, no art.º 1 do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de fevereiro, definidas como *“entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o*

⁵ Exemplo: Caixas de reforma e Pensões.

propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre indivíduos e desde que não sejam administrados pelo estado ou por um corpo autárquico (...)”.

Quanto ao encargo social, distinguiram-se dois tipos de instituições, com respostas ao nível da institucionalização das pessoas idosas (lares ou residências) e as que procuram criar condições para manter a pessoa idosa no seu próprio domicílio (Almeida, 2008).

O Decreto-Lei nº 30/89 de 24 de Janeiro. O nº 1 do art.º 6 refere que “*os lares para idosos, são estabelecidos de alojamento e prestação de serviços destinados a pessoas idosas*”. O despacho normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro, define lar de idosos “*é o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária e permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes*”.

Segundo Argimon et. Al, 2008 cit. Por Barbosa et. Al, 2010 “*(...) o idoso institucionalizado precisa de uma maior proteção das pessoas mais próximas, porque não pode ter mais o abrigo da família ou dos amigos. Isso acaba gerando carências e uma série de complicações em razão da fragilidade desta etapa do ciclo vital, juntamente com a fragilidade do sentir-se abandonado*”.

Designa-se de institucionalização do idoso quando este por algum motivo permanece durante o dia ou parte dele numa determinada instituição. Se a permanência se prolonga pelas 24h, consideram-se por institucionalizados residentes (Jacob, 2002).

As causas da institucionalização podem dever-se a problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, viuvez e situação de despejo, nomeadamente nos centros da cidade (Paúl, 2005).

Os idosos que se encontram nas instituições necessitam de uma maior atenção, suporte e serviços especializados, pois a maior parte é fragilizada e apresenta morbididades físicas e mentais (Neves, 2012).

A institucionalização de idosos tem um impacto na qualidade de vida das pessoas, visto que provoca alterações nas rotinas diárias (higiene, alimentação e outras) e pode comprometer alguns aspetos relevantes da vida, tais como, a prática de atividades lúdicas e de lazer (Ferreira, 2009).

Estas promovem a estimulação física, sensorial e socio emocional, de forma a obter um bem-estar biopsicossocial, sendo também importante atividades de manutenção à

medida que a idade avança. Assim, conhecer a institucionalização através destes aspetos, permite planear e implementar ações e direcionar estratégias no suporte social que levam à prevenção e à promoção da saúde, resultando na melhoria da qualidade de vida (Ferreira, 2009).

A institucionalização da pessoa idosa em regime de lar ou em centro de dia é uma das respostas sociais disponíveis de apoio aos idosos (Ferreira, 2009).

No período entre 2000 e 2012, as respostas sociais para as pessoas idosas tiveram um crescimento de 42%, apresentando assim um maior número (mais de 7100 em 2012) ao longo de período de análise. Estas respostas sociais encontram-se dispersas por todo o território nacional (Carta Social, 2012).

Segundo a mesma fonte, no mesmo período existiram mais 2100 respostas sociais desde o ano de 2000. A SAD constitui a resposta com maior crescimento entre 2000 e 2012 (62%) no conjunto das respostas para esta população, seguindo-se a ERPI⁶ (44%) e o centro de dia (31%).

4.1 Perfil dos idosos institucionalizados em Portugal

Considera-se institucionalização do idoso quando este permanece todo o dia ou parte dele entregue aos cuidados de uma instituição que não é a sua família. Em Portugal existem cerca de 2100 ERPI e cerca de 208450 idosos institucionalizados (Carta social, 2006).

São considerados idosos institucionalizados aqueles que vivem vinte e quatro horas por dia numa instituição, lar ou residência e são cerca de 63520 e cerca de 60270 idosos que usufruem de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção do seu meio sociofamiliar como os centros de dia e o apoio domiciliário (Carta social, 2006).

Em 2012 os utentes com mais de 80 anos constituem 70% do total de utentes que frequentam a resposta do ERPI (Estrutura Residencial para pessoas idosas), 46% tinham 85 ou mais anos, o que mostra o grande peso deste grupo etário. Ao nível do género, as mulheres encontram-se em maioria nesta resposta, acentuando-se o seu peso com o aumento da idade (Carta social, 2012).

⁶ Nova denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, substituindo a designação de lar de idosos e residência para idosos nos termos da portaria nº 67/2012 de 21 de Março.

Como as necessidades dos utentes são diversas, as respostas apresentam alguma heterogeneidade, no que diz respeito ao grau de dependência dos idosos (Carta social, 2012).

Cerca de 78% dos utentes em ERPI têm alguma dependência, valor que desce para 60% no caso do SAD (serviço de apoio domiciliário) e para 41% no centro de dia, situação que está associada às características das respostas (Carta social, 2012).

5. Respostas Sociais

As respostas sociais existentes para os idosos enquadram-se tanto no âmbito da segurança social como nas políticas de outros setores como o acesso a determinados bens e serviços essenciais, tais como os transportes e telecomunicações, a isenção de taxas moderadoras e medicamentos (Conceição, 2012).

O artigo 63/5 da Constituição da República Portuguesa (2009) que regula a relação entre a segurança social e as IPSS (Instituições particulares de solidariedade social) refere que *“O estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a atividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem caráter lucrativo, com vista à prossecução de objetivos de solidariedade social consignados”*.

O desenvolvimento das respostas sociais tem-se efetuado devido à expansão do envelhecimento demográfico e ao aumento da esperança média de vida. A variação das respostas sociais deve-se à qualidade e humanização dos serviços sociais (Conceição, 2012).

A proteção social ao idoso é influenciada pelas orientações que os Governos estabelecem para as políticas sociais. Assim, a economia social tornou-se estratégica para a proteção aos idosos, devido a suportar uma rede de estruturas de acolhimento e proteção que se tornaram parceiros do estado e são comparticipadas pelo mesmo, existem assim várias respostas sociais: SAD, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, acolhimento familiar para pessoas idosas, residência, centro de férias e lazer e lar de idosos (Conceição, 2012).

Estas respostas sociais existem devido ao grau de autonomia e às necessidades do idoso. Assim:

Resposta Social	Característica
Acolhimento Familiar	Consiste numa resposta em contexto não institucionalizado. Mediada por uma instituição de enquadramento, visando a implementação de um plano de intervenção que promova a melhoria da qualidade de vida;
Centro de convívio	São locais onde se organizam atividades recreativas e culturais que envolvem as pessoas idosas daquela comunidade;
Centro de dia	São locais que funcionam durante o dia e que prestam vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar;
Centro de férias e lazer	São centros onde as pessoas idosas e as suas famílias podem passar algum tempo e quebrar a rotina. Estas estadias são essenciais para o equilíbrio físico, psicológico e social dos utentes;
Centro de noite	São centros de acolhimento noturno, prioritário para pessoas idosas e autónomas que, por estarem sozinhas, isoladas ou inseguras, precisam de acompanhamento durante a noite;
ERPI	É um alojamento coletivo, temporário ou permanente para pessoas idosas em situação de risco de perda da sua independência ou autonomia;
SAD	É uma equipa que vai a casa das pessoas e famílias que não possam cuidar de si ou das tarefas domésticas. Ajudam a limpar a casa, nas refeições, tratar das roupas, cuidar da higiene pessoal e fazem reparações na casa;
Residência	É uma resposta desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços de utilização/ serviços comuns, de carácter temporário ou permanente, para pessoas idosas ou outras com autonomia total ou parcial.

Tabela 2 – Respostas sociais

(Martin, Gonçalves, Silva, Paúl & Cabral, 2007)

Atualmente em Portugal existem 221 residências, 2013 centros de dia, 2093 ERPI e 2566 SAD (Carta Social, 2012).

Depois de ter sido descrito todos os processos inerentes ao envelhecimento, iremos então focamo-nos nos conceitos principais deste estágio, ou seja, bem-estar, qualidade de vida e arteterapia.

Capítulo 3 - Bem-estar, qualidade de vida e arteterapia

Neste capítulo iremos retratar os temas do bem-estar, da qualidade de vida e da arteterapia, conceitos fundamentais no estágio. Consideramos importante a definição destes conceitos, não só porque dois deles, bem-estar e qualidade de vida, fazem parte da missão da instituição, como também são conceitos da área da psicologia e que estão relacionados. A arteterapia é a base deste estágio.

1. Bem-estar dos idosos

Como já foi abordado anteriormente, o bem-estar está relacionado com a qualidade de vida, principalmente no que diz respeito à experiência de vida, que é onde se enquadra o bem-estar subjetivo. O bem-estar subjetivo tem duas componentes principais: a cognitiva, que corresponde à satisfação com a vida, e a dimensão afetiva ou emocional, que representa os afetos quer sejam eles negativos ou positivos. Assim, o bem-estar subjetivo sublinha as orientações psicológicas positivas da vida das pessoas (Nunes et al, 2014).

O bem-estar subjetivo é consequência da soma de experiências felizes, no aspeto económico, na educação, na saúde, no trabalho, nas atividades pessoais, na política, no ambiente, enquanto outros pensam que algumas pessoas, por influência da sua personalidade, têm uma capacidade para verem as situações de uma forma positiva, mostrando, portanto, uma boa autoestima e otimismo (Nunes et al, 2014).

Para os idosos obterem um bem-estar vão depender alguns fatores, quer externos, como também internos. O grau de satisfação vai ser resultado do êxito de um processo adaptativo contínuo às diversas transformações. A qualidade de vida da pessoa envelhecida é afetada pelas perdas e carências que atinge, mas o efeito perturbador desses momentos vai depender do significado que os mesmos lhe atribuem (Barreto, 2002).

2. Qualidade de vida em idosos institucionalizados

A expressão qualidade de vida surge pela primeira vez em 1964, pelo presidente dos EUA, Lydon Johnson, ao referir que a medição dos objetivos da economia não poderia ser realizados apenas considerando os balanços dos bancos e sim através da qualidade de vida que estes objetivos económicos proporcionam às pessoas (Fleck et al, 1999 cit por Silva, 2011).

Anos mais tarde Awad e Vouranti, 2000 cit por Silva, 2011 reforçam que a qualidade de vida é “(...)uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que

ninguém sabe claramente o que é (...)”, Segundo os mesmos autores a melhoria da qualidade de vida é cada vez um tema mais desejado pela idade avançada.

Segundo Fallowfield, 1990 cit por Silva, 2011 a qualidade de vida é algo vago, varia consoante a pessoa e consoante o contexto.

A definição deste conceito é complexa, ampla e ambígua pois varia de cultura para cultura, varia de época para época, até para o próprio sujeito ela pode variar em função do tempo. A qualidade de vida está relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, e com o ambiente que o rodeia, esta deve ser avaliada segundo critérios bem definidos, envolvidos pelas dimensões, psicológica, cultura e económico, ou seja, numa perspetiva multidimensional (Ferreira, 2011).

A qualidade de vida deve ser vista como um construto multidimensional, que tem relacionado alguns pressupostos, tais como, a qualidade de vida não é ausência de doença, manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade, é uma configuração do bem-estar, é uma dimensão auto percebida, abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais, ou seja, é um processo dinâmico (Ribeiro, 2007 cit in Ferreira, 2005).

Mota e Carvalho (1999) cit in Ferreira (2005) destaca que é importante conhecer o processo de envelhecimento de forma a compreender e a determinar estratégias que diminuam os resultados de senescência, de tal modo que seja possível assegurar uma vivência autónoma e qualitativamente positiva no final do ciclo de vida, dado que a qualidade de vida é dependente da saúde física, do bem-estar psicológico e da satisfação social e espiritual (Ferreira, 2005).

O conceito de qualidade de vida está relacionado com a autoestima, o bem-estar pessoal e abrange uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Este conceito varia de autor para autor, é um conceito subjetivo e depende do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações do indivíduo (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Para o idoso *“é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um contexto amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações*

sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.” (WHO, 2004 cit por Direção Geral de Saúde, sd).

Ao longo dos anos o conceito de qualidade de vida vai evoluir. Segundo a OMS, 1994 cit por Silva, 2011, refere que ter qualidade de vida não é só a ausência de doença, é também analisar fatores aliados a esta temática como a longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, prazer e espiritualidade.

Fallowfield (1990) & Kaplan (1985) cit por Almeida (2008), considera a qualidade de vida como uma funcionalidade satisfatória para o indivíduo em três domínios, o físico, o social e o psicológico.

Fernandez-Ballesteros (1998) cit por Almeida (2008) refere que “*à semelhança da própria vida, a qualidade de vida tem muitos ingredientes.*” Para Martins (2006), a qualidade de vida é caracterizada como sentimento de satisfação determinada por elementos psicológicos e comportamentos, ela é influenciada não só por características individuais como também por padrões de referência. Os padrões de referência utilizados são as aspirações, as expectativas pessoais, nível patrimonial, referências ao grupo e necessidades pessoais.

Launois (1994) cit por Almeida (2008) definiu qualidade de vida em quatro características: sentimentos de bem-estar, emotividade equilibrada, integração social que satisfaça e bom estado físico.

A OMS (1999) cit por Almeida (2008) diz existir uma cultura universal no que diz respeito à qualidade de vida, assim sendo esta caracteriza-se por fatores físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade, religião e crenças.

Segundo Paúl & Fonseca (2001) para se avaliar a qualidade de vida dos idosos é necessário ter em conta medidas de natureza material, emocional, social e de saúde, não esquecendo que é frequente estabelecer-se alguma confusão entre o estado de saúde física e a qualidade de vida, acabando este último conceito por ser considerado uma consequência direta do próprio estado de saúde.

3. Envelhecer com qualidade de vida

Para se aliar o conceito de qualidade de vida ao envelhecimento, tem que se ter em consideração, outros aspetos indicadores dessa adaptação, tais como bem-estar (Barreto, 2002), conceito que será descrito posteriormente.

Assim quando se fala em qualidade de vida verifica-se que a mesma está implícita em dois conceitos, no conceito de experiência de vida e no de condições de vida. A experiência de vida remete-nos para uma visão mais subjetiva, ou seja, é onde também se vai enquadrar o bem-estar subjetivo e a satisfação geral com a vida⁷. Por outro lado, as condições de vida, acarretam uma componente mais objetiva, refletindo o comportamento da pessoa (Nunes et al, 2014).

Entre os idosos a qualidade de vida tem características próprias. Nesta faixa etária as pessoas já estão reformadas, por vezes vivem alguma solidão, várias são viúvas (os), têm baixas reformas, alguns deles encontram-se institucionalizados e com limitações de mobilidade. Assim, para muitos desses idosos, a vida não é assim tão boa. Nesse sentido propõem-se medidas mais positivas, como a convivência, a companhia e a atividade física, como forma de proporcionar melhorias na qualidade de vida/ felicidade de muitos Sêniore (Nunes et al, 2014).

Os principais aspetos para uma boa qualidade de vida é o psicológico, porque inclui questões como o humor, o estado emocional e a saúde, o social, os ocupais e a dimensão física (Ogden,2004 cit in Nunes et al, 2014).

Para que o envelhecimento se faça com qualidade de vida, é necessário ter em conta alguns aspetos. Primeiro o idoso deve fazer uma prevenção das doenças ou, se as mesmas já existirem, deve cumprir rigorosamente o tratamento. Seguidamente deve-se evitar a obesidade, comendo equilibradamente e de forma correta, mantendo um elevado estado mental. Por fim, deve-se praticar atividade física ligeira a moderada, frequente e regular. Ou seja, o idoso deve ter uma vida ativa, vivendo mais e melhor (Nunes et al, 2014).

Em suma, para se obter um bom envelhecimento segundo Nunes et al (2014), há que ter em conta:

- ✓ Atividade mental e cognitiva (estimular a memória, a atenção, a perceção, a inteligência, a aprendizagem, as funções executivas e a personalidade);
- ✓ A importância das relações sociais no idoso (pode melhorar o desempenho mental dos idosos e beneficiar a sua saúde. O ser humano vive em sociedade, logo isso é um aspeto importante porque o ambiente social em que vivemos interage connosco facilitando o nosso desenvolvimento e a compreensão dos outros);

⁷ É aquilo que por norma tratamos por Felicidade.

- ✓ Evitar fumar e beber com moderação (o vício de fumar é considerado um importante acelerador do envelhecimento, o tabaco é um fator de risco devido às diversas doenças que dele provêm, como o cancro do pulmão, a bronquite crónica, a consequente falta de ar e a incapacidade daí resultante. Quanto ao álcool este vai provocar acidentes domésticos, prejudica a saúde fomentando doenças do fígado, neurológicas e cardíacas);
- ✓ Comer saudavelmente (contribui para a regulação do bem-estar e da saúde dos indivíduos, aumenta a longevidade e a qualidade de vida, evita doenças, como as cardíacas, as reumáticas e os cancros);
- ✓ O sono como fator de bem-estar (o sono e o repouso são necessários como funções restauradoras para garantir a vida);
- ✓ A importância da sexualidade no idoso (neste caso fala-se na sexualidade associada à ternura, à cumplicidade, ao toque, aos beijos, as mãos dadas, o diálogo, todo o carinho pelo momento a dois, o brilho dos olhares. “O amor não envelhece, nestas idades é dar e receber.”);
- ✓ A atividade física do idoso (a manutenção de um nível moderado de atividade física proporciona uma maior longevidade, uma maior capacidade funcional e a continuidade de uma vida independente).

4. Arteterapia

Como já foi referido anteriormente o envelhecimento representa mudanças biológicas, sociais e psicológicas. Estas estão ligadas a questões relacionadas com a proximidade da morte, a necessidade de manter e/ou reinventar um papel social, enfrentando dificuldades como culpa, arrependimento e medos, assim como ajuda a diminuir alguns preconceitos, desmistificando a idade de que os idosos são pouco criativos (Coutinho, 2008).

A arteterapia surgiu como opção terapêutica em 1930, quando psiquiatras se interessaram pelos trabalhos desenvolvidos por alguns pacientes nomeadamente com esquizofrénicos, procurando relação entre as produções artísticas e a sua patologia (Carvalho, 2001).

Assim sendo, a arteterapia é um processo terapêutico em que se recorre a diversos recursos expressivos com o objetivo de auxiliar os indivíduos a contatar com conteúdos inconscientes, procurando assim facilitar o desenvolvimento da personalidade num todo (Ormezzano & Arruda, 2005).

A arteterapia define-se pelo tratamento do desenvolvimento pessoal integrando mediadores artísticos (Carvalho, 2001). Existe assim uma relação terapêutica assente na interação entre sujeito (criador), terapeuta (recetor) e objeto de arte (criação) (Carvalho, 2001).

A terapia pela arte é um tratamento psicoterapêutico que usa como técnica a expressão/criação artística através da expressão musical ou musicoterapia, da expressão dramática ou dramaterapia, da expressão da dança ou dançoterapia ou através da expressão plástica (Sousa, 2005).

No entanto apesar de existirem várias formas de arteterapia, quando nos referimos a ela pensamos sempre na expressão plástica, ou seja, pintura, desenho, gravura, modelagem, máscaras e marionetas. Estas têm como objetivo a representação visual do domínio figurativo a partir da transformação da matéria (Pain & Jurreau, 2001).

A palavra arte deixou de ter a conotação da beleza ideal e já não está ao serviço da religião ou da exaltação da natureza, mas esta conotação só passou a existir depois do pós-guerra (Pain et al, 2001).

A arteterapia pretende valorizar a singularidade do sujeito sem perder de vista o coletivo, neste caso utiliza-se a arte, como forma de expressão de comunicação e síntese da experiência pessoal da pessoa, integrando aspetos afetivos e cognitivos de saúde e doença, sendo esta importante para a compreensão do ser humano (Valladares, 2006 cit por Lopes, 2011). A mesma permite também a aquisição de habilidades que muitas vezes não existiam (Carvalho, 2001).

É através da arteterapia que o idoso tem uma melhor aceitação de si e da sua realidade, isto porque esta terapia vai facilitar através da produção plástica a abertura de canais de comunicação (Rigo, 2007).

A arteterapia recorre a várias técnicas criativas e terapêuticas pois permite o desenvolvimento individual, da personalidade, bem como das relações sociais. O sentimento e a vivência do apoio que são facilitados no grupo arteterapêutico assumem também uma dimensão simbólica de solidariedade e cooperação, sendo por isso uma mais-valia no trabalho com idosos institucionalizados (Urrutigaray, 2008 cit por Lopes, 2011).

A modalidade expressiva tem propriedades inerentes e específicas, cabendo ao arteterapeuta adequá-las aos seus pacientes, e respetivos quadros clínicos. Durante todo o processo podem-se adotar várias atividades, ou apenas uma, que será intensificada à

medida que o paciente vai explorando mais facilmente as suas possibilidades expressivas (Valladares, 2003 cit por Lopes, 2011).

As modalidades mais utilizadas no processo arteterapeutico são:

- O desenho;
- A pintura;
- A colagem e recorte;
- A modelagem, a construção;
- A dramatização.

O desenho porque objetiva a forma, a precisão, o desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação visuo-motora espacial, possuindo uma função ordenadora, uma vez que está relacionado com o movimento e reconhecimento do objeto (Valladares, 2003 cit por Lopes, 2011).

A pintura é importante devido à fluidez da tinta, pois esta exerce uma função libertadora, proporcionando o movimento de soltura, de expansão, trabalhando o relaxamento dos mecanismos defensivos de controlo, e evocando os sentimentos, as emoções e sensações, a sensibilidade, o gesto e a intuição (Valladares, 2003 cit por Lopes, 2011). A pintura é importante porque parte da necessidade de deixar uma marca, de apropriar-se de um objeto, a arte é o reflexo da época e das suas preocupações (Pain et al, 1996).

A colagem e o recorte por sua vez favorecem a organização de estruturas pela junção e articulação de formas prontas e a organização espacial simbólica (Valladares, 2003 cit por Lopes, 2011). A colagem é uma terapia que se encontra em institucionalizações, porque através destas há mais facilidade em manipular imagens e estimular os pacientes na criação de modelagens (Pain et al, 1996).

A modelagem trabalha o toque e a organização tridimensional, dando a possibilidade de se colorirem as peças após a sua secagem (Valladares, 2003 cit por Lopes, 2011). A modelagem convém ser utilizada através da argila, pois ela está ligada ao nosso universo quotidiano, ela é símbolo do nascimento, de vida e de morte e por isso através dela consegue-se projetar muito mais espontaneamente que em qualquer outro material moldável, a argila é o suporte dos nossos afetos (Pain et al, 1996).

Por sua vez a construção permite edificar, estruturar, organizar e elaborar alcançando níveis mais elaborados que as atividades bidimensionais (Valladares, 2003 cit por Lopes, 2011).

E por último a dramatização pois permite a experiência de novos papéis, trabalhando na criação de personagens, figuras, histórias, onde o paciente permite dizer algo que não diria por si só, isto devido às comunicações simbólicas (Valladares, 2003 cit por Lopes, 2011).

Assim sendo, a arteterapia tem como objetivo curar, ou aliviar o sofrimento do paciente. Esta facilita também a motivação pessoal, o auto-respeito e aumenta a autonomia. No entanto quem nela participa enfrenta limites, supera dificuldades e aprende a adaptar-se ao material que usa, aceitando as suas falhas treinando assim para a promoção de autonomia (Sousa, 2005).

Após ser abordado todos os conceitos importantes para o desenvolvimento deste relatório, vai ser descrito no próximo capítulo toda a metodologia utilizada para a realização do processo de estágio.

Capítulo 4 – Metodologia

A metodologia tem como função mostrar qual o caminho a seguir no processo de pesquisa e de intervenção. Quando se escolhe um tipo de metodologia significa que se está a escolher um percurso de pesquisa (Silva, 2005) e neste caso implica também escolher um processo de intervenção.

Segundo Vergara (2007) cit por Lopes (2011) a *“metodologia é uma disciplina normativa definida como estudo sistemático e lógico dos princípios que dirigem a pesquisa científica, desde as suposições básicas até às técnicas de verificação”*.

Os aspetos metodológicos descritos neste capítulo estão bem definidos para que os objetivos da intervenção traçados se alcancem de forma precisa e exata. Para intervir é importante conhecer e por isso a investigação é um processo sistemático e tem como objetivo dar informações para resolver um problema (intervir) ou dar resposta a questões complexas.

1. Questões e objetivos

Como já foi referido anteriormente, com este relatório de estágio pretendeu-se desenvolver ações de arteterapia (intervir) e aferir como é que esta vai influenciar no bem-estar dos idosos institucionalizados, neste caso, os idosos da ACS que participaram no estudo.

Numa primeira fase tentou-se compreender a arteterapia no contexto do envelhecimento. E numa segunda fase compreendemos, através de sessões de arteterapia, de que forma é que esta promove o bem-estar e a qualidade de vida nos idosos institucionalizados.

Tendo em conta os objetivos gerais foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Conhecer a política da instituição e as normas de funcionamento da mesma (plano de ação, normas, regras, atividades e nível de participação dos idosos) – já apresentado no capítulo 1;
- b) Compreender o processo de envelhecimento, os padrões teóricos bem como as políticas sociais e as respostas que existem para os idosos institucionalizados (Este tema já se encontra debatido no capítulo 2 deste relatório de estágio);
- c) Conhecer o perfil dos idosos e saber o que significa para os mesmos ter uma boa qualidade de vida;

- d) Planear e implementar sessões de arteterapia;
- e) Identificar os sentimentos que emergem nos idosos mediante a realização da arteterapia;
- f) Monitorizar e aferir de que modos as sessões são eficazes para a promoção de um bem-estar e de uma boa qualidade de vida, indo de encontro à descrição de qualidade de vida feita pelos idosos. (O resultado destes objetivos serão apresentados no capítulo seguinte).

2. Eixos de análise ou dimensões da análise

Para se levar a cabo as atividades de estágio e tendo em conta o enquadramento teórico assumiu-se que:

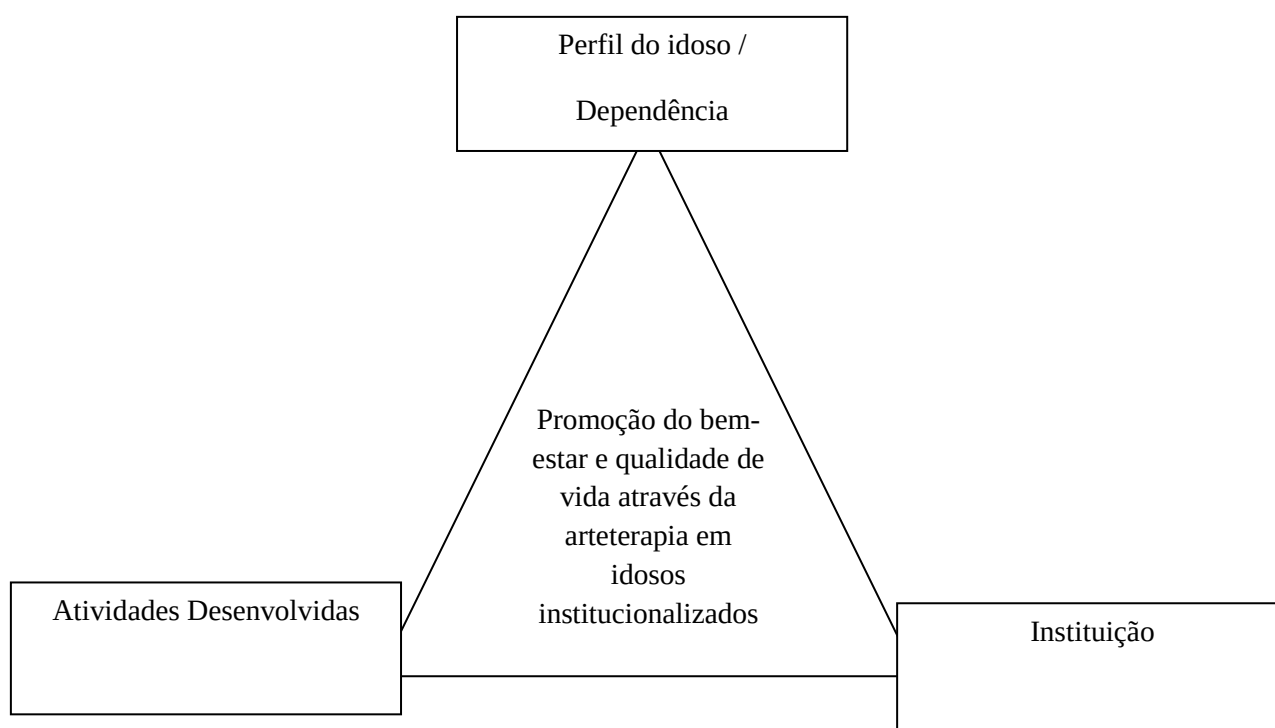


Figura 2 – Modelo de análise – eixos de análise

Através deste modelo de análise assumimos que para se promover um bem-estar e uma qualidade de vida nos idosos da ACS através das sessões da arteterapia vai depender de alguns fatores, tais como a instituição, o perfil dos idosos e as atividades desenvolvidas.

Assim o sucesso deste estágio vai depender destas dimensões, destacando-se o perfil do idoso, o grau de dependência (dependente, semi-dependente ou autónomo), das próprias

atividades desenvolvidas, pois todas as atividades têm que provocar interesse e satisfação no idoso e do envolvimento da instituição.

Nas dimensões consideradas tivemos em conta uma série de categorias que foram importantes para delimitar a análise e as atividades – Quadro 2.

Promoção da qualidade de vida através da arteterapia em idosos institucionalizados	Dimensão	Categoria
	Perfil do idoso / Dependência	Sexo, idade, estado civil, situação de saúde, escolaridade, Profissão exercida, trajetória, situação financeira.
	Instituição	Funcionamento, normas, regras, regulamento, planos de ação, equipas, recursos, missão/valores, serviço prestado.
	Atividades Desenvolvidas	Objetivo das atividades, frequência das atividades, motivação dos idosos, envolvimento dos idosos, atividades desenvolvidas, duração das atividades.

Tabela 3 – Operacionalização do modelo de análise

Em suma, para se programar as atividades tivemos em conta as seguintes dimensões:

- a) Perfil do idoso, onde se incluiu o sexo, a idade, o estado civil, a situação de saúde/dependência, escolaridade, profissão exercida, trajetória e situação financeira.
- b) Instituição, ou seja, o seu funcionamento, as normas, as regras, o regulamento, os planos de ação, as equipas, os recursos, a missão/valores e o serviço prestado.
- c) Atividades desenvolvidas, neste ponto destaca-se o objetivo das atividades, a frequência das atividades, a motivação dos idosos, o seu envolvimento, as atividades desenvolvidas e a duração das mesmas.

3. Métodos e Técnicas

3.1 Métodos

Os métodos devem estar de acordo com os diferentes fundamentos filosóficos, teóricos e metodológicos que apoiam as inquietações e as linhas orientadoras da investigação e da intervenção (Fortin, Côté & Vissandjeé, 2000). Assim o método utilizado para o desenvolvimento do estágio é de carácter interventivo, subjetivo e qualitativo, na medida em que se procuram significados.

Uma das técnicas utilizadas neste trabalho foi a dinâmica de grupo, pois é através desta que se vão intensificar os comportamentos, as crenças e as atitudes. A dinâmica de grupo foi criada por Kurt Lewin e tinha como objetivo desenvolver uma proposição geral de que o comportamento, as atitudes, as crenças e os valores do individuo se baseiam nos grupos aos quais pertence. O grupo é visto como instrumento de mudança e nesta perspetiva aparece como fonte de influência sobre os seus membros. Os esforços para mudar o comportamento podem encontrar apoio ou resistência do grupo sobre cada um dos seus membros (Lewin, 1989 cit. Por Lemos, 2010).

O tipo do estudo define-se devido ao tipo de questão de investigação e objetivos do estágio e correspondem à extensão de conhecimentos que existem sobre uma determinada área de domínio (Fortin, 2003).

Enquadrado no método qualitativo, durante o estágio realizámos dinâmicas de grupo, técnicas documentais (análise de documentos escritos), técnicas não documentais, tais como observação direta (para se verificar se há ou não evolução dos idosos ao longo das sessões) e entrevista (para saber qual a opinião dos idosos em relação a ter uma boa qualidade de vida e para saber a opinião das funcionárias em relação à evolução dos idosos, isto supondo que há uma evolução da qualidade de vida dos idosos), assim como muitas conversas informais. Efetuámos igualmente um diário de estágio que permitiu sistematizar, sob o ponto de vista da estagiária, todo o processo de estágio. Concomitantemente também foi utilizado um questionário sociodemográfico (Anexo A) de forma a caracterizar a amostra e avaliar a sua relação com as variáveis em estudo.

A recolha dos dados foi efetuada através do questionário demográfico tal como já foi referido em cima e através da observação sistemática ao longo do decorrer das sessões. Inicialmente a recolha de dados seria também feita através do questionário Whoqol, que avaliava a qualidade de vida, mas os idosos mostraram bastante resistência à sua aplicação. Tendo em conta que este facto poderia prejudicar a empatia e a ligação com a estagiária e

perturbar a participação nas sessões de arteterapia, este não foi aplicado. No entanto apesar de não terem respondido ao questionário, ao longo de todas as sessões, os idosos eram questionados informalmente com algumas das questões em estudo.

Os dados qualitativos recolhidos foram sistematizados através de análise de conteúdos e irão ser apresentados à medida que as atividades forem analisadas. Quanto aos dados quantitativos, os mesmos só dizem respeito à característica da amostra.

4. Campo de ação e de observação

A identificação da população de uma forma clara e objetiva é imprescindível, por isso é necessário que as suas características estejam bem definidas (Reis, Melo, Andrade & Calapez, 2000).

A constituição da população alvo inclui alguns dos residentes da ACS, neste caso já se encontram definidos, e são onze, sendo uma pessoa do sexo masculino e as restantes do sexo feminino.

Para a escolha das pessoas idosas a envolver nas atividades tivemos em conta alguns tópicos:

- Tinham de ter mais de 65 anos. “Entende-se por pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 65 anos” (INE, 2000);
- Tinham de estar em regime de institucionalização;
- Tinham de aceitar participar no estudo de livre vontade. Pois segundo Fortin, 2003, qualquer investigação com seres humanos levanta questões éticas, logo o consentimento do sujeito é essencial, de modo a que a sua liberdade e os seus direitos estejam protegidos.

5. População alvo

Nestas atividades participaram onze idosos residentes na ACS, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos ($M= 85,23$; $DP= 8,31$). A maioria dos participantes era do sexo feminino, tinham escolaridade superior e eram viúvos (ver quadro 3).

	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	N	%	N	%
Escolaridade				
Sem instrução primária			1	9,1%
Instrução primária			4	36,4%
Superior à instrução primária	1	9,1%	5	45,5%
Estado civil				
Casado/a				
Solteiro/a				
Viúvo/a	1	9,1%	9	81,8%
Divorciado/a			1	9,1%
Dependência				
Semi-dependente			5	45,5%
Dependente				
Autónomo	1	9,1%	5	45,5%

Tabela 4 – Caraterização da amostra

6. Questões éticas e deontológicas

A ética é o campo do conhecimento que se dedica ao estudo dos valores e virtudes do homem, propondo um conjunto de normas de conduta e de postura para que a vida em sociedade se dê de forma ordenada e justa (Mariz-Silva & Lamela, 2006).

Para cumprir as normas éticas da pesquisa e da intervenção foi feito um pedido formal de autorização para a realização do estudo. Este pedido foi feito presencialmente junto da diretora técnica da Associação Casapiana de Solidariedade. Nessa reunião foram especificados os objetivos da investigação.

Qualquer investigação tem em consideração as questões morais e éticas (Fortin, 2003).

No desenvolvimento deste estudo, houve uma preocupação de ter sempre presente o respeito pela pessoa, a garantia do anonimato e a confidencialidade, assim como a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Segundo o código deontológico (2011), para se garantir uma prática de excelência, à que ter em conta vários princípios:

- A. Respeito pela dignidade e direitos das pessoas – o profissional deve respeitar as decisões e os direitos das pessoas, desde que estes sejam enquadrados num

exercício de racionalidade e respeito pelo outro. Foi através deste princípio que se tomou a decisão de não passar o questionário.

- B. Competência – exercer a atividade de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão.
- C. Responsabilidade – o profissional deve contribuir para os bons resultados do exercício da sua atividade nas diferentes dimensões e assumir a sua responsabilidade.
- D. Integridade – prevenir e evitar os conflitos de interesse, e quando estes surgem, deve contribuir para a sua resolução, atuando sempre de acordo com as suas obrigações profissionais.
- E. Beneficência e não malficência – o profissional não deve intervir de modo a prejudicá-lo ou causar-lhe qualquer tipo de dano, quer por ações, quer por omissão.

Assim, como forma de corresponder ao tópico anterior é também importante respeitar alguns pontos importantes: consentimento informado, processo de obtenção do consentimento informado, participação voluntária, limites de autodeterminação, registo de informação, informação do cliente, privacidade dos registos, utilização posterior dos registos, limites de confidencialidade (Ex: Nunca divulgar o nome verdadeiro da pessoa a que nos estamos a referir) e cooperação institucional.

Após ser descrita toda a metodologia utilizada no desenvolvimento deste estágio, iremos então descrever todo o estágio, recorrendo ao diário de estágio ou diário de bordo.

Capítulo 5 – Arteterapia e Envelhecimento: Resultados do estágio

Neste capítulo, vão ser descritas todas as etapas do estágio, como a fundamentação das atividades, o envolvimento dos participantes nas atividades e na escolha das mesmas, a descrição de todas as atividades desenvolvidas e, por fim, será efetuada uma avaliação e descritos os resultados.

1. Fundamentação das atividades

No âmbito do estágio do Mestrado em Gerontologia Social, realizado na Associação Casapiana de Solidariedade, foi desenvolvido um programa de intervenção arteterapêutica com um grupo de idosos residentes na instituição, idosos que já foram caracterizados anteriormente.

O programa implementado surgiu da pesquisa bibliográfica sobre programas já delineados e aplicados a idosos. Neste caso também tivemos em conta o objetivo da instituição. A ACS tem como objetivo promover o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, assim sendo foram programadas as sessões de arteterapia que visavam atingir esses mesmos objetivos.

Desta forma foram selecionados os participantes, com base na observação, pois foi nesta etapa que se verificou que quase todos os idosos são dependentes e alguns apresentavam mesmo algum grau de demência. Assim, os idosos foram selecionados através de atividades de integração realizadas, nomeadamente no conhecimento da instituição e das atividades realizadas e dos profissionais responsáveis pelas mesmas.

Desta forma a estagiária verificou quem seriam os idosos capazes de desenvolver as atividades propostas e, antes de mais, quem eram os idosos que queriam participação, pois a participação é voluntária. Foi através de todos estes aspetos que se chegou à conclusão de que algumas das atividades propostas não teriam sucesso, devido às capacidades dos idosos, e de que outras não iam de encontro ao que os idosos pretendiam, ou seja, algumas das atividades não suscitavam qualquer tipo de interesse, chegando alguns dos idosos a verbalizar “*que eram atividades que as crianças faziam*”. Sendo assim as atividades propostas inicialmente que se encontram no anexo B tiveram que ser reformuladas e alteradas de forma a proporcionar o bem-estar e a qualidade de vida aos idosos.

Elaborado este processo, foi iniciada então a intervenção arteterapêutica. Esta teve a duração de três meses, com sessões de duas horas, quatro vezes por semana. As sessões

decorreram entre os meses de Janeiro e Março de 2014, de acordo com o cronograma, apresentado em anexo C.

Após este período foram analisadas todas as atividades e obtiveram-se os resultados que iremos apresentar de seguida. Como referenciado anteriormente, a elaboração desta intervenção foi baseada em programas de intervenção já existentes e planificadas para idosos, desenvolvido por vários autores. Este plano inclui várias atividades e cada uma delas tem um objetivo específico. Cada atividade desenvolvida nestas sessões será apresentada posteriormente. No entanto para que toda esta intervenção tenha sucesso é necessário que exista um bom envolvimento/participação de todo o grupo de residentes.

2. Envolvimento dos participantes e escolha das atividades

Para que este estágio tivesse o sucesso e atingisse os objetivos pretendidos foi necessário um bom envolvimento e uma boa integração dos participantes, assim como a participação da terapeuta. A participação desta era importante como forma de ganhar confiança e empatia com os idosos.

Fase de inserção e conhecimento dos idosos

Assim, no início do estágio a diretora técnica apresentou-me à educadora social, que é a técnica de animação que labora na instituição e é a pessoa que melhor conhece as capacidades dos idosos. O primeiro contato com a instituição foi no dia da festa de S. Martinho. Durante esse dia a estagiária envolveu-se na organização da festa com os idosos a fim de se integrar e de os ir conhecendo. Nesse dia estive a observar algumas atividades efetuadas pelos idosos, como a pintura, a modelagem e o teatro.

A primeira utente com que me cruzei, a **D. Diana**⁸, encontrava-se à porta da sala de convívio e perguntou logo *“o que eu estava ali a fazer”* porque *“precisava de alguém para conversar”*, pelo que me sentei ao pé dela e conversamos um pouco. Fiquei a saber que a **D. Diana** já tinha 91 anos mas ainda se encontra muito ativa. Verbalizou que gostava muito de participar nas atividades de animação. Quando a questioneei sobre o porquê de não estar na sala de convívio, referiu que não gostava muito de confusão e que lá ninguém conversava com ela, e ali estava num local onde passavam pessoas, o que lhe permitia conversar com outras pessoas.

⁸ Todos os nomes referidos neste relatório são nomes fictícios.

Quando cheguei à sala de convívio a fim de interagir com mais residentes, alguns estavam a dormir e outros encontravam-se a ver televisão. Falei então com a **D. Fátima** que me disse “*que estava ali no canto sozinha porque era reservada e não gostava de falar com ninguém*”. No entanto, esta foi a utente que mais me surpreendeu, pois apesar de ser reservada e de não falar com ninguém, todos os dias falava comigo. Mais tarde contou-me que sofria de Parkinson, mas a doença estava completamente regularizada porque não apresentava qualquer sinal da doença, apenas se verificou alguns problemas na locomoção. Inicialmente a D. Fátima não queria participar nas atividades, mas depois era a primeira residente a aguardar na sala de animação que as atividades comesçassem.

Ao observar o comportamento dos idosos verifiquei que aqueles que estão em situação de demência são aqueles que mais se tendem a isolar, talvez por se sentirem com mais dificuldades em desenvolver atividades. Os que se apresentam mais conversadores são aqueles que por norma participam nas atividades.

Nos dias seguintes, apesar de ainda me encontrar no chamado “tempo de integração”, deparei-me com idosos mais ativos que me começaram a questionar se “*não íamos fazer nada*”. Nessa altura tive a oportunidade de os questionar sobre o que gostavam de fazer. Responderam “*que gostavam de jogar jogos e de fazer trabalhos manuais, principalmente pintar desenhos*”. Uma das coisas que também observei é que as rotinas eram muito importantes para estas pessoas. Não se devem alterar os ritmos e os horários destes idosos. O que muitas das vezes acontecia é que se os fosse chamar para alguma atividade às 15h15, alguns já não queriam ir porque já estava perto da hora do lanche (16h).

Início das atividades

Após o momento de integração e de conhecer a maioria dos idosos, de saber o que gostavam, considerei que estava na altura de avançar com o início das atividades, então a educadora disse-me que o jogo que eles mais gostavam era o bingo. Assim, foi através deste jogo que os residentes foram selecionados. É de salientar que as atividades são livres e que qualquer um podia participar, desde que reunisse todas as características. Os residentes que participaram no jogo são praticamente aqueles que participaram nas atividades.

O jogo foi realizado na sala de convívio para que os idosos não tivessem que se deslocar e assim também se animava os idosos que não queriam jogar. Após se ter montado o espaço do jogo, os idosos foram convidados a participar voluntariamente, outros tiveram que

ser motivados. O **Sr. João**, por exemplo, quando o chamei não quis participar, mas depois do jogo ter começado foi perguntar se podia jogar, juntando-se assim ao resto do grupo.

Nesta atividade participaram 12 idosos, alguns deles nem sabiam os números mas quiseram jogar. Nesses casos a atenção virou-se para os que tinham mais dificuldades em jogar, como forma de os ensinar. Alguns dos residentes que participaram nesta atividade, quiseram participar no meu estudo/atividades, como é o caso da D. Diana, da D. Maria, da D. Mafalda, esta última está diagnosticada com doença de alzheimer, mas participou em todas as atividades programadas. Esta utente, na maior parte das vezes, precisou de ajuda contando com a ajuda do residente **Sr. Carlos**. Todos os restantes idosos que participaram nesta atividade não quiseram participar em mais nenhuma atividade. À exceção de três utentes que participaram nesta atividade, que também participaram nas outras mas não puderam entrar no estudo por seres utentes do CD.

Ao longo do jogo conseguimos nos aperceber que não existem muitas relações entre os residentes, nem de partilha nem de entre ajuda, pois alguns dos utentes não compreendem que existem pessoas com mais dificuldades e que precisam de mais atenção e ajuda. Este jogo apesar de não estar no plano de atividades, serviu para os observar em contexto de atividades e serviu para estimular as funções cognitivas dos idosos.

No final da atividade ficou a vontade por parte de alguns idosos de desenvolverem outro tipo de atividades e alguns deles questionaram-me logo o que iríamos fazer no dia seguinte. Nesta altura foi então explicado que tipo de atividades se pretendia desenvolver. Ao apresentar algumas das atividades, alguns disseram logo que não queriam fazer porque eram atividades para crianças e que o objetivo “*não servia para nada*”, outras atividades chegou-se à conclusão que aquele grupo não poderia desenvolver devido a algumas capacidades, desta forma foi programado outro plano de atividades.

Quanto aos restantes idosos que participaram no plano de intervenção e que não foi aqui divulgado, são utentes que estão sempre na sala de animação a desenvolver atividades por sua iniciativa ou recriação.

Seguidamente vão então ser apresentadas todas as atividades que foram programadas e desenvolvidas pelo grupo de residentes da ACS, **a D. Maria, a D. Carolina, a D. Diana, a D. Mafalda, a D. Ana, o Sr. Carlos, a D. Francisca, a D. Luísa, a D. Graça, a D. Helena e a D. Fátima**, neste grupo existem duas residentes que só depois de verem o grupo ir para a sala de animação manifestaram interesse em participar, pois no jogo do bingo não quiseram participar.

3. Atividades desenvolvidas

a) Atividade do desenho

Atividade 1	Objetivo	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Desenhar o que mais gostava de fazer quando era jovem (Gonçalves et al, 2008)	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da orientação temporal e espacial, promoção da valorização pessoal e autoestima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade, promoção da reflexão e expressão das emoções.	- Envolvimento dos idosos na atividade; -Preparação da sala de atividades com todos os materiais necessários; -Acomodar os idosos no lugar; -Explicação da atividade; -Desenvolvimento da atividade; -Fazer a exposição da atividade; -Arrumação de todo o material.	7 Idosos, 6 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Idades compreendidas entre os 84 e os 94 anos.	2 Dias numa semana.

Durante o estágio foram realizadas diversas atividades. Nesta atividade era pedido ao grupo que ilustrasse através de um desenho, um momento ou um objeto que tivessem gostado quando eram mais novos. O objetivo desta atividade era desenvolver a atenção, a concentração, a coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da orientação temporal e espacial, promoção da valorização pessoal e autoestima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade, promoção da reflexão e expressão das emoções.

Nesta atividade nem todos os idosos quiseram participar, apenas 7 idosos participaram na atividade, os restantes recusaram. No entanto mesmo com os 7 não foi fácil desenvolver a atividade pois alguns começaram logo a verbalizar “*não sei desenhar*”, “*não tenho força na mão para desenhar*”, no entanto, assim que comecei a perguntar se não havia nada que gostassem de fazer quando eram mais novos começaram a falar e a esboçar sorrisos, começando todos a falar quase ao mesmo tempo.

Assim foi necessário definir uma estratégia de ação que implicou concentrar-me mais nos idosos no sentido de acompanhar o desenho que iriam realizar. Assim perguntei então à **D. Diana** o que ela mais gostava de fazer, e ela disse que era ir ao futebol com o marido, diz que chegou a viajar até à Alemanha e até à França só para ver jogos de futebol, então com a minha ajuda desenhou um campo de futebol, alegando que era o campo do Belenenses.

A **D. Maria** pediu ajuda para desenhar um piano de cauda, porque o sonho dela era aprender a tocar piano, diz que os pais ainda a colocaram nas aulas, mas a professora não a ensinou e os pais acabaram por a retirar das aulas.

A **D. Carolina** apesar das dificuldades motoras que tem fez questão de ser ela a desenhar, o que mostra uma grande dedicação, vontade e empenho. **D. Carolina** desenhou um piano normal colocando um banquinho ao pé do piano e tudo, a idosa alega que toda a vida dela foi ligada à música. No decorrer de toda a atividade, **D. Carolina** demonstrou que apesar das dificuldades que tem faz tudo na perfeição, utilizando a régua para desenhar o piano, no entanto, a idosa sofre de muita baixa autoestima, pois apesar de ter concluído tudo com sucesso dizia que o desenho não estava bonito.

D. Mafalda, devido à demência de alzheimer, é uma pessoa bastante inconstante. No entanto quando havia atividades ela queria sempre participar. Existiam alguns momentos em que se encontrava mais recetiva e outros em que se encontrava completamente ausente, mas quando ela está nesses dias, alega que não se sente bem. Apesar de estar muito tempo a pensar e de não querer desenhar porque “*já não consigo*”, eu sentei-me ao lado dela e fui-lhe perguntando o que ela mais gostava de fazer quando era nova. *Disse-me então que os pais trabalhavam numa quinta com animais e ela era responsável por lavar a louça e por tratar das roupas, mas o que ela mais gostava de fazer era estender, passar e arranjar a roupa.* Como **D. Mafalda** não quis desenhar, desenhei-lhe então algumas peças de roupa e alguns cabides, depois foi **D. Mafalda** que quis decorar o desenho, pintando-o de azul, pois diz que no campo “o céu estava sempre azul”.

A **D. Ana** apesar de ter fraturado um braço e de ainda não o mobilizar muito bem, também foi ela a desenhar o seu desenho, pois quando era mais nova o que mais gostava de fazer era pintar e desenhar paisagens. É de salientar que **D. Ana** foi professora primária. Desenhou então uma laranjeira pois o que mais se lembra é de uma laranjeira que tinha no quintal da sua casa.

O **Sr. Carlos** desenhou um menino pendurado num ramo de uma árvore e disse que quando era jovem adorava andar pendurado nas árvores. O **Sr. Carlos** foi professor de artes e ainda hoje pinta quadros e como tal o desenho foi todo elaborado por ele. Já a **D. Graça** fez o seu desenho com a irmã, desenhou então uma laranja por ser o seu fruto preferido. **D. Graça** encontra-se muito debilitada pois está na ACS à muito pouco tempo, logo encontra-se na fase de adaptação.

No fim foi efetuada a avaliação da atividade. No geral todos “*gostaram da atividade*”, alguns alegaram que “*pensavam que não sabia desenhar*”, “*não tinham paciência para desenhar*”. O objetivo foi todo ele cumprido e depois de todos terem terminado o trabalho ainda estivemos a conversar e a recordar o passado.

D. Diana disse mesmo que “*assim é que eu ando bem, estou sempre entretida e o tempo passa mais rápido*”. **D. Maria** disse que assim “*conheço melhor o passado dos meus colegas*”. Quanto à educadora a avaliação foi muito positiva porque geralmente os residentes recusam sempre fazer trabalhos de desenho e neste fizeram-no com toda a dedicação e empenho. Reconhecendo o mérito de cada um, disse que estava tudo muito bem desenhado (Diário de Bordo).

b) Atividade de um quadro

Atividade 2	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Elaboração do quadro/ calendário do advento	Organização espacial e simbólica através do recorte e da colagem, estimulação da perceção visual, orientação temporal, estimulação da memória, valorização da autonomia, movimentos finos e criatividade.	- Envolvimento dos idosos na atividade; - Preparação dos materiais; - Explicação da atividade; - Desenvolvimento da atividade; - Exposição da atividade; - Arrumação dos materiais.	4 Idosos, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 84 e os 92 anos.	2 Vezes durante o estágio.

Com a aproximação do Natal foram planeadas algumas atividades alusivas à quadra natalícia. Nesse âmbito, a atividade não era só para estimular os idosos de que se aproxima uma época festiva mas também para recordarem o Natal.

Assim nesta atividade foi solicitado que se construísse o calendário do advento, onde os idosos teriam de pintar os números que correspondam a cada dia do mês de Dezembro e a cada número teriam que atribuir um pensamento, para que no dia correspondente o número fosse aberto e o seu pensamento fosse lido.

No entanto apesar de a atividade permitir várias estimulações, só participaram 4 idosos. A explicação pode ser dada pelo facto de o Natal se estar a aproximar. Desde o início do mês de Dezembro que se observa que os idosos estão menos participativos, estão mais pensativos e estão mais isolados nos quartos. Alguns deles quando se fala no Natal ficam tristes e dizem que “*O Natal já não é a mesma coisa*”. No entanto de forma a envolver os utentes nesta atividade, a mesma foi desenvolvida na sala de convívio onde existem mais pessoas. Assim sendo as mesas foram preparadas e os residentes tinham à sua disposição os números, as canetas para pintar e as tesouras para recortar.

Inicialmente foi explicada a atividade para os utentes saberem qual era o fundamento da mesma. **D. Maria** disse que não lhe apetecia pintar, mas acabou por pintar afirmando: “*assim estou ocupada*”. **D. Diana** não colocou nenhuma observação e começou a pintar. **D. Helena** começou a pintar normalmente mas quase no fim da atividade disse “*já me sinto cansada*”. **D. Mafalda** foi a que teve mais dificuldades devido à sua demência no entanto concluiu a tarefa, nota-se uma insegurança muito grande nesta residente pois estava sempre a perguntar se “*está bem?*”. **D. Maria** mostrou mais uma vez que não quer estar parada, diz mesmo que “*(...) ao menos isto faz-me bem*”. Começou a estimular a mão esquerda (que não mexe devido a um AVC) agarrando no papel. **D. Helena** é a residente mais reservada e que não fala muito, estando sempre muito concentrada no que estava a fazer. **D. Diana**, tal como já tem sido hábito, é a utente que mais se dedica às atividades. **D. Diana** tem medo de parar logo faz tudo o que está ao seu alcance para não estar parada. No fim da atividade ninguém quis recortar os números e foi **D. Diana** que os recortou a todos, estas atividades foi o melhor que aconteceu a esta residente “*estar parada é estar a morrer e eu não quero morrer*” (Diário de Bordo).

O objetivo desta atividade foi cumprido, apesar da pouca participação dos residentes. No entanto, durante todos os dias do mês de Dezembro um residente abria o número correspondente ao dia em que nos encontrávamos e lia o pensamento.

c) Atividade de Dramatização

Atividade 3	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Dramatização (Valladares et al, 2008)	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da orientação temporal e espacial, da valorização pessoal e autoestima, do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade, promoção da reflexão e expressão das emoções.	- Envolvimento dos idosos na atividade; - Preparação do guarda-roupa; - Explicação da atividade; - Distribuição das personagens; - Desenvolvimento da atividade; - Apresentação do teatro; - Arrumação de todos os materiais.	11 Idosos, 10 do sexo feminino e 1 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos.	5 Vezes durante o estágio.

Dada a aproximação do Natal, tinha de ser organizada a festa de Natal da instituição. Assim foi proposto aos residentes que fizessem um teatro que retratasse o nascimento do menino Jesus e a chegada dos reis magos ao menino.

A maioria dos residentes disse logo que não queria representar porque não gostavam de se mascarar nem conseguiam decorar as falas, no entanto conseguiu-se organizar a peça definindo personagens. A **D. Luísa** quis ficar com o papel de Gaspar (um dos reis magos). A **D. Ana** foi Nossa Senhora e a **D. Mafalda** foi um anjo. No entanto durante os ensaios mostrou-se bastante alegre e no dia da apresentação dizia sentir-se muito cansada. O resto dos residentes quiseram ser os pastores e cantar os cânticos ao menino Jesus. Os ensaios correram na normalidade, estando todos prontos na sala de atividades nos dias em que se realizavam os ensaios.

No dia da festa de Natal foi então apresentada esta peça de teatro e todo o grupo se encontrava bastante feliz e ansioso. Neste dia todos eles se encontravam com uma elevada autoestima e sentiam-se orgulhosos por irem participar na festa de Natal e irem representar para os familiares.

As pessoas idosas manifestam a sua satisfação pelos elogios recebidos, e nesse dia receberam muitos, pela dramatização feita. O envolvimento dos residentes nesta atividade foi muito positiva, pois todos eles conversavam muito, mesmo os mais reservados, o que se revelou uma relação interpessoal entre todo o grupo.

d) Atividade do recorte e da colagem

Atividade 4	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Elaboração de um calendário de parede (Camara et al, 2009)	Organização espacial simbólica (através do recorte e da colagem), estimulação da percepção visual, orientação temporal, estimulação da memória, promoção da valorização pessoal e autoestima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.	- Envolvimento dos idosos na atividade; - Preparação da sala com todos os materiais necessários; -Acomodar os idosos nos lugares; -Explicação da atividade; - Desenvolvimento da atividade; -Exposição da atividade na sala de convívio; - Arrumação do material.	6 Idosos, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 80 e os 92 anos de idade.	3 Vezes durante o estágio.

Nesta atividade propôs-se ao grupo que elaborasse um calendário dinâmico em cartolina, para afixar na sala de convívio, de modo a que todos os idosos pudessem ver diariamente o dia da semana, o dia do mês e o mês em que se encontravam.

Apesar de ser um tema e uma atividade que despertou o interesse de todos, nem todos quiseram participar. Esta atividade tinha como objetivo estimular a organização espacial e simbólica (através do corte e da colagem), estimulação da percepção visual, orientação temporal, estimulação da memória, promoção da valorização pessoal e autoestima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

D. Diana esteve a recortar os números e a base para o calendário, porque é a única pessoa que consegue recortar. **D. Maria** esteve a ajudar a fazer o calendário, fazendo

algumas colagens. **D. Ana** esteve a pintar os números pois é o que mais gosta de fazer, no entanto quis fazer ela própria as suas colagens. **D. Graça** encontrava-se muito agitada e apesar de não querer participar ia dando as folhas para recortar às colegas. A **D. Fátima** não quis participar na atividade, talvez por ainda não se sentir muito confortável e integrada no grupo, tal como referi inicialmente **D. Fátima** é uma pessoa bastante reservada. Contudo foi sempre ajudando na construção do calendário respondendo às questões que lhe eram colocadas. **D. Carolina** esteve a fazer o que era necessário, ou seja, não escolheu o que queria fazer, fez o que havia para fazer, ou seja, pintou, recortou e colou. **D. Carolina** mostrou assim uma grande vontade de evoluir pois diz que “*se for fazendo estas coisas, sinto-me melhor*”, “*sinto que ainda sou útil*”. Apesar de tudo **D. Carolina** tem dificuldades em manusear os materiais, o que acredito que com o evoluir das atividades esse problema vai deixar de existir (Diário de Bordo).

No fim da atividade o calendário foi afixado na sala de convívio, ficando os idosos responsáveis por irem alterando o calendário. A atividade foi concluída com sucesso, ficando os idosos que participaram orgulhosos pelo trabalho realizado. A senhora **D. Carolina** quando a filha chegou foi-lhe logo dizer o que tinha feito.

Apesar de ainda não se considerar ser oportuno avaliar a atividade podemos supor que já se nota alguma relação entre os utentes e alguns deles já começaram a verbalizar “*(...)estas atividades é que fazem falta*”, “*sinto-me melhor*”. A senhora **D. Maria** diz mesmo que “*antes dormia toda a tarde, agora estou sempre à espera que chegues*”. Mais uma vez o objetivo foi cumprido, no entanto os residentes mais autónomos continuam a não querer participar porque estão a desenvolver as atividades de que gostam, como costura, restauro e pintura, dizem que para eles isso é que é estar bem e que é ter uma boa qualidade de vida, ou seja, sentem-se felizes (Diário de bordo).

e) Atividade de elaboração de puzzles

Atividade 5	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Elaboração de Puzzles com animais (Gonçalves et al, 2008)	Organização espacial simbólica (através do recorte, colagem e montagem dos puzzles), estimulação da percepção visual, orientação temporal e estimulação da memória (Técnica da	-Envolvimento dos idosos na atividade; -Preparação da sala com todos os materiais necessários; -Acomodar os idosos	5 Idosos, 1 do sexo masculino e 4 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 84 e os	1 Vez durante o estágio.

	reminiscência), promoção da valorização pessoal, autoestima e autonomia, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.	nos lugares; -Explicação da atividade; -Escolha dos animais; -Desenvolvimento da atividade; -Exposição da atividade; -Arrumação do material.	94 anos.	
--	---	--	----------	--

Nesta atividade pediu-se ao grupo que se elaborasse puzzles com fotos de animais. Assim foram utilizados diversos materiais, como cartolinas, imagens de animais, tesoura e cola. Assim que os animais fossem escolhidos e decorados, eram colados nas cartolinas e recortados em 6 ou 8 pedaços, criando puzzles, que deveriam ser montados pelo grupo.

D. Maria escolheu um pato, porque diz que ela própria é uma pata devido à maneira como anda e se desloca. A decoração do pato correu na normalidade, **D. Maria** esteve sempre concentrada, o que é raro, e ainda fez umas pintas no pato dizendo que “*eram salpicos da água*” (Diário de bordo).

D. Diana escolheu o cão. Quando a questioneei sobre o porquê de ter escolhido o cão e não outro animal, disse que “*é o mais engraçado e o mais bonito*”, mas no decorrer da atividade disse que quando estava em África com o marido teve dois cães, a Laica e o Rex, disse que eram dois pastores alemães e que eram “*muito idênticos ao da imagem*”, posteriormente referiu que sentia muito a falta do marido, estando durante um bocado a contar a história da sua vida (Diário de bordo).

D. Carolina escolheu o gato, dizendo que era “*o mais fofinho*” e que sempre gostou de gatos mas nunca teve nenhum. No decorrer da atividade perguntou-me se podia deixar o gato com algumas partes em branco para ele ser matizado. Desde a última atividade que se notou uma grande diferença na resolução de atividade, pois encontra-se mais concentrada e pinta com mais precisão. **D. Carolina** no início pintava fazendo riscos e agora já pinta seguidamente, nota-se uma destreza muito maior desde o início das atividades (Diário de bordo).

D. Graça escolheu um conjunto de borboletas porque disse que eram bonitas. É de salientar que tal como já foi dito anteriormente **D. Graça** sofre de alzheimer. Ao pintar as borboletas pintou-as sempre com risquinhos e disse que era “*original*”, apesar de demorar mais tempo que os outros residentes a terminar a atividade, fez tudo até ao fim. O **Sr. Carlos** escolheu o elefante por ser um animal forte, tal como já era de esperar o desenho foi concluído na normalidade parecendo mesmo um elefante que iria sair do papel. Apesar do **Sr. Carlos** ainda ser um artista gosta de participar nestas atividades, devido ao objetivo que elas têm (Diário de bordo).

No final da atividade referi que no dia seguinte iríamos então colar os desenhos na cartolina e recortar os puzzles, ao qual me responderam que “*assim os desenhos não vão ficar expostos e ninguém os podia ver*”. Face ao exposto verifiquei que para todos eles a valorização pessoal e a autoestima são muito importantes, sobretudo pelo facto de serem reconhecidos pelo trabalho desenvolvido. Nesse sentido surgiu então a ideia de se construir na cartolina uma quinta que tivesse como tema: Os nossos animais. E assim foram, fez-se a quinta na cartolina e aplicou-se o cartaz no placar da sala de convívio para que todas as pessoas o pudessem ver.

A avaliação desta atividade, tal como de todas as outras, foi positiva e os residentes chegaram mesmo a dizer que “*foi o recordar dos nossos animais*”. A educadora foi mais uma vez surpreendida por verificar o tipo de trabalhos que fizeram, porque eles dizem sempre que só querem pintar, tudo o que é mais elaborado já não querem fazer. Como tal o objetivo da atividade foi mais uma vez cumprido.

f) Atividade do recorte

Atividade 6	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Recorte de Revistas (Rigo, 2007)	Organização espacial simbólica (através do recorte e da colagem), estimulação da percepção visual, promoção da valorização pessoal, autoestima e autonomia, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal,	-Envolvimento dos idosos na atividade; -Preparação da sala com todos os materiais necessários; -Acomodar os idosos nos lugares; -Explicação da atividade; -Distribuição das	6 Idosos, todos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 80 e os 92 anos.	1 Vez durante o estágio.

	estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade e capacidade crítica.	revistas; -Desenvolvimento da atividade; -Exposição da atividade; -Arrumação do material.		
--	--	--	--	--

Nesta atividade pretendia-se que através de diversas revistas entregues, cada um dos residentes escolhesse seis imagens, três imagens de coisas que gostassem e outras três de coisas que não gostassem. Depois teriam que recortar as imagens e colá-las numa folha em branco.

Assim sendo as revistas foram distribuídas para que cada residente as pudesse escolher. A **D. Luísa** não quis participar na atividade pois disse logo que não queria desenvolver a atividade, disse que ia para o quarto. Pode-se inferir que o motivo de a utente nunca querer participar nas atividades, apesar de ser uma pessoa autónoma, deve-se ao facto de não gostar de se juntar às residentes mais dependentes, discriminando-as por isso. **D. Luísa** gosta de desenvolver as atividades, sendo que o que mais gosta de fazer é o restauro.

D. Fátima escolheu algumas imagens de que gostava. Escolheu então três imagens de telemóveis porque diz que é sinal que a tecnologia está a aumentar e que os telemóveis são a única maneira de ela falar com o resto do mundo. Considera que é através do telemóvel que fala com a filha. **D. Fátima**, como já tinha sido referido, não gostava muito de participar nas atividades, mas apesar de ter participado ainda ajudou os residentes com mais dificuldades.

D. Diana também só escolheu imagens de que gostava, alegando que não existia nenhuma imagem de que não gostasse. Em vez de escolher apenas 3 imagens, escolheu 4, sendo que 2 eram iguais porque segundo ela “*ficava melhor assim*”. Escolheu então um prato com talheres, dizendo que gostava muito de comer, 2 telemóveis pois diz que é o símbolo de que as pessoas têm que se atualizar e 1 perfume porque diz que gosta muito de perfumes e que não “*(...) saiu do quarto de manhã sem por perfume*” (Diário de bordo).

D. Maria, tal como as anteriores residentes, também só escolheram imagens de que gostavam referindo que “*não quero imagens negativas*”. Assim escolheu 4 imagens - a imagem de um casal a dar um beijo, dizendo que era uma manifestação de carinho, e a

imagem de Nelson Mandela dizendo que era um grande homem. Depois colocou também a imagem de um vaso com flores porque diz gostar muito de flores e por fim escolheu um bolo de aniversário, porque era para se festejar o amor que temos uns pelos outros (Diário de bordo).

D. Mafalda apesar de não estar bem-disposta, teve a desfolhar as revistas e apesar de algumas dificuldades foi escolhendo apenas o que gostava, escolhendo a imagem de 2 casais, um deles era um casal de noivos referindo que os casais estavam felizes e que gostava muito de casamentos. Escolheu também uma paisagem porque era muito bonita e tinha o mar. **D. Graça** só fez a sua escolha através da ajuda das outras residentes. Escolheu então só imagens de bolos porque gosta muito de comer.

Nesta atividade verificou-se que já existe alguma união entre aquele grupo de residentes, pois não saíram da sala enquanto todos não acabaram o trabalho. Verificou-se também um interajuda pois se, algum não conseguia cortar, outra pessoa que conseguisse fazia o recorte.

Esta atividade foi aquela que mais uniu os residentes participantes, pois observei muita interajuda entre o grupo. Quanto ao facto de todas as residentes terem escolhido “*só coisas boas*”, isto é, positivas para si, deve-se ao fato dos mesmos não quererem recordar as coisas menos boas, e mais negativas para si. Pois questionados sobre o porquê de não terem escolhido as imagens que não gostavam, começaram a falar de outras coisas.

g) Atividade da Pintura

Atividade 6	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Pintura (Aguiar & Macri, 2010)	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação, viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da valorização pessoal e autoestima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.	-Envolvimento dos idosos na atividade; -Preparação da sala de atividades com todos os materiais necessários; -Acomodar os idosos nos lugares; -Explicação da atividade; -Desenvolvimento da atividade;	11 Idosos, 1 do sexo masculino e 10 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos.	9 Vezes durante o estágio.

		-Exposição da atividade; -Arrumação de todo o material.		
--	--	--	--	--

Nesta atividade era pedido a cada um dos residentes que pintassem flores a gosto. Cada flor iria representar cada utente da associação. No centro da flor seria colocada a fotografia de cada residente e nas pétalas seria colocado a data de aniversário. Esta atividade teve como tema: O jardim dos aniversários. Depois de concluído o painel, este seria colocado na sala de convívio para que todos soubessem quando fazem anos. Apesar de ter sido um trabalho muito duradouro e trabalhoso, o objetivo foi cumprido e foram várias as pessoas que participaram. O grupo esteve todo reunido novamente, talvez porque este trabalho envolvia a apresentação do trabalho às famílias. Também na atividade da dramatização, o grupo se juntou todo.

D. Diana e **D. Maria** tiveram um grande desempenho na atividade pintando e cortando as flores necessárias, visto que há residentes que não conseguiam desenvolver esta atividade devido ao grau de dependência. **D. Carolina** inicialmente estava um pouco reticente devido à qualidade das flores produzidas, manifestando que “*flores não estão bem-feitas*”.

Neste dia **D. Carolina** encontrava-se com um baixo nível de concentração e ao mínimo barulho distraía-se, mas mesmo assim completou a atividade com sucesso. O **Sr. Carlos** apesar de já ter chegado a meio da atividade, pintou várias flores de diversas formas tal como era pedido. Para os outros residentes **Sr. Carlos** é um professor, então alguns dos residentes gostam de imitar as suas pinturas. **D. Ana** apesar das dificuldades que tem em manusear a mão, pintou mais do que uma flor e nota-se um aumento da precisão nas atividades que faz. **D. Fátima**, **D. Luísa** e **D. Francisca** estiveram a recortar as flores porque as outras residentes não conseguiam desenvolver essa parte da atividade. **D. Mafalda** fez questão de pintar e de recortar a sua flor, mas devido às suas dificuldades só conseguiu pintar uma, mas a única que fez desenvolveu-a com sucesso. **D. Graça**, tal como **D. Mafalda**, só conseguiu pintar a sua flor, no entanto queria sempre estar presente enquanto a atividade decorria. Tal como já foi referido anteriormente esta atividade foi bastante trabalhosa e as três idosas do Centro de dia também quiseram participar e ajudar no desenvolvimento do jardim.

Por fim o trabalho foi concluído com sucesso e foi apresentado na festa de carnaval, deixando familiares e amigos surpreendidos com o resultado final. Para os utentes que participaram estes sentiram-se orgulhosos, verbalizando “*este tipo de trabalhos é que me faz viver*”, **D. Carolina** dizia à filha “*Estás a ver já pinto muito melhor*”. Devido ao entusiasmo de todo o grupo, no fim, como ainda tinham sobrado flores, alguns residentes optaram por ficar com elas e guarda-las para recordação (Diário de bordo).

4. Outras atividades realizadas

Como já foi referido anteriormente, não foi possível realizar todas as atividades e algumas delas tiveram que ser substituídas por outras para ir ao encontro do que para os idosos é ter bem-estar e qualidade de vida, assim sendo de seguida serão apresentadas as restantes atividades que foram efetuadas.

a) Atividade de decoração

Atividade 7	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Decoração da instituição para a festa de Natal	Organização espacial, estimulação da perceção visual, orientação temporal, estimulação da memória, valorização da autonomia, movimentos finos e criatividade.	-Envolvimento dos idosos; -Preparação da decoração; -Distribuição de tarefas; -Desenvolvimento da atividade; -Resultado final.	4 Idosos, 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.	2 Vezes durante o estágio.

Como estávamos perto do Natal e a festa de Natal se estava a aproximar, a instituição tinha que ser decorada. Assim era necessário que todos os residentes participassem na decoração, pois a ACS é a casa de todos eles. A decoração do Natal constitui uma forma dos residentes se sentirem na própria casa, no entanto só 4 residentes quiseram participar. Os que não quiseram participar ficar a ver o que se estava a fazer.

O **Sr. Carlos** esteve a fazer o presépio da entrada. A **D. Francisca** esteve a confeccionar toalhas de Natal para se colocar nas mesas, a **D. Luísa** esteve a enfeitar a porta dos quartos e a **D. Maria** quis apenas andar connosco, pois diz que assim fazia ginástica.

Pelo que se conseguiu verificar, para os idosos o Natal é uma época triste e depressiva, talvez por sentirem a falta de alguns familiares, visto que alguns dos idosos não vão a casa. Por isso talvez tudo o que sejam atividades ligadas ao Natal quase ninguém queira participar, apesar de terem dito que era algo que gostavam de fazer.

b) Atividade do jogo

Atividade 8	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Jogo do Bingo	Estimulação da memória, da concentração, da motricidade fina, promoção da relação interpessoal, comunicação, autonomia e autoestima.	-Envolvimento dos idosos; -Preparação da sala; -Acomodação de todos os idosos; -Distribuição das peças do jogo; -Explicação do jogo; -Jogo; -Arrumação da sala.	11 Idosos, 1 do sexo masculino e 10 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos.	8 Vezes durante o estágio.

Apesar de esta atividade não estar ligada à arteterapia, foi importante que a mesma fosse desenvolvida, pois este jogo era pedido frequentemente pelos idosos. Esta atividade surgiu também como uma forma de integração e de interação com os idosos. Este jogo tal como qualquer outra atividade também teve um objetivo: a estimulação da memória, da concentração, da motricidade fina, promoção da relação interpessoal, comunicação, autonomia e autoestima.

Depois da acomodação de todos os idosos e distribuídas as peças de jogo e da explicação do jogo, deu-se início ao mesmo. Alguns dos idosos foram voluntariamente, outros tiveram que ser motivados. Mesmo os idosos que não sabiam jogar quiseram participar na atividade. A idosa que teve mais dificuldade foi a **D. Mafalda** pois estava um bocadinho desorientada, no entanto quando eram mencionados os números, ela conseguia identifica-los tendo apenas dificuldade em ligar os números. Ao longo do jogo conseguiu-se perceber que não existe muita relação entre os idosos, nem mesmo de interajuda.

D. Carolina tem algumas dificuldades de audição, no entanto quis participar e obteve um bom desempenho, apesar de não ter conseguido identificar alguns números. Já **D. Helena** ao início não quis jogar mas passado um bocado chamou-me para saber se ainda

podia jogar. O jogo do bingo apesar de não estar enquadrado nas atividades surgiu para identificar o desempenho dos idosos.

c) Atividade de recordação

Atividade 9	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Guia turístico de Lisboa	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora, organização espacial simbólica, promoção da orientação temporal, reflexão e expressão das emoções, valorização pessoal, autoestima e autonomia, relacionamento e comunicação interpessoal, movimentos finos e criatividade.	-Envolvimento dos idosos; -Preparação dos materiais necessários; -Acomodação dos idosos; -Explicação da atividade; -Escolha dos monumentos importantes; -Desenvolvimento da atividade; -Exposição da atividade; -Arrumação dos materiais.	5 Idosos, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 84 e os 92 anos.	2 Vezes durante o estágio.

Nesta atividade foi pedido aos idosos que escolhessem os monumentos que para eles eram os mais emblemáticos da zona de Lisboa, para que fosse realizado um guia turístico. Esta atividade tinha como objetivo o desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora, organização espacial-simbólica, promoção da orientação temporal, reflexão e expressão das emoções, valorização pessoal, autoestima e autonomia, relacionamento e comunicação interpessoal, movimentos finos e criatividade.

Assim foi pedido ao grupo que dissesse qual o monumento que achava que deveria ser visitado em Lisboa. **D. Mafalda** referiu o Mosteiro dos Jerónimos porque diz que quando era mais nova “*o meu genro levou-me lá e era muito bonito*”. **D. Carolina** referiu a estátua do Egas Moniz porque “*foi um médico muito famoso e ajudou muitas pessoas*”. **D. Ana** disse que não conhecia bem Lisboa porque não é de cá, no entanto referiu o castelo de S. Jorge, dizendo que já lá tinha ido e que lhe trazia boas recordações. **D. Diana** referiu o

Palácio da Ajuda devido à sua beleza, diz que gosta muito de lá ir ver exposições com a filha, referiu também que se devia visitar o Palácio de Belém por ser o Palácio do Presidente da República. **D. Helena** referiu o teatro D. Maria por ser o primeiro teatro a existir (Diário de bordo).

Através destas escolhas pode-se verificar que todas as residentes escolheram os monumentos através dos sentimentos, do que lhes faziam lembrar os monumentos e a importância que cada um tinha para elas. Depois da escolha dos monumentos, estes foram recortados, verificando-se novamente nesta atividade a entreajuda que já se tinha observado em outras atividades. Assim quando um utente não conseguia cortar, outro cortava, e o que cortava dava depois os monumentos para serem colados pelas colegas.

Nesta atividade verificou-se que os residentes que participaram revelavam um grande conhecimento, conseguindo reconhecer os monumentos. Os monumentos depois de cortados foram colados numa cartolina, colocando o nome de cada um deles. Os residentes quiseram ainda fazer a bandeira de Portugal para colocar no cartaz e no fim quiseram cantar o hino de Portugal.

Quando terminaram o trabalho, todos os residentes disseram que “*gostaram muito de fazer o trabalho*”, “*este trabalho fez-nos recordar*”, “*hoje sinto-me bem*”. Verifica-se novamente um aumento da autoestima, a importância do reconhecimento, da valorização e do orgulho por terem participado naquele trabalho (Diário de bordo).

d) Atividade de Pintura

Atividade 10	Objetivos	Metodologia	Pop. Alvo	Frequência
Pintura – Construção do painel da amizade	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso- motora, valorização pessoal e autoestima. Relacionamento e comunicação interpessoal.	-Envolvimento dos idosos; -Preparação dos materiais necessários; -Explicação da atividade; -Desenvolvimento da atividade; -Arrumação dos materiais; -Exposição da atividade.	11 Idosos, 1 do sexo masculino e 10 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos.	5 Vezes durante o estágio.

No âmbito do dia da amizade foi pedido aos residentes que dissessem numa só palavra o que era a amizade. Assim era pedido a cada um dos residentes que pintasse um quadrado numa tela (que já se encontrava dividida), com a cor à escolha dizendo em seguida o que era a amizade. A palavra era então escrita numa pedra e essa pedra era posteriormente colada no centro do quadrado que o residente pintou.

Esta atividade teve como objetivo o desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora, da valorização pessoal e autoestima, do relacionamento e comunicação interpessoal. Este trabalho serviu também para juntar os residentes mais limitados aos mais autónomos, visto que todo o grupo participou na atividade. No fim do trabalho concluído, o mesmo foi apresentado na festa da amizade, o que permitiu aos residentes aumentarem mais uma vez a sua autoestima e a sua valorização pessoal.

5. Discussão de resultados

Para a discussão dos resultados deste estágio achamos pertinente partir da questão inicial e do objetivo que estabelecemos para o estágio: analisar se a arteterapia vai influenciar no bem-estar dos idosos institucionalizados.

Tal como verificámos anteriormente, a arteterapia cada vez é mais utilizada em diversos contextos, nomeadamente em pessoas com problemas de cariz pessoal e social. Assim sendo, com esta intervenção pretendeu-se trazer para os idosos que nela participaram a possibilidade de expressarem todas as suas vivências, angústias, ansiedades, medos, perdas e alegrias por meio das atividades arteterapêuticas realizadas.

A formação deste grupo de residentes surgiu através das particularidades de cada um, criou-se assim um espaço de partilha, de incentivo, de criatividade e de autoestima.

Verificámos que inicialmente a maioria dos idosos apresentava uma baixa autoestima e uma insegurança face aos trabalhos propostos. Muitos dos idosos referiam durante as sessões frases como *“Eu não sei desenhar (...)”*, *“Isto está a ficar bem?”*, *“Eu pinto mal”*. As atividades permitiram valorizar as capacidades e diminuir as fragilidades. Assim sendo transmitiu-se ao grupo que na arteterapia não nos preocupamos com a estética, preocupamo-nos em dar a possibilidade de cada um se exprimir (Diário de bordo).

Ao longo de toda a intervenção verificou-se que existiu uma melhoria significativa no que diz respeito aos sentimentos, às emoções e à criatividade de cada um dos residentes. No início alguns dos idosos tinham receio de fazer as atividades mas depois começaram a desenvolvê-las, como é o caso de **D. Francisca** que no início não quis participar e depois

começou a desenvolver todas as atividades. Verificou-se também uma maior confiança e segurança na execução dos trabalhos e no resultado obtido, mostrando um enorme orgulho quando estes eram expostos na sala de convívio.

Após a realização das atividades foram efetuadas algumas questões ao grupo participante para saber se a expectativa inicial tinha sido atingida. Assim sendo todos os idosos concordaram que o tipo de atividades realizadas influencia o seu bem-estar, proporcionando momentos alegres de entretenimento e de distração. Afirmaram também que o facto de poderem ajudar os colegas que não conseguiam desenvolver as atividades os deixou a sentir mais uteis e disseram sentir-se felizes ao realizar as atividades de lazer.

Uma das residentes (**D. Carolina**) chegou mesmo a afirmar que “*já pinto muito melhor do que no início*”, esta mesma idosa diz que só conseguiu desenvolver as atividades “*(...) porque estava a ajudar-me*”. Outra das idosas, **D. Diana**, referiu que com as atividades “*não estou parada*”, acabando todos por concordar que algumas atividades lhes favorecem a mobilidade, pois conseguem movimentar melhor os membros e isso proporciona-lhes bem-estar, mas sabem que se pararem “*as dificuldades aumentam*”.

A maioria dos idosos referiu que estas atividades também contribuíram para melhorar as relações que tinham uns com os outros, acabando por **D. Maria** e o **Sr. Carlos**, quando não havia atividades, jogarem ao dominó (Diário de bordo).

Quanto a alguns familiares dos residentes, estes consideraram que devido às atividades os idosos tinham aumentado a destreza e a mobilidade. **D. Graça** já não conseguia escrever o seu nome e devido às atividades serem todas assinadas, **D. Graça** chegou ao final a escrever o seu nome.

Em suma, quer os residentes, quer os familiares, quer as funcionárias sentiram que este projeto os influenciou positivamente no modo de estar, pois sentiram-se mais confiantes, mais felizes, com um aumento da mobilidade, sentiram também que passaram a relacionar-se uns com os outros, o que lhes permite aumentar a qualidade de vida e a não se sentirem tão sozinhos. Assim as atividades proporcionaram o aumento do bem-estar dos idosos residentes na ACS que participaram nas mesmas.

Pode-se então concluir que o envelhecimento vai variar de pessoa para pessoa, consoante o que cada um de nós passou. Cada um de nós tem uma história e é essa história que faz de cada um o que somos hoje. A forma de estar, de sentir e o meio em que se vive, dispondo de bons recursos, quer físicos, quer psicológicos, sociais e ambientais, permitem ao idoso ter qualidade de vida (Valada, 2011).

6. Avaliação do estágio

Este estágio decorreu entre o mês de Novembro de 2013 e o mês de Fevereiro de 2014. No mesmo pretendeu-se avaliar a aderência dos idosos às sessões, a participação dos idosos e a destreza nas atividades, a melhoria da agilidade dos idosos à medida que as sessões eram desenvolvidas, o envolvimento dos idosos, a melhoria do bem-estar, a opinião das auxiliares e técnicas sobre a evolução das sessões em relação aos idosos e a interação com o terapeuta.

Assim sendo conclui-se que todos os objetivos da avaliação foram cumpridos com sucesso, como já se pode verificar na descrição das atividades. Quanto à aderência dos idosos, apesar de o grupo não ser muito grande, foram apenas 11 contra os 60 que se encontram na instituição, isso deve-se ao facto de a maioria dos idosos terem vários níveis de dependência, pois como se pode verificar só existem na instituição 11 residentes autónomos, os outros são semi-dependentes. No entanto o grupo que participou gostou bastante das sessões. Alguns dos residentes apesar de se achar que conseguiam desenvolver as atividades, não quiseram participar porque não se queriam ausentar da sua zona de conforto, pois as atividades que foram desenvolvidas na sala de convívio tiveram a participação de mais residentes.

Após participarem nas atividades verificou-se nos residentes deste grupo uma maior destreza e uma melhor agilidade à medida que o número de sessões ia aumentando, tal como se verificou na descrição das atividades. Com tudo verificou-se um aumento do bem-estar em todos os idosos verbalizando que *“sinto-me feliz”*, *“estas atividades fazem bem”*, *“desde que isto começou nunca mais dormi mal de noite”* (Diário de bordo).

No que diz respeito às auxiliares e à educadora, estas verificaram um aumento da destreza neste grupo de idosos, as auxiliares afirmaram mesmo que *“alguns tinham dificuldades em pegar nos talheres para comer, e agora pegam com mais firmeza”*. Quanto à técnica afirma que *“alguns daqueles idosos nunca queriam sair da sala de convívio”*, *“eram mais reservados”* e *“mais revoltados”*, neste momento quando havia atividade já estavam prontos para participar seja ela qual for, passaram a relacionar-se mais uns com os outros e ficaram mais calmos (Diário de bordo).

Pode-se dizer que apesar de terem existido algumas dificuldades neste estágio, o mesmo foi bem-sucedido e obteve o objetivo pretendido.

Conclusão

Como se sabe a arteterapia é utilizada em vários contextos, quer por profissionais de saúde, quer por profissionais da área da educação como forma de compreender os conteúdos emocionais.

Assim sendo, neste estágio aliou-se a arteterapia ao aumento do bem-estar e da qualidade de vida em idosos institucionalizados, neste caso da ACS. Ou seja, pretendeu-se entender o idoso, através das atividades expressivas, dando a possibilidade ao residente de vivenciar potencialidades escondidas, sentimentos, conteúdos inconscientes e questionar os valores.

Após a realização deste estágio, podemos então considerar que o mesmo foi muito estimulante e enriquecedor, apesar das dificuldades que se foram encontrando, por exemplo, a dificuldade em adequar os horários, pois já tinham rotinas definidas, o tempo, pois se estivesse a chover não lhes apeteciam fazer nada, a influência dos outros residentes, se um fosse os outros iam, se não ninguém queria ir desenvolver as atividades. A maioria dos residentes mostraram-se satisfeitos com a realização do mesmo. Consideramos que a maioria passava o tempo inativos, a ver televisão na sala de convívio, logo alguns deles não apresentavam interesse nas atividades, e os que manifestavam interesse demonstravam alguma desconfiança nas suas capacidades.

Um dos objetivos deste estágio era compreender através de sessões de arteterapia de que forma é que esta promove o bem-estar nos idosos institucionalizados. Assim sendo, concluiu-se que para que os idosos participem nas atividades, tem que se investir em aspetos que os idosos consideram positivos para a sua vida. Consideramos que as organizações como este lar de idosos da ACS têm um papel muito importante na promoção da qualidade de vida através das atividades da arteterapia pois elas permitem que os idosos se sintam acarinhados, com mais atenção e consequentemente mais valorizados. Assim é importante envolver as pessoas idosas e reconhecer o seu esforço, atribuir-lhes tarefas, explicando-lhes as atividades e dando-lhes liberdade de escolha, ou seja, não devem estar a desenvolver as atividades por obrigação.

No entanto para que tudo isto seja possível, é necessário existir por parte do terapeuta uma preparação prévia, para verificar qual a melhor forma de obter os resultados pretendidos. E acima de tudo nunca nos devemos esquecer de incentivar a melhoria dos trabalhos, pois quanto maior o incentivo, maior probabilidade há de os idosos se sentirem

orgulhosos e há uma maior probabilidade de estes incentivarem os residentes que não querem participar.

Concluiu-se então que a ideia com que iniciamos o estágio se confirma: A arteterapia influencia o bem-estar em idosos institucionalizados. Demonstrou-se que quem participou nas atividades melhorou o seu bem-estar, as pessoas manifestaram a satisfação em participar, sentiram que o tempo passava mais rápido porque estavam ocupados, pensavam menos nas coisas negativas da vida, ganharam confiança com os residentes que não conheciam tão bem, fizeram novas amizades e sentiam-se felizes.

Comprovou-se também que alguns dos residentes começaram a perceber que se participassem nas atividades, a sua condição física, a motricidade fina e a precisão melhoravam.

O estágio serviu também para reafirmar que é necessário o uso destas técnicas nas instituições de apoio aos idosos, pois estas promovem o bem-estar e consequentemente a qualidade de vida. Espera-se assim que este estágio seja útil para a realização de estudos nesta área, mas há que ter em conta que cada caso é um caso, e que todos têm as suas particularidades, nesta instituição os resultados foram bem-sucedidos, mas noutra podem não ser.

Este relatório de estágio como qualquer outro tem as suas limitações, pois trata-se de um estudo e intervenção realizado no âmbito do mestrado e é possível que ocorram falhas, não só pela falta de tempo, como também pela inexperiência do estagiário.

A bibliografia encontrada sobre este tema é muito escassa, o que dificultou a tarefa de fazer uma boa revisão bibliográfica para completar o estudo. Surgiram ainda limitações na própria instituição, pois não se estava dentro do contexto institucional, ou seja, verificou-se que as atividades têm que ser adequadas ao público-alvo, tem que se respeitar os horários dos idosos, e para se fazer algo tem que se ter sempre um objetivo. No entanto nenhuma das limitações impediu que retirássemos as conclusões do estudo, tivemos contudo de nos adaptar ao contexto.

Por fim, gostaríamos que este estudo contribuísse para a importância da arteterapia nos idosos, pois ainda há um grande caminho a percorrer. Durante este estágio, adquiriu-se toda a riqueza de trabalhar com idosos, pois são muitos os ensinamentos adquiridos, o que contribuiu para um crescimento do terapeuta, quer a nível profissional, quer pessoal.

Bibliografia

- Aguiar, A.P., Macri, R. (2010). Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online* 2 (Ed. Sup.): 710-713.
- Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares, Aspetos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.
- Almeida, M. (2007). *Envelhecimento: ativo? Bem-sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise*. Sociológico nº 17, pp 17-24
- Arriaga, S. (2012). *A arte e a criatividade na intervenção*. Apresentação no âmbito da unidade curricular psicologia da arte e da performance. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Barbosa, E. T. & Werba, G. C. (2010). Arteterapia e idosos institucionalizados: uma experiência no tempo. *Conversas Interdisciplinares*. Ano I, vol. 1.
- Barreto, E. & Cunha, M. F. G. (2009). Criatividade não tem idade, arteterapia reinventando o envelhecimento. *Revista IGT na Rede*, V.6, Nº 10, p. 21 de 28. Brasil.
- Barreto, J. (2002). *A velhice e o sentido da vida*. Brotéria, 150 (2).
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Câmara, V.D., Gomes, S.S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S.A., Ramos, P.A.F. & Lima, J.A.M.C. Reabilitação cognitiva e demência. *Revista Brasileira de neurologia*, Vol. 45 (1): 25-33.
- Camões, C., Pereira, F. & Gonçalves, A. (s.d.). A Reabilitação na doença de alzheimer. Acedido em 14, Julho, 2013, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf>
- Cancela, D. M. G. (2007). *O processo de envelhecimento*. Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma da Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto. Acedido em 3 de Fevereiro de 2013 em www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf
- Carvalho, M. R. (2001). Terapia Cognitivo-comportamental através da arteterapia. *Revista Psiquiatria Clinica*. 28 (6), 318-321. São Paulo.
- Coutinho, V. (2008). *Arteterapia com idosos: ensaios e relatos*. Rio de Janeiro: Wak ed.

- Conceição, J. G. S. (2012). *Envelhecimento de idosos institucionalizados*. Dissertação de mestrado para a obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ferreira, C. A. N. (2009). *Envelhecimento e lazer: um caminho para a qualidade de vida*. Dissertação de mestrado em saúde pública. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, Z. (2011). *Perceção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada*. Dissertação de mestrado em saúde e envelhecimento na faculdade de ciências médicas. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta editora.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi editores.
- Fonseca, A. M. (2012). Aspetos psicológicos do envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontes, J. N. V. S. (2007). *Dependência dos idosos nas atividades básicas de vida diária*. Monografia apresentada à universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem: Porto.
- Fortin, M. F., Vissandjeé, B. & Côté, J. (2000). Escolher um problema de investigação. In Fortin, M. F. O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência.
- Freitas, E. V. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia: o estudo da velhice no séc. XX: Histórico, definição do campo e termos básicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA.
- Gonçalves, D.C., Albuquerque, P.B. & Martin, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*. 1 (XXVI): 101-110

- Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Pinto, F. C. & Fonseca, A. M. (2006). *Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas*. Psicologia, Saúde & Doenças 7 (1), 137-143.
- Gonçalves, J. (2012). *Carta Social – Rede de serviços e equipamentos – Relatório 2012*. Ministério da Solidariedade, emprego e segurança social: Lisboa.
- Gil, A. P. (2007). *Envelhecimento ativo: complementaridades e contradições*. Sociológico nº 17, pp 25-36.
- INE (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de estudos demográficos*. Notas e documentos, Pp. 185.
- INE (2002). *As pessoas idosas nas famílias institucionais*. Revista Estudos demográficos nº 34: Lisboa.
- INE (2013). *Estatísticas demográficas 2011*. INE: Lisboa
- Jacob, L. (2008). Origem e desenvolvimento das IPSS. Acedido em, 20 de Julho, de 2013, em <http://www.socialgest.pt>.
- Lacerda, A. F., Assis, A. S., Araruna, M. L., Oliveira, O. T. & Medeiros, F. A. L. (Sd). *Aspetos biopsicossociais do envelhecimento*. Projeto pertencente ao GEPASC – Grupo de pesquisa em saúde coletiva, pelo departamento de enfermagem da UEFB. Brasil.
- Lei nº 57/2008 de 4 de Setembro. Código Deontológico. *Diário da República*, 2º série – nº 78, 20 de Abril de 2011. Lisboa: Assembleia da República.
- Lemos, N. & Medeiros, S. (2002). Suporte Social ao idoso dependente. In Freitas, E. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Pp. 892-894.
- Lopes, T. J. B. (2011). *Arteterapia em idosos: efeitos nas funções cognitivas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, ramo de Especialização em Psicoterapia e psicologia clínica. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Martin, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paul, C. & Cabral, F. P. (2007). Políticas Sociais para a terceira idade. In Osório, A. R. & Pinto, F. C., *As pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa*, pp 131 – 179. Lisboa: Instituto Piaget.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Mariz-Silva, E. & Lamela, D. (2006). Research in ethics and deontology in gerontology: reflections for the development of code of ethics in Portugal. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia* 8 (1), Pp. 9-20.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise social*, vol. XXXIX (171). 339-363.

- Ministério dos assuntos sociais (1983). *Decreto-Lei nº 119/83* – Aprova o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. Diário da República, 1º série (46) Pp. 643-656.
- Ministério do emprego (1989). *Decreto-Lei nº 30/89* – Disciplina o licenciamento, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social com fins lucrativos. Diário da República, 1º série, Pp. 312-317.
- Ministério do trabalho e da solidariedade (1998). *Despacho Normativo nº 12/98* -. Estabelece normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos. Diário da República, 1º série, Pp. 766 – 775.
- Ministério do trabalho e solidariedade social (2006). *Plano nacional de ação para a inclusão 2006-2008*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2006). *Decreto de Lei nº 101/06* - Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, Série 1-A, pp. 3856 – 3865.
- Neves, H. M. F. (2012). *Causas e Consequências da institucionalização de idosos*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em gerontologia. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Nogueira, J. M. (2006). *Carta Social*. Ministério do trabalho e da solidariedade social: Lisboa.
- Nunes, B. (2005). A demência em Números. In Castro-caldas, A. & Mendonça, A. (Coord.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (Pp. 11 - 26). Lisboa: Lidel: edições técnicas.
- Nunes, L. & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Ormezzano, G. & Arruda, L. Z. (2005). Intervenção arteterapêutica com uma paciente oncológica idosa. *RBCEH – Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 16-27.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pain, S. & Jarreau, G. (1996). *Teoria e técnica da Arte-terapia – a compreensão do sujeito*. Porto Alegre: Artmed editora.
- Pais, A. L. V. S. (2010). *A proteção social pública na velhice em Portugal: evolução histórica de 1919 a 2008*. Dissertação de mestrado em análise de política social apresentada ao Instituto Superior de Economia e Gestão. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In Soczka, L. *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Pp. 247-268. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Reis, E., Melo, P., Andrade, R. & Calapez, T. (2000). *Estatística aplicada* vol. 2. Lisboa: Editora Silabo.

- Rigo, L. M. (2007). Idosos asilados: um percurso em arteterapia. *RBCEH – Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, Vol. 4 (2), 83-93.
- Rocha, A.P.M.F. (2007). O autoconceito dos idosos. Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia. Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.
- Santos, J. (2011). *Guia de acolhimento do residente – Lar de idosos*. Lisboa: Associação Casapiana de Solidariedade.
- Santos, P. F. C. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Schambeck, L. D. (2004). *Arte-terapia na terceira idade: busca da felicidade, prazer, integração e promoção da saúde*. Monografia apresentada à diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, para a obtenção do título de especialista em saúde pública e ação comunitária. Criciúma.
- Stegeman, I., Otte-Trojel, T., Costongs, C. & Considine, J. (2012). *Healthy and active ageing*. Brussels.
- Silva, E. L. (2005). Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Valada, M.J. (2011). *A arte da vida: caminhar pelo envelhecimento com resiliência e com qualidade de vida*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Valladares, A. C. A., Júnior, A. L., Pimentel, A.A.C., Bonfim, M. C., Guarda, P. J., Carvalho, I. B. (2008). Arteterapia no resgate do envelhecimento saudável. In: *Jornada Goiana de arteterapia* (2) 158-168.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira Epidemiológica*, 8(3): Pp. 246-52.
- Zago, L. C. A. (2005). *Arteterapia na terceira idade*. Monografia – Especialização em arteterapia. Universidade de Potiguar: Goiânia.
- Zimerman, G. I. (2007). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Anexos

Anexo A (Questionário Sociodemográfica)

Caraterização Sociodemográfica

Data:_____ Código:_____

1. Idade (Anos):_____

2. Género: ___ Masculino

___ Feminino

3. Estado Civil: ___Casado/a

___Solteiro/a

___Viúvo/a

___Divorciado/a

4. Habilitações Literárias: ___ Sem instrução primária

___Instrução primária

___Superior à instrução primária

5. Atividade profissional que exerceu:_____

6. Duração na instituição (Meses):_____

7. Motivo pelo qual foi institucionalizado: ___Dificuldade em Auto cuidar-se

___Falta de recursos económicos

___Falta de apoio familiar

___Não tem família

____Preferência em viver num lar, embora tenha
família

8. Iniciativa do internamento: ____Por iniciativa própria

____Trazido(a) por familiares

____Trazido(a) por amigos

____Trazido(a) por técnicos de ação social

Muito Obrigado pela Colaboração!

Ana Sofia Cabaço

Anexo B (Atividades programadas inicialmente)

Sessão	Público-alvo	Temas	Objetivo	Descrição da atividade	Conteúdos de Avaliação
1º Sessão	Idosos Institucionalizados	Apresentação da intervenção e esclarecimento de dúvidas	Promover a participação dos idosos; Criar empatia com os idosos;	Explicar em que é que vai consistir o plano de intervenção e esclarecer dúvidas.	Avaliar a participação dos idosos.
2º Sessão	Idosos Institucionalizados	Preenchimento dos questionários	Analisar teoricamente o perfil do idoso antes do início da intervenção.	Cada idoso vai preencher individualmente um questionário.	Consciencialização do “eu”, de forma a que o idoso verifique o que se passa à volta dele.
3º Sessão	Idosos Institucionalizados	Consciência corporal: desenho da mão	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação visual – motora e organização espacial simbólica.	Desenhar o contorno da sua mão numa folha de papel, e em seguida decorar a gosto.	Valorização pessoal e autoestima; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade.
4º Sessão	Idosos Institucionalizados	Desenho do que mais gostava de fazer quando era jovem	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação visual – motora e organização espacial simbólica; Promoção da orientação temporal e espacial.	Ilustrar através de um desenho, um momento ou um objeto que tivessem gostado quando eram mais novos.	Valorização pessoal e autoestima; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade; Reflexão e expressão das emoções.
5º	Idosos	Modelagem: Um	Orientação	Através de um	Perceção visual;

Sessão	Institucionalizados	animal que represente o idoso	temporal e estimulação da memória, através da técnica da reminiscência; Promoção da capacidade crítica e caracterização da autoimagem.	pedaço de plasticina, moldar um animal que cada um ache que o caracteriza.	Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade;
6º Sessão	Idosos Institucionalizados	Elaboração de um calendário de parede	Organização espacial simbólica, através do corte e da colagem; Estimulação da memória; Estimulação da percepção visual.	Elaborar em cartolina um calendário de parede, para colocar na sala de estar.	Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade.
7º Sessão	Idosos Institucionalizados	Elaboração de Puzzles com animais	Organização espacial simbólica através do recorte, colagem e montagem dos puzzles; Estimulação da percepção visual e da memória.	Elaboração de puzzles com fotos de animais domésticos, galinhas, porcos, vacas, cordeiros, etc.	Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade.
8º Sessão	Idosos Institucionalizados	Recorte de Revistas	Organização espacial simbólica através do recorte e	Através de várias revistas cada elemento terá que recortar três	

			colagem; Promoção da autonomia; Promoção do relacionamento e comunicação interpessoal e da valorização pessoal.	coisas de que gostem e três coisas que detestem e colarem numa folha em branco.	
9º Sessão	Idosos Institucionalizados	Pintura	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora.	Pintura de caixas de madeira, seguindo a técnica do guardanapo.	Valorização pessoal e autoestima; Relacionamento e comunicação interpessoal.
10º Sessão	Idosos Institucionalizados	Elaboração do quadro das quatro estações	Organização espacial simbólica, através do recorte e da colagem; Estimulação da percepção visual; Orientação temporal; Estimulação da memória.	Através de várias imagens, é pedido a cada idoso que identificasse a qual estação do ano pertencia a imagem, de seguida é feito um cartaz alusivo às estações do ano.	Valorização da autonomia; Movimentos finos; Criatividade.
11º Sessão	Idosos Institucionalizados	Modelagem de objetos antigos	Organização espacial simbólica através da modelagem;	É pedido aos idosos que escolham um objeto antigo, e depois cada	Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação

			Orientação temporal; Estimulação da memória através da reminiscência.	um vai moldá-lo em massa moldável.	interpessoal; Movimentos finos; Criatividade
12º Sessão	Idosos Institucionalizados	Pintura do autorretrato	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora; Organização espacial simbólica; Promoção da consciência corporal e orientação temporal.	Através do recurso a fotografias de cada um dos idosos, foi elaborado através de um programa informático Photoshop, os traços do rosto, e cada idoso vai fazer a pintura do seu rosto.	Reflexão e expressões das emoções; Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade
13º Sessão	Idosos Institucionalizados	Consciência corporal: massagem e desenho dos pés	Desenvolvimento da atenção, da concentração da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica; Promoção da consciência corporal.	É proposto a cada idoso que sinta na planta do pé, várias texturas e objetos, fechando os olhos e adivinhando de que objeto se trata; Seguidamente é feito o contorno do pé	Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade

				numa folha de papel e é pedido a cada idoso que o decore a seu gosto, com recurso a lápis de cor e lápis de cera.	
14º Sessão	Idosos Institucionalizados	Dramatização	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora; Organização espacial simbólica; Promoção da orientação temporal e espacial.	É proposto ao idoso que encarne uma personagem à escolha, com recursos a vestidos, perucas e outros acessórios. O tema será escolhido juntamente com os idosos.	Reflexão e expressões das emoções; Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade
15º Sessão	Idosos Institucionalizados	Desenho de como se sente naquele momento	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora; Organização espacial simbólica; Promoção da orientação temporal.	É pedido a cada idoso que elabore um desenho que ilustre como se sente naquele momento, com recurso a lápis de cor e lápis de cera.	Reflexão e expressões das emoções; Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade
16º	Idosos	Desenho da sua	Desenvolvimento	Cada idoso	Reflexão e

Sessão	Institucionalizados	casa	o da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora; Organização espacial simbólica; Promoção da orientação temporal.	terá que desenhar a sua casa numa folha de papel, com recurso a lápis de cor e a canetas de filtro.	expressões das emoções; Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade
17º Sessão	Idosos Institucionalizados	Elaboração de postais através de recorte e colagem	Organização espacial simbólica através do recorte e colagem; Estimulação da percepção visual.	Recorte dos elementos impressos, borboletas, flores e passarinhos; De seguida os mesmos serão colados num cartão colorido, de forma a elaborar postais para oferecer nos aniversários da instituição.	Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade.
18º Sessão	Idosos Institucionalizados	Pintura Simétrica	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora; Organização espacial simbólica;	Nesta atividade cada idoso escolhe três a quatro cores de tinta, coloca-se a tinta na ponta de um	Reflexão e expressões das emoções; Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação

			Promoção da valorização pessoal.	pauzinho, e esta é pressionada na folha de papel branca, de forma a criarem-se nela pequenos montes de tinta. De seguida a folha é dobrada ao meio de forma a elaborar uma pintura simétrica, abre-se a folha e pergunta-se a cada idoso o que se vê nela.	interpessoal; Movimentos finos; Criatividade
19º Sessão	Idosos Institucionalizados	Decalque de moedas	Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora; Organização espacial simbólica; Promoção da orientação temporal.	Decalque das moedas que estão neste momento em circulação, de forma a conhecer as moedas que estão em circulação neste momento. Serão utilizadas folhas de papel	Valorização pessoal, autoestima e autonomia; Relacionamento e comunicação interpessoal; Movimentos finos; Criatividade.

				brancas, lápis de carvão e de cera.	
20ª Sessão	Idosos Institucionalizados	Opinião dos utentes quanto a intervenção realizada	Saber qual a opinião dos idosos em relação a intervenção feita	Será perguntado a cada idoso o que acharam da intervenção e se realmente sentem que tem uma melhor qualidade de vida.	Verificar se o que foi visto na prática corresponde ao que eles pensam da intervenção.

Anexo C (Cronograma)

	Julho 2013	Agosto 2013	Setembro 2013	Outubro 2013	Novembro 2013	Dezembro 2013	Janeiro 2014	Fevereiro 2014	Março 2014	Abril 2014	Maio 2014	Junho 2014	Julho 2014
Pesquisa e análise Bibliográfica													
Redação do Projeto													
Aprovação do Projeto													
Escolha do local de estágio													
Estágio													
Observação em campo													
Aplicação dos instrumentos													
Tratamento de dados													
Conclusão													
Redação da Tese													
Apresentação da tese													