



Catarina Raquel Ribeiro Andrade Magno

A Música como Estratégia de Aumento da Qualidade de Vida de Idosas Institucionalizadas em Lar Residencial.

Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo,
apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e à Faculdade de Economia
da Universidade de Coimbra,
sob a orientação da Professora Doutora Clara Cruz Santos

Março de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Catarina Raquel Ribeiro Andrade Magno

**A Música como Estratégia de Aumento da Qualidade de Vida de
Idosas Institucionalizadas em Lar Residencial.**

Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo,
apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra,
sob a orientação da Professora Doutora Clara Cruz Santos.

Março de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

“[...] perdemos, não só pela morte, mas também por abandonar e ser abandonado, por mudar e deixar coisas para trás e seguir nosso caminho. E nossas perdas incluem não apenas separações e partidas do que amamos, mas também a perda consciente ou inconsciente de sonhos românticos, expectativas impossíveis, ilusões de liberdade e poder, ilusões de esperança – e a perda de nosso próprio eu jovem, o eu que se julgava para sempre imune às rugas, invulnerável e imortal.” (VIORST, 2004, p. 14)

O Velho

*Parado e atento à raiva do silêncio
de um relógio partido e gasto pelo tempo
estava um velho sentado no banco de um jardim
a recordar fragmentos do passado*

*na telefonia tocava uma velha canção
e um jovem cantor falava da solidão
que sabes tu do canto de estar só assim
só e abandonado como o velho do jardim?*

*o olhar triste e cansado procurando alguém
e a gente passa ao seu lado a olhá-lo com desdém
sabes eu acho que todos fogem de ti pra não ver
a imagem da solidão que irão viver
quando forem como tu
um velho sentado num jardim*

*passam os dias e sentes que és um perdedor
já não consegues saber o que tem ou não valor
o teu caminho parece estar mesmo a chegar ao fim
pra dares lugar a outro no teu banco do jardim*

*o olhar triste e cansado procurando alguém
e a gente passa ao seu lado a olhá-lo com desdém
sabes eu acho que todos fogem de ti pra não ver
a imagem da solidão que irão viver
quando forem como tu
um resto de tudo o que existiu
quando forem como tu
um velho sentado num jardim*

Mafalda Veiga

Maio, 2011

Consultado em:

<http://amusicaportuguesa.blogs.sapo.pt/89914.html>

Ao meu marido, Paulo Silva e aos nossos filhos Joel e Alice.

AGRADECIMENTOS

A vida é feita de diversos contratempos e a chegada até aqui sofreu variadíssimos. Esta dissertação deve-se acima de tudo a um longo trabalho e uma incessante determinação que não a conseguiria ter sem a ajuda de todos aqueles que fizeram parte desta caminhada.

À minha orientadora a Professora Doutora Clara Cruz Santos, por todo o apoio e compreensão, durante todo o meu percurso académico e pelas críticas sempre construtivas que foram fundamentais a todo este processo.

A todas as idosas que fizeram parte deste estudo, pela participação e disponibilidade, sem a qual este não teria sido possível.

À Dr.^a Sandra Calado a amabilidade de me receber na instituição e todo o apoio que me deu para a concretização deste trabalho, assim como a todos os profissionais da realidade investigada, que me forneceram informações essenciais para a concretização desta tese.

Ao meu marido Paulo Silva por todo o apoio, carinho e compreensão.

À minha mãe um modelo de coragem.

A todos os meus amigos e colegas de mestrado, à Joana Almeida e Irene Graça por toda a amizade e em especial à Ana Cláudia Silva por todo o apoio e amizade demonstrada.

RESUMO

Perante a crescente taxa de Envelhecimento demográfico Europeu, torna-se necessário que haja uma reorganização da forma como é praticada a intervenção social. Em Portugal perante as dificuldades das políticas sociais para esta população e incapacidade das estruturas do terceiro sector em dar resposta às necessidades dos idosos torna-se crucial, dentro das respostas sociais existentes, uma intervenção mais inovadora. Sendo a institucionalização uma resposta necessária para suprimir os défices de apoio que as famílias conseguem dar, cabe aos técnicos destas instituições desenvolver estratégias que permitam a superação de sentimentos de isolamento, depressão e sentimentos de abandono muitas vezes sentidos por estes cidadãos. A Intervenção pela Arte, mais concretamente a música, tem sido uma nova aposta para o aumento da qualidade de vida, pois pode promover a inclusão social e a autoestima. Numa ótica de intervenção social, este trabalho resulta de uma investigação-ação com o intuito de avaliar se a introdução de uma atividade estruturada (o canto coral) contribuiu para o aumento da qualidade de vida percecionada. Confirmou-se através do uso triangulado dos métodos qualitativo e quantitativo, que a perceção das idosas institucionalizadas em relação à sua qualidade de vida, após a criação de um grupo coral, constituído pelas mesmas, aumentou.

Palavras-Chave - Intervenção Social, Envelhecimento, Intervenção pela Arte, Música, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

With the increasing ageing of the European population, it is necessary that there be a reorganization of how social intervention is practiced. In Portugal with the difficulties of social policies for this population and the third sector structures of the inability to meet the needs of the elderly becomes important, within the existing social responses, a more innovative intervention. And institutionalizing a necessary response to eliminate the deficits of support that families can give, it is for technicians of these institutions develop strategies to overcome feelings of isolation, depression and feelings of helplessness often experienced by these citizens. Intervention by the art, specifically music, has been a new initiative to increase the quality of life because it can promote social inclusion and self-esteem. In a perspective of social intervention, this work results from an action-research in order to assess whether the introduction of a structured activity (choral singing) contributed to the increased quality of life. It was confirmed through the use of triangulated qualitative and quantitative methods, that the perception of the elderly institutionalized in relation to their quality of life after the creation of a choir, made up of the same, increased.

Keywords -Social Intervention, Aging, Intervention through Art, Music, Quality of Life.

RESUMÉ

Compte tenu du taux croissant de vieillissement démographique européen, il est nécessaire qu'il ait une réorganisation de la façon dont l'intervention sociale est pratiquée. Au Portugal les difficultés des politiques sociales pour cette population et l'incapacité des structures du secteur tertiaire de répondre aux besoins des personnes âgées devient crucial, dans le cadre des réponses sociales existantes, une intervention plus innovante. Étant l'institutionnalisation une réponse nécessaire pour éliminer les déficits du soutien que les familles peuvent fournir, il est de la responsabilité des techniciens de ces institutions de développer des stratégies pour surmonter les sentiments d'isolement, de dépression et de sentiment d'impuissance souvent vécue par ces citoyens. L'intervention par l'art, en particulier la musique, s'est montrée une nouvelle initiative visant à accroître la qualité de vie, car elle peut favoriser l'inclusion sociale et l'amour-propre. Dans une perspective d'intervention sociale, ce travail découle d'une recherche-action afin d'évaluer si l'introduction d'une activité structurée (chant chorale) a contribué à l'augmentation de la qualité de vie. Il a été confirmé que l'usage triangulées de méthodes qualitatives et quantitatives, la perception des personnes âgées institutionnalisées en fonction de leur qualité de vie après la création d'un chœur, composé par celles-là, avait augmentée.

Mots Clefs: Intervention social, Vieillissement, Intervention par l'art, Musique, Qualité de vie.

ÍNDICE DE CONTEUDOS:

AGRADECIMENTOS:.....	vii
RESUMO:.....	viii
ABSTRACT:.....	ix
RESUMÉ:.....	x
ÍNDICE DE CONTEÚDOS:.....	xi
ÍNDICE DE ANEXOS:	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS:.....	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS:.....	xiii
ÍNDICE DE ABREVIATURAS:.....	xiii
ÍNDICE DE TABELAS:	xiv
INTRODUÇÃO:	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1-Envelhecimento e Institucionalização	5
<i>1.1- Transição para a Velhice</i>	5
<i>1.2- Envelhecimento Demográfico</i>	8
<i>1.2.1- Envelhecer no Feminino</i>	15
<i>1.3- Políticas Sociais para Idosos</i>	25
<i>1.3.1- Institucionalização</i>	29
2-Envelhecimento e Qualidade de Vida	33
<i>2.1- Envelhecimento como processo Biopsicossocial</i>	33
<i>2.2- Qualidade de Vida</i>	35
<i>2.3- Envelhecimento Ativo para promoção da Qualidade de Vida</i>	37
3-Intervenção pela Arte no aumento da Qualidade de Vida dos Idosos	41
<i>3.1- Intervenção pela Arte</i>	41
<i>3.2- A Arte Musical</i>	44
<i>3.3- O Canto Coral</i>	46
<i>3.4- A Musica como potenciadora da Qualidade de Vida</i>	47
<i>3.4.1- A Musicoterapia</i>	49
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	52
1-Metodologia	53
<i>1.1-Definição do problema, do objeto e dos objetivos do estudo</i>	53
<i>1.2 - Enquadramento epistemológico e metodológico do problema de investigação</i> ..	54

<i>1.3-Definição da Amostra</i>	56
<i>1.4- Modelo de análise</i>	57
<i>1.5 – Procedimentos Éticos da Investigação</i>	59
<i>1.6 – Processamento dos dados – SPSS</i>	59
2-Apresentação dos Resultados	61
<i>2.1- Caracterização sociodemográfica da amostra</i>	61
<i>2.2- Análise descritiva do grupo dos doentes</i>	63
<i>2.3- Avaliação de qualidade de vida subjetiva – WHOQOL-bref</i>	66
<i>2.4 – Avaliação da consistência interna</i>	67
<i>2.5- Estabilidade temporal</i>	69
<i>2.6- Validade discriminante</i>	71
<i>2.7 – Análise descritiva das questões</i>	74
<i>2.8 – Domínio Geral – Qualidade de Vida</i>	75
<i>2.9 – Domínio Físico</i>	76
<i>2.10 – Domínio Psicológico</i>	79
<i>2.11 – Domínio Ambiente</i>	80
<i>2.12- Validade do constructo – Correlações</i>	81
<i>2.13- Análise descritiva do constructo – Qualidade de Vida</i>	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	89
ANEXOS:	104

ÍNDICE DE ANEXOS:

Anexo 1- Escala WHOQOL-BREF	105
-----------------------------	-----

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura Nº 1- Modelo de Análise	57
--------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico Nº 1 - Nº de anos de internamento em lar	65
--	----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS:

CEPCEP- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

DGSSFC - Direção- Geral da Segurança Social, da Família e da Criança

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

ÍNDICE TABELAS:

Tabela Nº 1 - Índice de Envelhecimento	9
Tabela Nº 2 - BI de Portugal	10
Tabela Nº 3 - Índice de Envelhecimento (nº) por local de residência e sexo	11
Tabela Nº 4 - População empregada: total e por sexo	17
Tabela Nº 5 - Respostas Sociais para a população idosa	26
Tabela Nº 6 - Dados sociodemográficos da amostra	63
Tabela Nº 7 - Dados referentes à situação de doença da amostra	65
Tabela Nº 8 - Índice de α	68
Tabela Nº 9 - Valores pós-teste para os diferentes domínios	69
Tabela Nº 10 - Validade discriminante entre grupos para valores pré-teste	72
Tabela Nº 11- Validade discriminante entre grupos para valores pós- teste	74
Tabela Nº 12 - Dados ref. ao teste <i>t-student</i> , domínio geral da qualidade de vida	76
Tabela Nº 13 - Dados ref. ao teste <i>t-student</i> , domínio físico	78
Tabela Nº 14 - Dados ref. ao teste <i>t-student</i> , domínio psicológico	79
Tabela Nº 15 - Dados ref. ao teste <i>t-student</i> , domínio ambiente	80
Tabela Nº 16 - Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios	82
Tabela Nº 17 - Modelo de regressão linear	82
Tabela Nº 18 - Estatística descritiva dos domínios	84

INTRODUÇÃO

O índice de Envelhecimento tem vindo a aumentar por toda a Europa e Portugal apresenta o quinto valor mais elevado. Em 2013, na União Europeia, havia cerca de 119 indivíduos com mais de 65 anos por cada 100 jovens, e estes valores têm vindo a aumentar o que é preocupante. (INE, 2015). Perante uma crescente longevidade do ser humano devida ao desenvolvimento da medicina, o olhar da sociedade em relação à terceira idade tem vindo a mudar. Se antigamente a população idosa passava da vida laboral, para uma vida marcada pela doença que levaria à morte passado pouco tempo, o mesmo não acontece atualmente. Os cidadãos saem da vida laboral, ainda com bastante autonomia e com vontade de viver. No entanto, esta vontade é, muitas vezes, fulminada com a falta de ocupação, o que os leva muitas vezes a ter sentimentos de exclusão e de não pertença à sociedade atual, tal como se encontra estruturada. Fernandes (1997, p.39) corrobora esta ideia salientando que os idosos,

“Enquanto estereotipo socialmente produzido e facilmente reconhecível, enquadra uma categoria de indivíduos cujas propriedades, relativamente homogéneas, são normalmente identificadas com isolamento, solidão, doença e mesmo exclusão social”.

É preciso pois que sejam criadas medidas interventivas para colmatar estes problemas. Em Portugal os sistemas de proteção da segurança social demonstram dificuldades em conseguir dar respostas significativas a esta nova necessidade social. Nos meios de comunicação proliferam relatos de denúncia a situações de lares ilegais, idosos que são encontrados mortos, em suas casas, maus-tratos a idosos e outros tipos de violência que colocam em questão a dignidade da pessoa humana. O facto de o sistema familiar ter sofrido uma profunda transformação em termos de capacidade de apoio social, ético e instrumental aos seus idosos, faz com que se recorra com maior frequência à institucionalização do idoso.

“Portugal é um dos países da UE onde, para os idosos, a satisfação da vida familiar, na dimensão muito satisfatória, é mais pequena e onde a situação dos idosos apresenta para todas as dimensões de carências, índices mais elevados que a população mais jovem, o que significa uma situação de maior desfavorecimento.” (CEPCEP, 2012, p.82).

Ramos (2009, p.101) afirma que as mulheres, mesmo assim, são as principais cuidadoras das suas famílias. Os idosos estão também sujeitos a situações de pobreza, pois na sua maioria auferem rendimentos bastante baixos e não conseguem com eles

acederem a cuidados de saúde e outros. A institucionalização passa a ser uma resposta necessária para suprimir os défices de apoio que as famílias conseguem dar. Cardão (2009, p.39) salienta ainda que:

“O processo de internamento da pessoa idosa, em instituições de acolhimento que desenvolvem cuidados de longa duração (*e.g.*, lares, casas de repouso), é uma realidade situacional e ambiental para algumas pessoas que, por motivos de vária ordem, não encontraram dentro da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais.”

As mulheres continuam a apresentar o maior índice de longevidade (INE, 2015). A nível mundial, em 2013, existiam 85 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 60 e mais anos, e 61 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 80 e mais anos. São, igualmente, as mulheres as maiores clientes dos lares e organizações de apoio ao idoso.

Continua ainda associado à Terceira Idade sentimentos de isolamento, depressão e sentimentos de abandono e angústia, exigindo que os técnicos destas instituições se encontrem capacitados para desenvolver estratégias que permitam a superação destes e promovam um envelhecimento participativo e feliz. As experiências daqui resultantes encontram eco em novas estratégias e novas formas de políticas sociais associadas à pluralidade da vida, tais como Universidades Séniores, centros de convívio, novas associações, entre outras. A intervenção pela Arte, tem sido uma nova aposta para o aumento da qualidade de vida e da participação social, onde através da música, da dança, do teatro, entre outras, pode promover a inclusão social e a autoestima desta população.

A música tem diversas funções na vida do ser humano, trazendo benefícios a nível físico e psicológico. Neste contexto, a prática de regência em coros de terceira Idade, parece revelar que o Canto, além de proporcionar o entretenimento e educação, tem também indicações terapêuticas, aumentando a cidadania através de sentimentos de pertença ao grupo.

“O facto de no Concelho de Lisboa ser significativo o número de idosos e a viverem sós, mostra as grandes assimetrias existentes nos grandes centros urbanos, com áreas antigas e tradicionais apresentando grande peso de idosos e áreas novas com uma população muito menos envelhecida. Estas áreas são naturalmente áreas limítrofes e, habitualmente, são os locais onde habitam os casais mais jovens, essencialmente por motivos de natureza financeira.” (CEPCEP, 2012, p.98)

Questionamos neste trabalho em que medida pode a intervenção pela arte, através da participação dos idosos num coro, melhorar a qualidade de vida da população

idosa institucionalizada? O objeto de estudo do presente trabalho de investigação é, precisamente, o potencial terapêutico e de aumento da perceção sobre a própria qualidade de vida dos idosos pela participação no coro, i.e., temos, como objeto teórico, o potencial músico terapêutico do canto coral e, como objeto empírico, os idosos institucionalizados num lar da Região Centro do país, de Lisboa, e a sua perceção sobre a qualidade de vida que experienciam.

De acordo com os objetivos do Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, o tema deste estudo relaciona-se com as questões de intervenção social num sistema organizacional fechado (os lares residenciais) e a implementação de um experimento (canto coral) no mesmo, com vista à transformação/ mudança da qualidade de vida das suas residentes.

O presente trabalho estrutura-se em duas partes essenciais. Na primeira parte foi feito o enquadramento teórico, dividido em três capítulos: Envelhecimento e Institucionalização (onde foram abordadas as questões da velhice e as mudanças que ocorrem nesta transição, assim como o envelhecimento demográfico em termos globais, o envelhecimento no feminino, as políticas sociais para idosos existentes em Portugal, mais concretamente a institucionalização), Envelhecimento e Qualidade de Vida (em que o conceito de envelhecimento é esmiçado a nível biopsicossocial, a noção de qualidade de vida e o envelhecimento ativo para promoção da qualidade de vida) e por último a Intervenção pela Arte no Aumento da Qualidade de Vida dos idosos (em que são desenvolvidos os conceitos de intervenção pela arte, a arte musical, o canto coral, a música como potenciadora da qualidade de vida e a musicoterapia). Na segunda parte desta dissertação, também dividida em três capítulos, foi descrita a metodologia utilizada (onde foi definido o problema, o objeto e os objetivos do estudo, o enquadramento epistemológico e metodológico do problema da investigação, a definição da amostra, o modelo de análise, os procedimentos éticos da investigação e o SPSS para processamento dos dados), a apresentação dos resultados (onde foi feita a caracterização sociodemográfica da amostra, a análise descritiva do grupo de doentes, a avaliação de qualidade de vida subjetiva, a avaliação da consistência interna, a estabilidade temporal, a validade discriminante, a análise descritiva das questões, os domínios gerais, a validade do constructo e a análise descritiva do constructo) e por fim as considerações finais.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- Envelhecimento e Institucionalização

Neste primeiro capítulo de enquadramento teórico, serão desenvolvidos os conceitos de velhice, os processos que marcam a transição para a velhice, o envelhecimento demográfico em termos globais, o processo de envelhecimento no feminino e as políticas sociais para idosos existentes em Portugal, mais concretamente aprofundada a institucionalização.

1.1-Transição para a Velhice

Nas sociedades contemporâneas, a velhice apresenta-se como um desafio cada vez mais complexo ao ser humano. Esta complexidade impõe-se, em primeira mão, aos indivíduos que envelhecem e vivem na velhice durante um cada vez mais longo período de tempo, mas impõe-se também às sociedades, cuja organização política, económica e social tende a privilegiar a vivência da juventude, em toda a sua aparente autonomia, criatividade, mobilidade e adaptabilidade às rápidas mudanças da nova sociedade da informação e comunicação. Se é verdade que as sociedades parecem estar em rápida e constante mutação, também parece incontornável que estas mudanças, tanto mais de carácter estrutural, tendem a sobrepôr-se aos tempos, ritmos e capacidades adaptativas de uma população mais velha. Uma população, agora com 70, 80 ou 90 anos de idade, em cujas vidas os produtos e transformações decorrentes da revolução tecnológica dos anos 80 e 90 do século XX parecem ter passado apenas tangencialmente. Se assim é, também é, todavia, certo que a interpenetração nas estruturas sociais dos avanços tecnológicos, científicos, medicinais, etc. tem impactos significativos na vida dos idosos, que poderão ser tão benéficos e emancipadores como, num sentido contrário, obstaculizadores da sua capacidade de autodeterminação e do seu direito de inclusão e integração social, política e económica. É, por isso, importante um olhar sobre os indivíduos mais velhos, sobre a experiência vivida da velhice, e sobre os determinantes da sua *qualidade* (OMS, 2008).

Estes contextos em rápida mudança exigem dos indivíduos capacidades de adaptação, resistência ao *stress* e resiliência cada vez mais apuradas. Se a transição para a velhice é, nesta sociedade contemporânea, fonte de *stress*, ela pode também ser

experienciada como transição para um período de exploração da própria criatividade. Como colocam Gáspari & Schwartz, (2005, p.72) o idoso é:

“aquele que vê no amanhã a continuidade do trabalho de hoje, aquele que não fica à espera do descanso eterno, que vai à luta, que busca preencher os espaços da vida, que se vê como elemento útil à sociedade. Enfim, aquele que acredita e demonstra que tem experiências a serem relatadas e que, acima de tudo, é ainda capaz de grandes realizações.”

É, assim, importante que a transição para a velhice seja amparada por processos prévios de preparação, nos quais a educação assume, para alguns autores, uma certa centralidade. Monteiro & Neto (2008, p.24), por exemplo, sustentam que “uma educação para o envelhecimento e uma consciencialização do que acontece ao organismo pode permitir a quem envelhece ter uma melhor qualidade de vida”, daí a importância dos técnicos sociais e de saúde auxiliarem os indivíduos a lidar melhor com estas alterações que irão experimentar no futuro.

Outros autores corroboram (e.g., Neto, 2012); Santos (2012) esta ideia ao defender uma educação para reforma, que prepare os sujeitos na transição de uma vida profissional ativa para a idade da reforma, período no qual são perdidas vários dos elementos estruturantes da integração no meio laboral – desde logo, a estruturação do tempo, que perde agora o elemento central do *tempo de trabalho*, a integração social, que perde a integração numa organização de pessoas (empregadora) em que se mantêm laços de cooperação, amizade, etc.; e, ainda, o fator ocupação, perdido pelo abandono do exercício da atividade profissional, que deverá, assim, ser substituído pela realização de atividades alternativas. O mesmo autor (Santos, 2012,p.14) refere ainda que “Os programas de Preparação para a Reforma ou Aposentação existem já há algumas décadas em diversos países, tais como Estados Unidos, Canadá, Brasil, Espanha e outros países Europeus e da Oceânia, nomeadamente a Nova Zelândia”.

Na transição para a velhice e para a inatividade – geralmente demarcada pela entrada na reforma – é frequente a pessoa idosa experienciar uma situação de forte *stress* psicológico (Fonseca, 2012; Fonseca e Paúl, 2004,p.19), tal como o jovem que experiencia uma transição para a vida adulta. Estas transições, com a carga simbólica e os impactos psicológicos e sociológicos que acarretam, podem afetar a autoestima e a aceitação de si mesmo. Enquanto processos de construção identitária, as transições podem comportar um certo sofrimento, uma diminuição de autoestima, um sentimento de insegurança, refletindo-se na capacidade para agir com autoconfiança, autonomia e

liberdade na interação social. Assim, os relacionamentos interpessoais podem ser afetados como resultado desse processo, culminando frequentemente numa situação de isolamento (Gáspari & Schwartz, 2005, p.71). Uma tal situação tem vindo a ser, aliás, considerada como tema central nos estudos sobre qualidade de vida das pessoas seniores e tem, ainda, sido alvo de diversas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, de políticas públicas e projetos financiados pelos diversos Estados do espaço europeu. Nestes, é transversal a importância atribuída à participação dos idosos em atividades de grupo, sejam elas formais ou não, para poderem uns com os outros aprender/ trocar experiências que os levem a sentirem-se integrados socialmente, compreendidos, desenvolvendo assim uma experiência mais positiva sobre o seu próprio envelhecimento.

Gáspari & Schwartz, (2005, p.71) corroboram esta ideia salientando que a identidade individual está relacionada com a identidade social, defendendo que as relações com os outros e com o mundo são essenciais para o aumento da autoestima e o melhoramento da autoimagem.

Para Cabral & Ferreira (s.d., p. 35), devido ao aumento da longevidade, da esperança média de vida, a reforma deixou de ser “um tempo de compensação”, experimentado na maioria dos casos em condições de saúde sofríveis e com uma duração curta, para passar a ser “um tempo de pós-trabalho” onde a imaginação para inventar algo para fazer é fundamental, enquanto os sujeitos ainda possuem autonomia.

1.2- Envelhecimento Demográfico

Envelhecer é um processo constante e previsível, que implica o desenvolvimento dos indivíduos. De acordo com Lima (2010, p.11) “a forma como envelhecemos depende de muitos fatores, como a nossa constituição genética, as influências ambientais e o estilo de vida.”. Para Jacob (2013, p. 44) “envelhecimento é diferente de velhice, dado que se o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais, só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade.”

Para além de um fenómeno biológico e analisável no plano individual, o envelhecimento constitui-se também um fenómeno demográfico-social. O envelhecimento demográfico representa alterações na distribuição etária da população, caracterizada pela maior preponderância de indivíduos em idades mais avançadas relativamente aos de idades mais jovens. Na verdade, trata-se de uma inversão da pirâmide etária e de um problema de não renovação geracional, que decorre como consequência do aumento continuado da esperança média de vida, da redução da mortalidade infantil, do incremento dos fluxos emigratórios e da queda acentuada da fecundidade da taxa de natalidade.

Na Tabela seguinte poderemos observar o Índice de Envelhecimento¹ nos países da União Europeia de 1960 a 2013.

¹ Índice de envelhecimento “Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos).” (INE, 1994)

Tabela Nº 1 - Índice de Envelhecimento

Índice de envelhecimento

Rácio - %

Grupos/Países	Índice de envelhecimento	
	1960	2013
Anos		
UE28 - União Europeia (28 Países)	x	117,7
DE - Alemanha	50,8	158,5
AT - Áustria	55,5	126,5
BE - Bélgica	50,9	103,9
BG - Bulgária	28,8	141,6
CY - Chipre	-	83,0
HR - Croácia	x	123,1
DK - Dinamarca	42,0	104,1
SK - Eslováquia	21,9	86,9
SI - Eslovénia	x	118,9
ES - Espanha	-	118,0
EE - Estónia	46,1	115,7
FI - Finlândia	24,0	116,1
FR - França	44,1	95,7
GR - Grécia	32,1	138,3
HU - Hungria	35,7	120,2
IE - Irlanda	36,0	56,7
IT - Itália	37,6	152,7
LV - Letónia	x	129,8
LT - Lituânia	x	125,2
LU - Luxemburgo	50,5	82,9
MT - Malta	x	121,0
NL - Países Baixos	30,0	100,3
PL - Polónia	-	97,2
PT - Portugal	27,0	133,5
UK - Reino Unido	50,0	98,5
CZ - República Checa	37,2	114,5
RO - Roménia	x	105,1
SE - Suécia	52,4	113,6
IS - Islândia	23,1	63,6
NO - Noruega	42,6	86,3
CH - Suíça	42,6	117,3

Índice de envelhecimento

Fontes de Dados: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2015-12-17

Como podemos observar, o envelhecimento tem vindo a aumentar por toda a Europa. Se em 1960 a Alemanha tinha um índice de envelhecimento de 50,8, em 2013 passou para mais esse valor triplicou para 158,5. Na Bélgica o valor passou de 50,9 para 103,9. Em Portugal o mesmo também se verificou passando de 27,0, em 1960, para em 2013 atingir o valor de 133,5. O envelhecimento é percebido assim internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI (INE, 2015, OMS 2008) e é, por isso, um tema debatido em todo o mundo. O índice de envelhecimento nos países pertencentes à União Europeia, em 2013, era de 119 idosos por cada 100 jovens, um valor bastante elevado. O índice mais elevado situava-se na Alemanha, a que se segue a Itália, Bulgária, Grécia e Portugal. Portugal é o país que apresenta o quinto valor mais elevado do índice de envelhecimento, o terceiro país com o valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e o terceiro país com maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE, 2015)

Na Tabela abaixo poderemos entender mais concretamente o Envelhecimento em Portugal:

Tabela Nº 2 – BI de Portugal

BI de Portugal

	1960	1981	2001	2011	2014
População (milhares)	8 865,0	9 851,3	10 362,7	10 557,6	10 401,1
Idosos por cada 100 jovens	-	45,4	101,6	125,8	138,6
Famílias	2 356 982	2 924 443	3 650 757	4 043 726	-
Alojamentos familiares	-	-	5 357 900	5 878 887	5 936 689
Taxa de analfabetismo (%)	-	18,6	9,0	5,2	-
% população com ensino superior	-	-	6,8	13,2	16,5
Taxa de desemprego (%)	-	-	4,0	12,7	13,9
Pensões da Seg. Social e CGA em % da população	-	25,1	34,0	39,4	40,8
PIB per capita (preços constantes 2011)	3 463,2	9 016,0	16 398,6	16 686,3	Pre 16 217,0

Fonte: PORDATA, 2016

Como podemos constatar na tabela acima, em 2014 existiam 138,6 idosos por cada 100 jovens, aumento considerável relativamente a anos anteriores em que em 2011 foram 125,8 idosos para 100 jovens e em 2001, 101, 6 para cada 100 jovens. Assim como aumenta o número de indivíduos com idades superiores a 65 anos, aumenta da mesma forma o número de pensões pagas pela segurança social e caixa geral de aposentação.

O INE (2014) acrescenta ainda que:

“diminuiu a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa. Portugal perdeu população em todos os grupos etários (quinquenais) entre os 0-29 anos. A população entre os 30 e os 69 anos aumentou 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi de 26%. Em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos (102 em 2001). As Estimativas de População Residente dos últimos anos confirmam o duplo envelhecimento demográfico: aumento do número de idosos, diminuição do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa). O índice de envelhecimento foi de 136 idosos por cada 100 jovens, em 2013.”

Em Portugal prevê-se ainda que de 2001 a 2060 o índice de envelhecimento venha a abranger o valor de 307 idosos por cada 100 jovens. (INE, 2014) Este facto, no entanto, não tem o mesmo peso em mulheres e homens.

Na tabela abaixo pode-se verificar que existem consideravelmente muitas mais mulheres idosas que homens.

Tabela nº 3 – Índice de envelhecimento (N.º) por local de residência e sexo

Local de residência (à data dos Censos 2011)		Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal		
		Período de referência dos dados		
		2011		
		Sexo		
		HM	H	M
		N.º	N.º	N.º
Portugal	PT	127,8	104,8	152
Continente	1	130,6	107,4	154,8
Região Autónoma dos Açores	2	73,3	58	89,2
Região Autónoma da Madeira	3	90,7	63,2	119,5
Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação				
Fonte: INE (2012)				

Através da leitura da tabela nº3 pode-se verificar que o índice de envelhecimento em Portugal está acima do índice de envelhecimento médio da União Europeia. Além disso, o fenómeno parece ter um recorte de género que não pode ser negligenciado. Veja-se que o mesmo índice é muito superior do conjunto da população feminina do que na população masculina, 104,8 homens para 152 mulheres, fenómeno que se verifica tanto em Portugal Continental como nas Regiões Autónomas. A maior longevidade das mulheres é, de facto, um fenómeno já relatado na literatura da especialidade, e tem ocupado diversos estudos na área da psicologia, na sociologia e na gerontologia.

Jacob (2013, p. 48) salienta que o facto de ter aumentado o número de pessoas idosas, sobretudo das muito idosas, com as idades mais avançadas, tem engrandecido a viabilidade de ocorrência de situações de “dependência física, psíquica e social, despontando a necessidade de criar novas respostas por parte do Estado e da sociedade civil.” O Conselho Económico e Social (2013, p.7) acrescenta ainda que:

“Em Portugal a população idosa tem sido tradicionalmente um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos, sendo que o seu nível de vida depende sobretudo das pensões. Em 2011, o principal meio de vida desta camada populacional era assegurada em quase 90% pelas pensões e, segundo

fontes comunitárias cerca de 1,5 milhões de aposentados e reformados têm reformas e pensões abaixo dos 500 Euros.”

Ora, sendo o Estado Português o principal responsável pelo apoio a esta população, este tem desenvolvido uma vasta “rede de serviços e de equipamentos sociais, de modo a poder dar resposta” ao maior número de idosos. (CES, 2013, p.9-10)

O Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012, p.81) defende também que:

“Em Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos; a população com 65 e mais anos, de acordo com fontes comunitárias, apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza (considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21,0% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de CEPCEP – Relatório Final «O Envelhecimento da População» 82. 20,1% e superior à média comunitária (17,8%);conforme se vai avançando nas idades, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge 24,4%, sendo na UE apenas de 20,3%.”

Outros autores consideram que os sistemas de proteção da segurança social, mais concretamente a sua ineficácia, são um dos fatores que mais influenciam a pobreza. Isto porque como defende Capucha (2005, p. 133), são fortes “instrumentos de correção dos desequilíbrios existentes na distribuição primária dos rendimentos”. Assim, além “das pensões, rendimentos de tipo primário, as transferências sociais mais específicas no âmbito das medidas para as famílias², para certos grupos com necessidades especiais e as medidas anti pobreza têm um efeito saliente na correção das desigualdades.” O mesmo autor salienta ainda que as famílias em que a mulher é a representante, muitas vezes a pessoa mais velha, ou com menos escolaridade, que se defrontam com o fenómeno de pobreza e exclusão social. (Capucha, 2005, p. 111).

Mauritti (2011, p.10). Salienta que assim “que se dá conta do aumento do número de pessoas que “vivem sós” em Portugal e da sua incidência estatística nos contextos urbanos”, pois é nas cidades que este facto se agrava consideravelmente, revelando:

“os vetores mais negativos do fenómeno, prespectivando-o como o reflexo de uma fragmentação de instituições básicas, como a família e o estado social, de uma sociedade, desta forma, cada vez mais, incapaz de produzir condições de integração de diversos segmentos particularmente permeáveis à exclusão

² “ A família é a rede alargada de parentes (que podem ser de sangue, de direito, de aliança ou de afeto) com quem o idoso mantém relações e interações mais ou menos intensas.” (Jacob, 2013, p.51)

social, com particular destaque para as idosas em situação de viuvez.” (Mauritti, 2011, p.10)

Segundo a comunicação social, nomeadamente o Diário de Notícias (2012):

“Cerca de 400 mil idosos vivem sós e outros 804 mil vivem em companhia exclusiva de outros idosos - um fenómeno que aumentou 28% ao longo da última década. É nas regiões de Lisboa (22%), Alentejo (22%) e Algarve (21%) que se verificam as mais elevadas percentagens de idosos sozinhos.”

A viuvez é considerada por muitos autores a causa responsável para a vida a sós, pois a na grande maioria o número de pessoas que vivem sós, são viúvas, comparativamente à percentagem de solteiros, separados ou divorciados. (Cabral & Ferreira, s.d., p. 28) A perda do cônjuge, é considerada uma fatalidade eminente para mais de metade do universo sénior e é concomitantemente a causa das afrouxadas expectativas dos viúvos em relação a uma nova vida conjugal. A viuvez é vista como um sentimento forte de tristeza e angustia que leva variadas vezes ao isolamento. “É verdade que essa intensidade tende a diminuir com a passagem dos anos, sobretudo nos homens, embora não deixe de ser expressiva. Em suma, os efeitos da viuvez, ainda que intensos para ambos, são mais persistentes nas mulheres do que nos homens.” (Cabral & Ferreira, s.d., p. 34)

Muitos idosos pensam que ser velho hoje em dia significa também ser-se incómodo para a família e para a sociedade, uma vez que têm de lidar continuamente com a família a queixar-se da “falta de tempo” para os acompanhar. Jacob (2013, p. 43) defende que a sociedade vê-os como um encargo por ter de “disponibilizar verbas e condições adequadas a alguém que se tornou improdutivo.” Este fato leva muitas vezes ao isolamento da população idosa, que por se sentir fardo para a família, isola-se muitas vezes, caindo em depressão. Em alguns casos, leva-os ao suicídio. É por isto fundamental prevenir o isolamento e a exclusão destes indivíduos, criando redes de suporte, sejam elas familiares ou não, para os acompanhar.

Capucha (2005, p.82) corrobora esta mesma ideia, acrescentando que:

“a emergência de um acontecimento traumatizante, como a desagregação dos laços profissionais ou o divórcio, acaba por se estender a outras esferas da vida, repercutindo-se nas competências, na autoestima e na capacidade de desempenho social. A vergonha passa a dominar o quotidiano. Rompem-se os laços com os grupos de amigos, as redes de relações esboroam-se, a própria família deixa de ser integradora. Emerge a solidão, o isolamento, o «ficar fora», a perda do «laço social».”

Para além do obstáculo que existe, por parte da família e da sociedade e mesmo do próprio sujeito em adaptar-se o seu estado de velhice, existe também dificuldades por

parte do Estado em dar resposta a todos os casos. As estruturas de apoio ao idoso são insuficientes. (Jacob, 2013, p. 46)

Muito se tem falado da questão de exclusão social, sobretudo entre autores francófonos, a ideia de exclusão social tem vindo a ser alcançada como:

“uma realidade processual, multidimensional (económica, social e política), de carácter cumulativo e estrutural, resultante de ruturas sucessivas dos laços sociais sofridas por algumas pessoas, encerrando-as em territórios e coletivos fora dos recursos e valores dominantes na sociedade. A ideia de rutura de laços faz com que se possa ser pobre e não excluído (por exemplo, os camponeses ou trabalhadores pobres) e ser-se excluído sem ser pobre (por exemplo, os homossexuais).” (Capucha, 2005, p. 79).

O mesmo autor refere ainda que esta situação ocorre em indivíduos com um estatuto social desvalorizado, propensos a doenças e com maiores dificuldades no acesso à saúde. Vivem muitas vezes em condições desumanas, sem o mínimo de higiene, pois não encontram na família o apoio e suporte para superação destas mesmas dificuldades. (Capucha, 2005, p.90-91)

1.2.1.- Envelhecer no feminino

A forma como as mulheres são vistas ao longo da história tem vindo a sofrer alterações. Pode-se encontrar inúmeros exemplos da maneira como algumas mulheres marcaram a nossa vida. Em Portugal um dos momentos mais marcantes foi em 1911, quando a médica Carolina Beatriz Ângelo votou para as eleições da Assembleia Constituinte, pela primeira vez, e pela primeira vez uma mulher exerceu o poder de voto num dos países que vieram a constituir a União Europeia. (Ferreira, 1998).

Mas ainda existe uma forte desigualdade, a nível mundial, entre homens e mulheres, que se reflete na experiência da velhice e na qualidade de vida, e da qualidade de vida com saúde. De acordo com Vicente (1999, p.79):

“é de notar que quando a Carta das Nações Unidas foi elaborada, em 1945, afirmando a sua fé na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, estas só tinham direito de voto em 31 países e eram tratadas como pessoas de segunda classe em quase todos os países do mundo.”

Apesar de constar no Artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos do Homem que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” e que estes “dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”, o mesmo ainda não se verifica. O Artigo 2º da mesma Declaração refere:

“Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autónomo ou sujeito a alguma limitação de soberania.”

A Declaração Universal dos Direitos do homem é considerada como a âncora de atuação que deve ser respeitada por todas as nações (Vicente, 1999). A comunidade internacional estabelece como objetivos principais a participação das mulheres, tal como dos homens, na vida política, cívica, económica, social e cultural, e pretende eliminar todas as formas de discriminação com base no sexo (Vicente, 1999).

No entanto, no nosso país, só após o 25 de Abril de 1974, ou seja, como Ferreira (1998, p. 2) salienta:

“entre 1974 e 1979, período da instauração e consolidação da democracia portuguesa, as mulheres viram alterada a sua condição social em inúmeros

domínios, como exemplo, (i) ser-lhes aberto o acesso a todas as carreiras profissionais; (ii) ser-lhes alargado o direito ao voto; (iii) ser retirado aos maridos os direitos de lhes violar a correspondência e não autorizar a sua saída do país; (iv) ser alargada a licença de maternidade para 90 dias; (v) ser reconhecida constitucionalmente a igualdade entre homens e mulheres em todas as áreas; (vi) ser aprovado um novo Código Civil em que desaparece a figura de “chefe de família”.

Todas estas mudanças foram realmente positivas para as mulheres, do mesmo modo para a evolução da sociedade portuguesa.

Como refere Ferreira (1998, p. 4) a partir da dos anos 80 a população universitária tem maioritariamente mulheres como estudantes, “o que faz com que, em 1995, dos portugueses com menos de 30 anos habilitados com um curso superior, 63,3% sejam do sexo feminino.” O INE (2012, p.16) corrobora esta ideia explicando que:

“Existem mais mulheres com nível de escolaridade superior (duplicou o número de doutoradas) e secundário, e menos mulheres jovens em situação de abandono precoce de educação e formação. As mulheres acompanharam a evolução positiva observada no país ao nível da investigação e desenvolvimento, assim como na utilização de tecnologias de informação e comunicação.”

Isto reflete-se na taxa de emprego das mulheres, como poderemos ver na tabela seguinte:

Tabela nº 4 – População Empregada: total e por sexo

População empregada: total e por sexo

Indivíduo - Milhares

Anos	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
1974	3 694,0	2 227,5	1 466,5
1975	3 724,0	2 280,0	1 444,0
1976	3 789,0	2 332,5	1 456,5
1977	3 784,0	2 331,0	1 453,0
1978	3 772,0	2 339,5	1 432,5
1979	3 853,0	2 357,0	1 496,0
1980	3 924,5	2 400,5	1 524,0
1981	3 969,0	2 386,5	1 582,5
1982	3 958,5	2 375,5	1 583,0
1983	⊥ 4 352,5	⊥ 2 637,5	⊥ 1 715,0
1984	4 288,1	2 588,0	1 700,1
1985	4 269,5	2 562,6	1 706,9
1986	4 289,1	2 569,0	1 720,1
1987	4 405,8	2 601,9	1 803,9
1988	4 512,8	2 639,3	1 873,6
1989	4 613,1	2 688,8	1 924,4
1990	4 717,5	2 723,7	1 993,8
1991	4 857,4	2 764,3	2 093,2
1992	⊥ 4 543,1	⊥ 2 548,7	⊥ 1 994,4
1993	4 457,7	2 486,0	1 971,6
1994	4 449,2	2 472,7	1 976,4
1995	4 415,9	2 447,5	1 968,4
1996	4 444,9	2 458,9	1 986,0
1997	4 530,4	2 495,8	2 034,6
1998	⊥ 4 848,4	⊥ 2 694,7	⊥ 2 153,7
1999	4 925,7	2 715,2	2 210,5
2000	5 041,3	2 774,6	2 266,7
2001	5 128,2	2 816,1	2 312,1
2002	5 143,8	2 814,1	2 329,7
2003	5 093,4	2 763,1	2 330,3
2004	5 062,3	2 736,5	2 325,8
2005	5 047,3	2 706,8	2 340,6
2006	5 079,0	2 725,1	2 354,0
2007	5 092,5	2 725,2	2 367,3
2008	5 116,6	2 725,3	2 391,3
2009	4 968,6	2 611,7	2 356,9
2010	4 898,4	2 569,3	2 329,1
2011	⊥ 4 740,1	⊥ 2 487,2	⊥ 2 252,9
2012	4 546,9	2 357,3	2 189,6
2013	4 429,4	2 288,4	2 141,0
2014	4 499,5	2 319,5	2 180,0
2015	4 548,7	2 334,3	2 214,4

Fontes de Dados: INE - Inquérito ao Emprego

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2016-02-11

Se em 1974 a população total empregada em Portugal era de 3 694,0 indivíduos, sendo que desses 2 227,5 eram homens e 1 466,5 mulheres, com a crescente taxa de alfabetização das mulheres ao longo dos anos, podemos observar no quadro acima, que o número de mulheres empregadas tem vindo a aumentar, estando em 2015 equiparada ao número de homens no mercado de trabalho. Segundo o INE (2012, p.23) “As mulheres com escolaridade superior são as que têm mais elevada participação no mercado de trabalho”.

Com a mulher cada vez mais está escolarizada e ativa no mercado de trabalho:

“A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento. A família é um conjunto em interação dos seus membros e com outras famílias; é um sistema com sinergias variáveis que responde às necessidades e funções básicas dos seus membros. A família é transmissora de conhecimento e de valores, tendo, portanto, um papel socializador e educativo. A autoestima e a resistência à frustração partilhados pelos membros criam um sentido de pertença e de identificação da família (ou clã), promovendo, pois, um conjunto de pessoas unidas pelo sentimento de pertença de parentesco e unidas por laços de solidariedade, afeto e responsabilidade.” (CEPCEP, 2012, p.43)

Para Carvalho, (2009, p. 78) a noção de família tem vindo a mudar. Se antes o predomínio eram “famílias múltiplas e extensas”, coabitando avós, pais e filhos, atualmente o número de famílias “formadas por um só núcleo” tem vindo a aumentar significativamente. Cada vez são vistas mais pessoas a viverem sós ou mulheres sós com filhos.

Para Mauritti (2011) se os serviços sociais, mais concretamente o aumento das pensões se efetivasse, o modelo da família nuclear, não sofreria alterações, como as que estão a ocorrer, como as novas propensões para a residência unipessoal, sobretudo nos idosos, e que explicam a segmentação do que é a família.

Decompondo a evolução nas últimas décadas da estrutura das famílias portuguesas, descobre-se o aumento das “famílias unipessoais” e o “surgimento de novas formas familiares e conjugais”, o que pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados (CEPCEP, 2012, p.51)

Cabral & Ferreira (s.d., p. 28) defendem que:

“As reconfigurações familiares ao longo do curso de vida estão fortemente sujeitas ao impacto das relações de género. As trajetórias de homens e mulheres não são as mesmas. Estas últimas tendem, proporcionalmente, a viver a sós ou com outros familiares mais do que aqueles: dois terços das

“pessoas que vivem sozinhas são mulheres e a propensão para viver com outros familiares é quase exclusivamente feminina.” Este fenómeno ocorre devido à maior longevidade feminina, a mulher vive mais anos, o que faz com que o número de idosos do sexo feminino seja superior ao do sexo masculino. “Porém, a elevada conjugalidade que se verificou existiu ajuda também a acentuar as diferenças entre homens e mulheres nos outros dois grupos, especialmente no das que vivem sós, tornando-as mais sujeitas ao efeito da longevidade.”

Estas alterações familiares devem-se atualmente porque as mulheres adiam cada vez mais a hora do matrimónio e consecutivamente a hora de serem mães. Cada vez mais a mulher escolhe o número de filhos que tem, sendo que cada vez tem menos. A mulher por uma questão social e cultural casava-se por volta dos 18 anos, atualmente o mesmo não acontece, sendo que em 2010 a idade média para contrair matrimónio passou a ser 29,2 anos. A questão da maternidade anda paralelamente com o matrimónio, uma vez que no ano 2000 era iniciada por volta dos 26 anos, em 2010 passou a ser aos 28,9 anos, em média. Relativamente ao número de filhos as mulheres passaram de uma média, no ano 2000 de 1.6 (por mulher), para em 2010 ser 1.4. (INE, 2012). De acordo com a mesma fonte:

“O adiamento do casamento e da maternidade, bem como a redução do número de filhos por mulher, refletem, entre outros fatores as alterações que se têm produzido ao longo da última década, no que diz respeito ao nível de escolaridade, à inserção profissional, e à consolidação de novos paradigmas de conjugalidade e parentalidade.” (INE, 2012, p.5)

“Em Portugal, como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos) formam o grosso dos cuidadores” sejam filhos a cuidar dos pais, sejam de pais a cuidarem de filhos, sejam avós a cuidarem de netos. A família é que tem tido esse papel. (CEPCEP, 2012, p.51)

O INE (2012, p.28) salienta também que:

“As mulheres são os principais agentes na prestação de cuidados a menores e a pessoas dependentes Um total de 648,4 mil mulheres, com idades entre 15 e 64 anos (18,1% do total de mulheres deste âmbito etário), prestava regularmente cuidados a crianças com menos de 15 anos (para além dos seus próprios filhos ou dos filhos do cônjuge) e a pessoas doentes, incapacitadas ou idosas. Isto significa que 64,4% dos prestadores de cuidados eram mulheres.”

Pereirinha (2008) acrescenta ainda que no entanto apesar da mulher estar mais escolarizada que o homem, e estar inserida no mercado de trabalho, como o homem, é ela que realiza a maior parte das tarefas domésticas, assim como o cuidar dos filhos. Por isso mesmo a mulher tende a ter uma carga horária maior e a ter menos tempo livre para

atividades de lazer, comprometendo assim a sua saúde e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Contudo, segundo CEPCEP (2012, p.44) “Na sociedade pré-moderna, o sistema básico de “seguro social” implícito consiste em os filhos adultos cuidarem dos seus pais idosos constituindo-se, assim, um sistema de interajuda intergeracional.” No entanto

“a transição duma economia rural para uma economia (pós) industrial, caracterizada pela urbanização, pela nuclearização da família, pela mobilidade geográfica e pela erosão das tradicionais normas de obrigação familiar e reciprocidade, quebrou esta instituição ancestral, chegando ao caso dos filhos não terem nem tempo ou vontade para estar com os seus pais.”

Por isso cada vez mais vemos nos meios de comunicação social idosos institucionalizados, sem visitas durante anos, crianças “esquecidas” nas creches, idosos encontrados em cadáver nas próprias casas, etc.

Este facto é agravado com a escassez de oferta de equipamentos públicos de apoio quer para crianças quer para idosos, o que agrava a desigualdade económica e permite a que idosos mais favorecidos economicamente tenham acesso a melhores serviços e infraestruturas comunitárias. A ineficiência e insuficiência da oferta pública de infraestruturas de apoio social e de saúde tem conseqüências particularmente negativas na vida das mulheres, uma vez que são estas quem maioritariamente se ocupam da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente, acabando por sobrecarregar a já dupla jornada de trabalho a que estão sujeitas quando acumulam trabalho formal com o trabalho informal de cuidar da casa e dos familiares dependentes (descendentes ou ascendentes) subcarregadas (Pereirinha,2008)

Em 1978, Diana Pierce, introduziu o tema de feminização da pobreza, demonstrando que a pobreza no feminino é bastante mais acentuada do que no masculino (Pereirinha, 2008). Este facto deve-se à significativa desigualdade de género experienciada até aos anos 1950-1960 no espaço europeu. Até à II Guerra Mundial, as mulheres ficavam, na sua maioria, em casa, asseguravam o trabalho familiar e do cuidar, encarregavam-se da educação dos filhos, e mantinham uma participação social e cívica muito limitada, que as isentava de vários direitos económicos, cívicos e políticos. Estando relegadas a tarefas e trabalho de tipo informal, era-lhes negado o acesso a uma remuneração e, conseqüentemente, vedado o direito a autonomia financeira. Esta situação, com repercussões nos sistemas de providência social, reflete-se atualmente do

direito e no valor das pensões de reforma e outras prestações sociais de tipo pecuniário. A feminização tardia do mercado de trabalho acarreta ainda um efeito discriminatório das mulheres economicamente ativas, estando já por demais demonstrado que a desigualdades de género no campo económico não é apenas uma desigualdade numérica, quantitativa, relativa ao valor salarial para a mesma profissão e cargo na estrutura das organizações. É, também, uma desigualdade qualitativa, simbólica, que veda iguais oportunidades no acesso a determinadas posições e, ainda, dificultam a manutenção do emprego (veja-se, por exemplo, o despedimento por gravidez que, sendo ilegal, não deixa de ser reportado nas sociedades de democracias avançadas). As mulheres auferem rendimentos inferiores, são relegadas para os piores e mais precários empregos, são mais vulneráveis a trabalho em tempo parcial involuntário e protagonizam a maior fatia das situações de monoparentalidade e de famílias unipessoais, fatores que as tornam mais vulneráveis à pobreza.

“A taxa de risco de pobreza³ é mais elevada nas mulheres com 65 e mais anos: em 2009, o risco de pobreza das mulheres idosas foi de 23,5%, face a 16,4% das mulheres entre 18 e 64 anos, e a 17,9% do total da população.” (INE, 2012, p.13) a mesma fonte salienta ainda que:

“Para as mulheres, a taxa de risco de pobreza após transferências sociais foi de 18,4% em 2009, traduzindo uma diminuição de 3,2 p.p. face a 2003, acompanhando a tendência de redução da taxa de risco de pobreza para o total da população (este indicador mede a proporção de habitantes com rendimentos anuais por adulto equivalente inferiores a 5207 euros, em 2009, aproximadamente 434 euros por mês).” (*ibid*)

Segundo Capucha (2005, p. 153) apesar das mulheres se desdobrarem e terem feito:

“um grande esforço no sentido de prevenir e superar a pobreza, limitando a descendência, concentrando nela esforços de promoção social, principalmente por via escolar e envolvendo-se em carreiras profissionais que acumulam com as responsabilidades domésticas no sentido de melhorar a qualidade de vida e os níveis de consumo.”

Esse esforço continua a ser insuficiente uma vez que é a mulher que mais ajusta o trabalho com a família, e fá-lo de variadíssimas formas, pedindo redução do horário de trabalho, interrompendo a carreira profissional e utilizando a licença parental. A mulher é que mais está presente nas reuniões escolares dos filhos, é quem mais cuida

³“ A taxa de risco de pobreza corresponde à proporção da população residente cujo rendimento monetário disponível por adulto equivalente é inferior ao limiar de pobreza. O limiar de pobreza, ou linha de pobreza relativa, corresponde a 60% da mediana da distribuição dos rendimentos monetários líquidos equivalentes em cada ano.” (INE, 2012, p.13)

destes e também das pessoas familiares idosas. Todas estas circunstâncias condicionam a sua participação no mercado de trabalho. (INE, 2012, p.27)

No que respeita aos idosos “Uma distribuição de rendimentos desvantajosa para os pensionistas é a principal fonte de vulnerabilidade nos idosos, impedindo-lhes o acesso aos cuidados pessoais e domésticos de que carecem.” (Capucha, 2005, p. 189).

É importante ainda salientar que os usuários das respostas sociais para idosos são na sua maioria mulheres, com idades avançadas, com pensões baixas e com poucas habilitações literárias. “Como maiores necessidades em contexto de apoio domiciliário e lar, destacam-se as dificuldades na realização da higiene pessoal e da alimentação.” (CES, 2013, p.12)

“A sobremortalidade masculina, aliada à diferença de idades entre o casal (eles eram regra geral mais velhos), levaria, numa fase posterior do ciclo de vida, boa parte destas mulheres a experimentar novamente a *vida a solo*, por um período sucessivamente mais prolongado, à medida que se registam melhorias das condições de vida, higiene e saúde das populações.” (Mauritti, 2011, p.34)

1.3-Políticas Sociais para Idosos

As políticas sociais dirigidas aos idosos pelo Estado Português têm sofrido alterações ao longo dos tempos. Se até ao séc. XIX o Estado limitava-se apenas a ter um sistema de assistência social de apoio aos necessitados que passava essencialmente a ser exercido pelas instituições ligadas à Igreja,

“com o regime corporativista instituído nos anos 30 e vigente até 1974, verificamos a implantação gradual de um sistema de proteção social, com o Estado a criar as instituições de previdência e assistência social em 1933/1935, e com a publicação na década de 40 de decretos, que vieram conferir ao Estado a responsabilidade direta na criação de dispositivos de proteção social” (Patriarca, 1994 *cit* por Ramalho e Ramalho, 2013, p.188).

No entanto, a mudança fundamental foi após o 25 de Abril de 1974, com a promulgação da Constituição da República Portuguesa de 1976 que o Estado Português passou a ter maior responsabilidade na estruturação do sistema de segurança social e consequentemente com os indivíduos da terceira idade. (Ramalho e Ramalho, 2013 pp: 189). Podemos verificar isso no Artigo nº 72 da Constituição da Republica Portuguesa:

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

De acordo com a portaria nº 67/2012 de 21 de Março, com o XIX Governo Constitucional, surgiu o Programa de Emergência Social (PES) que veio consagrar a indispensabilidade “de apostar na proximidade e na maximização das respostas sociais existentes, rentabilizando a capacidade instalada.”

Segundo a Lei nº 30/2013 de 8 de Maio, Lei de Bases da Economia Social, Artigo 2.º “Entende -se por economia social o conjunto das atividades económico - sociais, livremente levadas a cabo pelas entidades referidas no artigo 4.º da presente lei.”, ou seja,

“Integram a economia social as seguintes entidades, desde que abrangidas pelo ordenamento jurídico português: a) As cooperativas; b) As associações mutualistas; c) As misericórdias; d) As fundações; e) As instituições particulares de solidariedade social não abrangidas pelas alíneas anteriores; f) As associações com fins altruísticos que atuem no âmbito cultural, recreativo, do desporto e do desenvolvimento local; g) As entidades abrangidas pelos subsectores comunitário e autogestionário, integrados nos termos da

Constituição no sector cooperativo e social; h) Outras entidades dotadas de personalidade jurídica, que respeitem os princípios orientadores da economia social previstos no artigo 5.º da presente lei e constem da base de dados da economia social.”

Assim, o artigo 5.º define os Princípios orientadores:

“As entidades da economia social são autónomas e atuam no âmbito das suas atividades de acordo com os seguintes princípios orientadores: a) O primado das pessoas e dos objetivos sociais; b) A adesão e participação livre e voluntária; c) O controlo democrático dos respetivos órgãos pelos seus membros; d) A conciliação entre o interesse dos membros, utilizadores ou beneficiários e o interesse geral; e) O respeito pelos valores da solidariedade, da igualdade e da não discriminação, da coesão social, da justiça e da equidade, da transparência, da responsabilidade individual e social partilhada e da subsidiariedade; f) A gestão autónoma e independente das autoridades públicas e de quaisquer outras entidades exteriores à economia social; g) A afetação dos excedentes à prossecução dos fins das entidades da economia social de acordo com o interesse geral, sem prejuízo do respeito pela especificidade da distribuição dos excedentes, própria da natureza e do substrato de cada entidade da economia social, constitucionalmente consagrada.”

Na Europa o desemprego tem vindo a aumentar exponencialmente, a economia social também pode contribuir para suprimir esta tendência, uma vez que tem um papel fundamental na criação de empregos e para a implementação de políticas macroeconómicas que abarquem medidas ativas de mercado de trabalho. As instituições do terceiro setor sendo de carácter privado, sem fins lucrativos, com gestão autónoma, tem assim um papel fundamental uma vez que atuam para toda a sociedade, suprimindo necessidades globais. Assumem desta forma funções essenciais de coesão e inserção social. (Jacob e Santos, 2013)

Desde o início da nossa nação que as necessidades dos cidadãos em relação a benefícios de assistência social têm gerado uma panóplia de iniciativas. Muitas destas iniciativas estavam ligadas à Igreja e a ordens religiosas, outras foram criadas por gente da nobreza, reis e rainhas. (Jacob e Santos, 2013)

“Atualmente, em Portugal, continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência⁴, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e as redes formais de proteção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie,

⁴ Segundo o Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho, artigo 3.º: “(...) consideram-se em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene.”

como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais.” (Carta Social, 2009, p.11)

Conforme o Guia Prático da Constituição das Instituições Particulares de Segurança Social, do Instituto da Segurança Social (2014), estas “são constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos.” Com o intuito de apoiar todas as esferas da sociedade, como a família, as crianças e jovens, os idosos e promovendo a integração social e comunitária, ajudando na aquisição de bens e prestando serviços.

- i. Apoio a crianças e jovens;
- ii. Apoio à família;
- iii. Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- iv. Promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- v. Educação e formação profissional dos cidadãos;
- vi. Resolução dos problemas habitacionais das populações.

As IPSS têm em vista a ação social, nomeadamente a precaução de situações de carência extrema, de exclusão social ou qualquer tipo de exclusão que ponha em causa a dignidade da pessoa humana. Por outro lado, impulsionam a integração comunitária, incrementando atividades de apoio à família, juventude, terceira idade, deficientes e a toda a população carenciada. (Jacob e Santos, 2013)

Conforme o Guia Prático da Constituição das Instituições Particulares de Segurança Social, do Instituto da Segurança Social (2014) no campo da ação social, as instituições podem desenvolver várias respostas sociais. No que respeita ao apoio a crianças e jovens: creche e creche familiar, centro de atividades de tempos livres, centro de apoio familiar e aconselhamento parental, intervenção precoce, lar de apoio, formação de equipas de rua de apoio a crianças e jovens, centro de acolhimento temporário, lar de infância e juventude, apartamento de autonomização e casa de acolhimento temporário. No apoio à família, atividades como: centro de atendimento/acompanhamento psicossocial, casa de abrigo, serviço de apoio domiciliário e centro de férias e lazer. No que respeita ao apoio à integração social e comunitária podem desenvolver: acompanhamento social, centros comunitários; refeitórios/cantinas sociais, comunidades de inserção, centros de alojamento temporário, comunidades de reinserção, ajuda alimentar, equipas de rua para pessoas sem-abrigo, equipas de intervenção direta e apartamentos de reinserção social. No que concerne à proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as ocasiões de falta ou

diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho, poderão desenvolver atividades como de cuidados continuados, centro de atividades ocupacionais, serviço de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, lar de idosos, lar residencial, ajuda na alimentação, equipa de rua para pessoas sem-abrigo e equipa de intervenção direta.

Segundo a Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos, Relatório (2014, p. 11) no que toca à população idosa, 54 % do número total de respostas da RSES são para abranger esta população, este fato serve para dar resposta às necessidades destes indivíduos, “cujo grupo etário tem aumentado de forma acentuada na população residente, sendo mais evidente no interior do país.” Por outro lado, “as respostas para as Crianças e Jovens têm apresentado um peso decrescente no universo das respostas, embora registem um crescimento significativo em termos absolutos.”

De acordo com a DGSSFC (2006, p.27-33) as principais respostas sociais para a população idosa residente em Portugal são:

Tabela nº5- respostas sociais para população idosa

Nome	Noção	Principais Objetivos
SAD	É uma Resposta social, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio do utente. Esta resposta presta apoio a sujeitos e famílias quando, estes não o consigam fazer, seja por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento.	Melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias através da prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial, Apoiar os sujeitos e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária, Retardar ou evitar a institucionalização;
Centro de Convívio	Resposta social, onde são desenvolvidas atividades recreativas e culturais, com participação ativa das pessoas idosas.	Evitar a solidão e o isolamento, promovendo a participação ativa, Estimulando as relações interpessoais.

Centro de Dia	Resposta social que presta um conjunto de serviços (alimentação, higiene, atividades lúdicas, entre outros) que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.	Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; Estimular as relações interpessoais, e a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida.
Centro de Noite	Resposta social de acolhimento noturno, para pessoas idosas que necessitem de acompanhamento durante a noite.	Acolher, durante a noite, pessoas idosas com autonomia, e certificar o bem-estar e segurança das mesmas; Apoiar a permanência durante o dia no seu meio habitual de vida;
Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas	Resposta social que se baseia em integrar, pessoas idosas, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas.	Receber pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou com pouca autonomia, e que careçam de apoios sociofamiliares.
Residência	Resposta social, constituída por um conjunto de apartamentos para pessoas idosas.	Facultar o alojamento (temporário ou permanente) da pessoa idosa, Garantindo-lhe uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado.
Lar de Idosos	Resposta social de alojamento coletivo, de pessoas idosas, de utilização temporária ou permanente.	Proporcionar alojamento de pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e /ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida, atestando a prestação dos cuidados adequados à satisfação das suas necessidades básicas.

Fonte: Elaborado pela Autora

Contudo, os equipamentos sociais⁵ existentes são insuficientes para o número de beneficiários, esta circunstância podia ser colmatada com maiores apoios ao cuidador informal. De facto estas respostas e os apoios sociais são quase inexistentes, no contexto europeu, neste as políticas gerontossociais continuam a apoiar-se em apoiar dois pilares: instituições e o apoio domiciliário. (Portal do Avô, 2008).

⁵ “Considerado equipamento social, toda a estrutura física onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais ou estão instalados os serviços de enquadramento de determinadas respostas” (Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos, Relatório 2014, p. 6)

1.3.1 – Institucionalização

No que refere à população idosa, as primeiras respostas sociais desenvolvidas, tinham por base a institucionalização e intitulavam-se de asilos. Especialmente a partir das décadas de 50/60 a sociedade foi tendo a noção que seria fundamental melhorar as condições de acolhimento nestes asilos, passando estes a ser designados de Lares (Carta Social, 2009, p.15).

Para Jacob (2013, p. 52) A institucionalização do idoso ocorre “quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família.” Ou seja, pode-se considerar que o sujeito está institucionalizado seja em que resposta social ele esteja inserido (Lar, centro de Dia, SAD, etc.). “Consideram-se ainda idosos institucionalizados residentes os que vivem 24 horas por dia numa instituição.” O idoso institucionalizado, em condições aceitáveis, recebe assistência de profissionais preparados, como enfermeiros, médicos, entre outros, alimenta-se adequadamente, mesmo quando não o consegue fazer sozinho, tem apoio dos colaboradores, tem as suas atividades apoiadas a fim de evitar quedas, o ambiente físico é adaptado para a sua nova condição, evitando-se assim barreiras arquitetónicas e outras favoráveis à sua deambulação, finalmente, tem o suporte necessário para uma vida saudável, sem correr riscos desnecessários. (Nogueira, s.d., p.5)

Segundo Cardão (2009, p.11) a institucionalização é entendida

“como um duplo processo: (a) como recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência; (b) como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional.”

Hoje em dia verifica-se uma fraca existência de estruturas de apoio ao idoso e conseqüentemente dificuldades cada vez maiores das famílias nucleares para desempenharem a sua função de cuidar dos seus familiares mais velhos. Estas estruturas familiares, conforme referem Coimbra e Brito (1999, p. 1), levam ao acréscimo de idosos sem suporte familiar, com conseqüências afetivas e sociais para os próprios, bem como para toda a comunidade.

A institucionalização é também, geralmente, percebida de uma forma negativa porque exige um certo grau de uniformização e homogeneização de trâmites, processos, e práticas que não têm em consideração a individualidade de cada pessoa, como as suas

vivências, gostos e interesses, funcionando de igual forma para todos a quem assiste (Cardão, 2009, p. 12). Como exemplo, a hora das refeições é rígida nas instituições, por uma questão de organização de equipas de trabalho, dos próprios utentes e da gestão e qualidade dos alimentos. A própria alimentação não é ao gosto de cada indivíduo, nem poderia ser por uma questão simples: se cada um escolhesse a o conteúdo da sua refeição, os custos com alimentação seriam incomportáveis (a produção em maior quantidade permite um custo mais baixo por refeição, bem como uma rentabilização do tempo de trabalho e dos recursos humanos e equipamentos implicados no processo de trabalho, cujas tarefas são, assim, coordenadas num processo de confeção único e não disperso em vários). Normalmente as instituições particulares de solidariedade social, que concretizam grande parte da oferta pública de equipamentos de apoio social à pessoa idosa, vivem com dificuldades financeiras e têm que gerir muito bem os custos para serem sustentáveis. Decerto que esta forma de organização de serviços é simplista e desadequada aos tempos atuais, no futuro vamos ter um número significativo de vegetarianos e esta alimentação vai ter que ser incluída nos menus diários das instituições. No entanto, casos específicos, prescritos pelos médicos são (geralmente) cumpridos. Mas claro, que sempre que haja possibilidade de facilitar a escolha do utente, essa deve ser satisfeita.

De acordo com Leão (2008, p.2) A visita a muitas instituições como lares, residências para idosos, entre outras, apesar de poderem apresentar diferentes estruturas, demonstram quadros de abandono, desalento, desespero por parte dos idosos que usufruem desses mesmos serviços. De acordo com os dados do barómetro sénior QSP/RUTIS (2009) *cit por* Jacob (2013, p. 54):

“apenas 26.8% dos 1.500 seniores inquiridos referem ter uma boa ou muito boa opinião/perceção sobre a oferta de unidades e prestação de cuidados para seniores, enquanto 27.4% têm uma opinião genérica má ou muito má, sendo que 33.5% referem ter uma opinião razoável sobre as mesmas. Mais de metade (53.3%) não se imagina a viver num ar e apenas 39.4% imagina-se algum dia a viver numa unidade deste género. O SAD é o serviço preferido com 50.4% dos inquiridos a indicarem esta opção como útil se vierem a ter necessidade de recorrer a um serviço de prestação de cuidados. Já 24.8% indicaram a opção de Centro de Dia e 22.1% preferem a opção por Lar, o que revela que quanto mais permanente for a solução menos preferida é por parte deste público.”

A institucionalização tem, frequentemente, o efeito agravado de isolamento. Pese embora o facto de a institucionalização do idoso ser uma realidade vivida colectivamente, dela decorre o afastamento da vivência diária do meio familiar, da casa

própria e das relações de vizinhança e comunitárias. Considera-se que o luto da perda do meio familiar, muito dificilmente será aqui elaborado, arrastando a marca nostálgica de uma vida que, idealmente, poderia ter prosseguido, e viria a terminar, na sua própria casa. No entanto, além da perda do meio familiar, com os sentimentos mais ou menos manifestos de *desamparo* pela família, depressa se juntam outras vivências de perda, como a da sua independência, da autonomia e do exercício pleno da sua vontade, devido à normatização da conduta dentro da instituição. “ O direito à sua privacidade também se perde, pois todos os espaços são partilhados com outras pessoas que desconhece, e com quem raramente estabelece laços sociais íntimos e profundos.” (Cardão, 2009, p.12)

Isto reflete-se na maior parte das IPSS’S, em que os quartos são duplos, ou seja, em que as pessoas dividem o próprio quarto com quem não conhecem. Muitas vezes ocorrem conflitos e há necessidade de mudar a pessoa de quarto. No entanto, e apesar de ser pouco pessoal, também apresenta algumas vantagens. Nomeadamente, se um/a do/as utentes não conseguir falar ou tocar a campainha para pedir auxílio, a “colega de quarto” poderá fazê-lo. Cabe assim aos técnicos verificarem/analisarem as situações de forma a minimizarem danos.

Sabe-se que ao longo da vida as pessoas passam por várias perdas, no entanto, com o avançar da idade o número de perdas aumenta. Na idade adulta começam a aparecer as primeiras perdas de capacidades físicas e psicológicas, perdem-se entes queridos, perde-se por separação, por mudanças impostas e todas estas implicam readaptações. “ As perdas com que a pessoa idosa lida, não sendo partilhadas, escutadas e contidas, acabam por perpetuar um conflito interno sem voz, que, à custa do silêncio, irrompe mais facilmente na doença depressiva.” (Cardão, 2009 p.15) Por isso é que é tão indispensável a convivência, para que sejam evitados todos estes problemas. Todos os meios que sejam possíveis de desenvolver e que fomentem o convívio e a sociabilidade são de grande valia para estes cidadãos, apresentando efeitos na sua saúde, qualidade de vida e bem-estar. Deve-se pois promover atividades de promoção do envelhecimento sadio. (DGS, s.d.)

“Como a institucionalização é muitas vezes inevitável, e até preferível em vários casos, torna-se necessário oferecer recursos que contribuam na manutenção e estímulo dos mecanismos cognitivos, evitando declínios acentuados, garantindo assim, autonomia e independência necessária à qualidade de vida do sujeito idoso asilado.” (Nogueira, s.d, p.5)

A institucionalização, seja de que forma for, quer por vontade própria do idoso ou por estímulo de familiares ou outros (amigos, vizinhos), pode ser vista como um proveito, um ganho, pela proteção à oferta paga de acompanhamento e de cuidados específicos, sobretudo se este tiver doente, com limitações físicas ou mentais, que possam colocar a sua própria vida em risco.

“O ambiente institucional que oferece uma base segura, adapta-se às necessidades emocionais da pessoa idosa e deixa margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade. A preservação e a potencialização das capacidades individuais tornam-se fundamentais para a continuidade e bem-estar do idoso, por forma a evitar interações insatisfatórias e experiências de frustração intolerável.” (Cardão, 2009, p.40).

O mesmo autor salienta ainda que no seio institucional haverá sempre conflitos psíquicos da pessoa idosa, que até podem ter estado mais ou menos retidos ao longo de uma vida no inconsciente, mas que face a um meio sentido como inseguro e pouco contentor, descerram-se ou se acentuam, mesmo que de forma remota e deformada à laia do sonho. (Cardão, 2009 p.44)

2- Envelhecimento e Qualidade de Vida

“Envelhecer não é sinónimo de adoecer, mas sim de mudar”
(Lima, 2010, p.28).

Neste segundo capítulo do enquadramento teórico será desenvolvido o conceito de envelhecimento como processo biopsicossocial, o conceito de qualidade de vida e o envelhecimento ativo para promoção da qualidade de vida.

2.1- Envelhecimento como processo Biopsicossocial

“Aging is a process that occurs in a unique manner with each individual. It is a multi-dimensional process in which the individual’s functional and health status are influenced by a variety of genetic, environmental, and cultural factors. These factors, in turn, can result in physical, psychological, and social changes” (Cornett, 2006, p.1)

Segundo Lima (2010) o envelhecimento pode ser decomposto em três níveis: envelhecimento biológico, psicológico e social. O envelhecimento biológico segundo estes autores é uma consequência da vulnerabilidade crescente, ou seja, senescência, que significa segundo Rosa (1983) a etapa em que o declínio físico e mental são lentos e graduais, aparecendo em alguns indivíduos na casa dos 50 e em outros, depois dos 60 anos; o envelhecimento psicológico que é determinado pela auto-regulação do ser humano, por alterações nas funções psicológicas como a memória e a tomada de decisões e a própria maneira de lidar com o processo de senescência; por último o envelhecimento social referente à forma como a própria sociedade encara as pessoas de idade, as suas expectativas e os seus papéis sociais.

A OMS (2015, p. 13) define que:

“No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos.”

É pois importante que o processo de envelhecer seja efetuado com dignidade. De acordo com Leão (2008, p.3) A dignidade pressupõe que o indivíduo possa realizar

total ou parcialmente as suas necessidades básicas. Possa assim viver com autonomia para poder efetuar as suas próprias escolhas, conduzir os seus próprios interesses.

“(…)o envelhecimento acentua os riscos da vulnerabilidade do estado de saúde; do isolamento social e da solidão propriamente dita; da dependência não só física e mental, como também económica; e, finalmente, aumenta o risco da estigmatização em relação aos «velhos», seja a discriminação excludente ou o preconceito paternalista.” (Cabral & Ferreira, s.d, p. 12)

Considerar que o envelhecimento é sinónimo de adoecer, não é correto. A velhice leva de forma natural a uma redução da capacidade funcional, não a incapacidade. Esta não impossibilita as pessoas de terem uma vida plena. (Lima, 2010). O envelhecimento para ser bem-sucedido envolve saúde física e mental, sendo que o decréscimo das funções se relaciona com perdas intrínsecas ao próprio processo de envelhecimento, influenciando diretamente as habilidades de adaptação. (Cardão, 2009 p.34) A Direção Geral de Saúde aponta para a prevenção, esclarecendo que “A prevenção das doenças, atrasando o seu aparecimento ou diminuindo a sua gravidade é uma componente fundamental do envelhecimento saudável.” (DGS, s.d.)

Assim é pois importante que a pessoa idosa se adapte convenientemente às mudanças por ela sofridas, assim como às mudanças do meio ambiente. Sendo imprescindível a atividade “por forma a perpetuar a funcionalidade e o sentimento de valor próprio.” (Cardão, 2009, p.39)

2.2- *Qualidade de Vida*

“ A satisfação com a vida é concebida como o grau pelo qual o indivíduo avalia favoravelmente a globalidade da qualidade de vida como um todo”

(Veenhoven, 1991, p. 10).

O conceito de qualidade de vida é de difícil definição devido às múltiplas variáveis que incidem sobre o seu significado, desde a concepção individual, passando pelos contextos históricos, culturais, sociais e científicos, filosóficos, que interagem na experiência humana. Se para a maioria das pessoas saudáveis, este conceito se refere a conceitos como a autonomia, lazer, liberdade, ou seja, tudo o que poderá estar comparado com um cotidiano agradável, para uma pessoa doente, qualidade de vida está relacionada com saúde e depende do nível de satisfação em função das suas possibilidades atuais, condicionada pela doença e tratamento. Assim subentende-se que o conceito de qualidade de vida varia de pessoa para pessoa, é uma percepção pessoal, de acordo com as suas experiências e meio sociocultural em que se integra.

Este conceito é de interesse geral para toda a sociedade, assim sendo a sua definição retrata o contexto onde é estudada, podendo ser percebida pela quantidade de bens materiais ou espirituais, como opinião própria de cada pessoa ou de entendidos no assunto e como uma dimensão subjetiva ou objetiva. (Ribeiro, 1994).

A Qualidade de Vida segundo Pacheco (2007, p.2) é um “conceito integrador do bem-estar em termos físicos, mentais e sociais, percebido por cada sujeito”. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) citada por WHOQOL Group (1994, p. 28) a qualidade de vida é “como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”

“A qualidade de vida está condicionada, para além da saúde física, e da percepção do indivíduo e da sua vida por fatores psicológicos que podem ser perceptíveis através de relações sociais, de valores pessoais, de sentimentos de isolamento / solidão e de preocupações com a segurança e situação financeira. Na verdade a qualidade de vida das pessoas também é afetada por questões monetárias e de privação material.” (CEPCEP, 2012, p.77)

Spilker (1991) assinala dois aspetos na qualidade de vida: aspetos ambientais, como a qualidade do ar, da água, da qualidade da escolaridade, da densidade

populacional, das oportunidades culturais, nível socioeconómico, nível social e espírito comunitário, e aspetos relacionados com a saúde como a capacidade física, capacidade psicológica e estatuto social.

“a qualidade de vida pessoal, institucional ou social depende em grande escala da capacidade de se relacionar com o outro (diferente), o entorno e o planeta de maneira respeitosa e responsável, promovendo o legítimo direito de oportunidades para usufruir os bens naturais e culturais que todas as comunidades humanas têm disponibilidade ao longo da nossa história.” (Gáspari & Schwartz, 2005, p.72)

O conceito de qualidade de vida pode divergir segundo a idade da pessoa em questão. Em relação aos cidadãos com mais de 75 anos, a qualidade de vida está interligada com a presença de doenças e os seus efeitos no plano funcional, já para pessoas dos 65 aos 74 anos, os problemas de saúde estão mais relacionados com o seu estatuto social, particularmente com a entrada na reforma que, é vista para muitos como uma perda de ligação social, podendo causar sentimentos negativos de abandono e depressão. (CEPCEP, 2012, p.78)

No que respeita a idosos institucionalizados Kane (2003) *cit por* Lima (2010) aponta que a qualidade de vida nas instituições para idosos se baseia em onze indicadores, são eles: a autonomia, a dignidade, a individualidade, o direito à sua privacidade, a segurança, ao conforto físico, ao poder manter as suas relações interpessoais, poder usufruir de atividades com significado, competência funcional, diversão e bem-estar espiritual. No entanto é importante sublinhar que a noção de qualidade de vida numa instituição, varia de individuo para individuo, de cultura para cultura. (Lima, 2010).

Paschoal (2006) acrescenta ainda que em relação ao género, “as mulheres idosas tendem a apresentar pior qualidade de vida do que os homens, porque em geral são mais velhas, mais doentes, mais isoladas, mais pobres e mais encarecidas por cuidados à casa e ao cônjuge do que os homens”

2.3- Envelhecimento Ativo para promoção da Qualidade de Vida

O conceito de envelhecimento está nitidamente inscrito na agenda internacional. “Desde a ONU, através da Organização Mundial de Saúde, até à Comissão Europeia, passando pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico,” todas estas instituições desenvolvem iniciativas com a finalidade de alertar as sociedades para as questões do envelhecimento e a aguçar políticas públicas que respondam a esses desafios. Em 2012 desenvolveram a do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. (Cabral & Ferreira, s.d, p. 12)

“Os princípios e orientações daquelas organizações são conhecidos por envelhecimento ativo e constituem, atualmente, um paradigma necessário para entender as questões que o envelhecimento coloca às sociedades e as soluções a desenvolver. Se a adoção deste paradigma é comum a todas elas, o tipo de abordagem reflete preocupações e soluções distintas, que resultam do âmbito de intervenção que caracteriza cada uma dessas organizações.” (Cabral & Ferreira, s.d, p. 12)

De acordo com a OCDE (2009, p. 8) existe uma serie de definições diferentes de envelhecimento ativo, cada uma se baseia em perspetivas diferentes, mas todas com o objetivo comum de proporcionar o bem-estar dos idosos, promovendo a sua Saúde. Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2002), o envelhecimento ativo pode melhorar o bem-estar individual, mas também aumentar o bem-estar social global através de uma maior força de trabalho, maior produção, tornados os sujeitos menos dependentes. O envelhecimento ativo refere-se assim ao processo de “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS, 2002, p.12) Esta noção emerge como um programa global de intervenção social voltado para a transformação da condição do cidadão idoso, procurando dissipar os problemas do aumento da longevidade. (Cabral & Ferreira, s.d, p. 16)

“A ocupação do tempo durante a inatividade, a partilha de sociabilidades, o envolvimento em atividades coletivas ou a prossecução de interesses pessoais dependem, em grande parte, dos condicionalismos cognitivos, sociais, de saúde e motivacionais que se desenvolveram ao longo das biografias pessoais, tendo como pano de fundo enquadramentos geracionais e históricos precisos que estabelecem determinações e condicionam o desenvolvimento dos processos de envelhecimento.” (Cabral & Ferreira, s.d, p. 17)

Segundo a Direção Geral de Saúde envelhecer de forma saudável previne o isolamento social, evitando desta forma a solidão das pessoas idosas. Isto porque “A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão diretamente

relacionadas com a atividade social, o convívio, o sentir-se útil a familiares e/ou à comunidade.” (DGS, s.d.)

“ (...) O principal argumento a favor do envelhecimento ativo evidencia a necessidade de assegurar a inclusão social das pessoas que envelhecem e de garantir a sua presença na vida coletiva (...)” (Cabral & Ferreira, s.d, p. 18) Os mesmos salientam ainda que “A inclusão social significa ser parte dos processos de decisão que dizem respeito ao conjunto da sociedade e manter-se na vida ativa por mais tempo contribui para esse fim.” (*ibid*, p. 18)

De acordo com uma meta-análise realizada por Holt-Lunstad, Smith & Layton (2010), a solidão é mais prejudicial à saúde do que o consumo de álcool ou tabaco. Neste estudo, os autores concluem que a probabilidade de adoecer e de morrer é menor entre os idosos que têm mais relações sociais disponíveis/ativas e entre os que estão integrados num maior número de redes sociais. A participação social e comunitária é, portanto, um determinante fundamental da saúde e da qualidade de vida da pessoa idosa (OMS, 2008; Fonseca e Paúl, 2004; Paúl, 2005)

Como esclarece Constança Paúl (2005, p. 227) as redes de suporte incluem “quer as estruturas da vida social de um indivíduo (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares) quer funções explícitas, instrumentais ou socio-afetivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença”, e baseiam-se em três medidas através das quais se pode analisar o seu impacto na qualidade de vida: a integração social, o apoio recebido e o apoio percebido, relevando-se deste modo a inter-relação entre a pertença social efetiva e a sua vivência subjetiva na maior ou menor qualidade de vida da pessoa idosa. O “efeito almofada” e o “efeito protetor” são parte do papel das relações sociais de suporte da pessoa idosa, e protegem o indivíduo no processo de transição para terceira e quarta idades e, ainda, permitem a manutenção da integração social e comunitária á medida que os idosos vão perdendo autonomia para assegurar por si só. Nesta linha de entendimento situa-se “um convincente conjunto de investigações que mostram que o apoio social é um determinante chave do envelhecimento bem-sucedido” (*ibid*, p. 278), já que garante não apenas o suporte material e objetivo, mas também subjetivo – nos domínios socio-afetivo, da manutenção das ligações sociais (familiares, de vizinhança, amicais, comunitárias mais alargadas) que beneficiam a transição, facilitam o processo de ajuste identitário à velhice e

minimizam o *stress* que este envolve e melhoram significativamente a qualidade no próprio processo de envelhecimento.

As redes sociais são essenciais para todo o indivíduo, uma vez que promovem os contactos pessoais entre as pessoas, este facto sobretudo para os cidadãos mais idosos permite conservar a identidade pessoal e social destes, assim como auferir apoio emocional, ajuda financeira e informação ou, ainda, constituir novas relações com os outros. Quando estas relações não acontecem ou são insuficientes os sujeitos tem uma vida social empobrecida, o que se traduz no desenvolvimento de sentimentos de solidão, isolamento, que se transforma na debilidade do seu estado de saúde físico e mental. A manutenção das relações interpessoais é, desta forma, indispensável para o bem-estar geral e o sentimento de contentamento das pessoas. Quanto maior for o número de vezes em que estas ocorram melhor será a qualidade destas relações, sejam elas com familiares, amigos, vizinhos ou colegas. Todas estas relações fomentam a participação cívica e social dos indivíduos. (Cabral & Ferreira, s.d, p. 118).

“ As pessoas idosas devem participar em atividades de grupo, de preferência intergeracionais, atividades de aprendizagem e de conhecimento de novos lugares. É também indispensável participar em grupos de suporte para pessoas isoladas, viúvas/os, pessoas idosas com deficiência, motora, cognitiva ou outra e, em certos casos, procurar o aconselhamento por profissionais de saúde mental, serviço social ou terapeutas ocupacionais.” (DGS, s.d.)

Quando se verifica indivíduos com redes sociais fortes e indivíduos com redes quase inexistentes, confere-se que os primeiros auferem sentimentos de felicidade, bem-estar superiores relativamente aos em que as redes são fracas. “Com efeito, apenas 10 por cento das pessoas inseridas em redes interpessoais não podem contar com alguém quando necessitam, subindo para 31 por cento no caso das que não têm redes.” No caso em que as redes são maioritariamente familiares recebem maior apoio emocional. “As pessoas que contam com o apoio de alguém nessas 80 situações recorrem sobretudo aos filhos e aos cônjuges, à semelhança aliás do conjunto da população.” Para além da família, os amigos são igualmente importantes para prestar apoio emocional, principalmente para quem tem famílias reduzidas, por variadíssimas razões, os amigos compensam ou suprimem a ausência destas. No caso específico da população idosa “estabelecer relações intensas com os seus vizinhos tende a favorecer a obtenção de ajuda informal e a reduzir o isolamento social, contribuindo assim para um envelhecimento mais bem- -sucedido” (Cabral & Ferreira, s.d, pp. 79-89).

“A Organização Mundial da Saúde e a Comissão da União Europeia consideram de grande importância todas as medidas, políticas e práticas, que contribuam para um envelhecimento saudável. Com este objetivo, vários aspetos são valorizados: a autonomia é uma vertente central do envelhecimento saudável. Promover a autonomia das pessoas idosas, o direito à sua autodeterminação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha; a aprendizagem ao longo da vida é um outro aspecto que muito contribui para se envelhecer saudavelmente, porque contribui para que se conservem as capacidades cognitivas; manter-se activo mesmo após a reforma é uma das formas que mais concorre para a manutenção da saúde da pessoa idosa nas suas diversas componentes, física, psicológica e social.” (DGS, s.d.)

3- Intervenção pela Arte no aumento da Qualidade de Vida dos Idosos

Neste terceiro capítulo do enquadramento teórico serão desenvolvidos os conceitos de intervenção pela arte, de que forma esta é importante neste estudo, a arte musical, o canto coral, a música como potenciadora da qualidade de vida e a musicoterapia.

3.1- Intervenção pela Arte

Devido à crise social que o nosso país enfrenta, é necessário e cada vez mais emergente que a ação dos intervenientes sociais seja eficaz no cuidado dos grupos mais desfavorecidos. Cada vez mais devido ao crescente desemprego, pobreza e exclusão social, as desigualdades sociais tendem a aumentar. Uma das formas para ultrapassar este fato pode passar pela “intervenção social participativa assente na comunidade e onde a arte, a cultura e a criatividade se transformam em ferramentas de grande potencial para o trabalho com grupos e comunidades marginalizadas.” (Marques, 2013, p. 2). Assim sendo, a arte e a cultura mostram-se como bons meios de comunicação e relação, permitem que os sujeitos se expressem de modo divergente do permitido pela voz ou pela escrita, exibindo novas ideias e sentimentos individuais. (*ibid*, p. 3).

Como é percebido o ser humano é um ser cultural, por isso, é um “artefacto” cultural, ou seja, todas as suas atitudes vão de encontro à sua cultura, ao seu meio envolvente, na medida em que a cultura apreendida durante todas as experiências da sua vida, lhe serviu como modelo de conduta para agir, pensar, sentir, comunicar, e relacionar-se com os outros, etc. “Neste sentido, a dimensão simbólica das práticas artísticas e dos rituais sociais são o resultado da dita construção sociocultural.” (Barroso, s.d, p. 3)

A cultura, de acordo com Barroso (s.d, p. 3) é um norma que tem em conta os “aspetos estáticos (conservantismo, formas acabadas consubstanciadas na tradição) e os aspetos dinâmicos (modernização, gérmes de futurismo) da própria cultura, pelo que devemos falar em dinamismo cultural.” As culturas podem mudar, alterarem-se com o tempo pois são agrupados de práticas e de comportamentos sociais produzidos e transmitidos no grupo ou na sociedade.

A arte, por sua vez, é um sistema de produção simbólica, é um campo abundante para questionamentos acerca da comunicação e da cultura contemporâneas.

“Daí podermos pensar as manifestações contemporâneas da arte como fenômeno cultural complexo, na medida em que indicam a possibilidade de interessantes experimentações nos processos comunicativos, como campo de circulação de valores e signos.” (Gonçalves, 2007, p.1)

As atividades culturais, podem ser entendidas como atividades de lazer, pois esta noção de lazer opõe-se à noção de trabalho. O Lazer é sempre visto como algo de positivo que fazemos no nosso tempo livre para descansar, divertir ou simplesmente para socializar. Como refere o Artigo 24.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem “Toda a pessoa tem direito ao repouso e aos lazeres e, especialmente, a uma limitação razoável da duração do trabalho e a férias periódicas pagas.” Segundo Dumazedier (2000, p.265) o lazer pode tornar-se uma rutura de duas formas, primeiro se surge aquando a ocorre a cessação de atividades inerentes às obrigações profissionais, familiares e sociais ou, por outro lado, quando existe uma reflexão das rotinas, estereótipos e ideias já prontas.

A intervenção social através da arte emerge como resposta a necessidades sociais, ou seja, perante os diversos problemas sociais, surge a necessidade de criar novas formas de intervenção, para promover a inclusão social de modo a fomentar a cidadania⁶. Com isto, a noção de inovação social está inteiramente ligada com o conceito de intervenção social, precisamente pela necessidade de se criarem respostas inovadoras. A intervenção social guia-se “[...] por três constelações de valores, integrados em torno de três ideias: o personalismo, a solidariedade e a qualidade de vida” (Carmo, 2002, p.10).

Barroso, (s.d., p. 3) salienta ainda que as relações entre a arte e a sociedade são recíprocas e enérgicas. Tanto o plano social influi a produção artística, como a arte condiciona o contexto social.

“A repercussão social da arte, resultado do seu processo de circulação no seio da sociedade que chega ao seu destinatário ou público consumidor, permite conhecer o raio de ação do campo artístico sobre o campo social, o efeito (interesse, indignação ou indiferença) que a obra desencadeia no público e o

⁶ “Por vezes designada como «direito a ter direitos». Condição de que beneficiam todas as pessoas pelo facto de pertencerem a uma determinada comunidade nacional ou internacional, e que lhes atribui direitos e deveres para com o Estado, as autoridades, as instituições sociais e os demais cidadãos. Implica cada vez mais um estatuto de universalidade e de igualdade (por exemplo, os cidadãos nacionais e os cidadãos estrangeiros e apátridas terão os mesmos direitos e deveres, fora algumas exceções).” (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016).

seu consumo (interpretação e contemplação ou utilização da obra).” (Barroso, s.d., p. 3)

A intervenção social através da arte, facilita a comunicação entre as pessoas, pois agem juntas, com os mesmos objetivos, em matérias de interesse comum. Possibilita ainda a construção de capital cultural e social através da sua participação informal em práticas artísticas. (Marques, 2013, p. 4).

Por tudo isto, são cada vez mais os projetos emergentes de intervenções sociais através das artes. Estes podem atuar por meio da dança, do teatro, da música, das artes plásticas, da fotografia, entre outras. Em Portugal são variadíssimos os projetos que utilizam a arte para promoverem a inclusão social junto dos grupos de cidadãos mais desfavorecidos. Um dos projetos foi desenvolvido por Marques (2011) a quando a criação de um projeto de arquitetura para uma Escola de Artes, no bairro da Cova da Moura, em Lisboa, conhecido pelos seus diversos problemas sociais, espaço esse de educação cultural, com o intuito de proporcionar às crianças e jovens daquela comunidade um envolvimento com as artes, potenciando o desenvolvimento das suas capacidades artísticas. A Fundação Calouste Gulbenkian apresenta um programa, designado por programa PARTIS, em que apoia diversos projetos de intervenção social através das artes, entre os quais destaco o projeto “Sons à Margem” projeto na área da música, da Associação Sombras das Palavras, que atua nos Concelhos de Loures e Seixal e que tem como objetivo a inclusão social, o desenvolvimento de capacidades técnicas e artísticas de 30 jovens carenciados, com idades entre os 16 e os 30 anos, dessas mesmas comunidades. Outro desses projetos apoiados é o projeto “Refúgio e Teatro: dormem mil gestos nos meus dedos”, do Conselho Português para os Refugiados, dirigido a requerentes de asilo e refugiados, que tem como objetivo a inclusão através do Teatro, fomentando desta forma o sentimento de pertença e a identidade cultural destes sujeitos. “Os projetos de intervenção social através da arte, requerem muita cooperação entre organizações sociais, entre profissionais de diferentes áreas e sectores de atividade com vista a cocriação de soluções inovadoras e sustentáveis.” (Marques, 2013, p. 8)

3.2- A Arte Musical

De acordo com o Dicionário da língua portuguesa, a Música constitui-se como “ arte que ensina a cantar, a tocar ou a combinar os sons de maneira agradável”, constitui-se, todavia também, como um “produto dessa arte; concerto vocal ou instrumental; conjunto de músicos; filarmónica; orquestra; conjunto de sons agradáveis; agir”. Tem, segundo o mesmo dicionário, propriedades de atração e sedução.

Vivemos imersos numa panóplia de sons. A música mesmo que não tenhamos consciência, está em todo lado. Muito se especula sobre a sua origem, já o homem pré-histórico tentava perceber a natureza mágica da música, considerava-a um dom dos deuses. Os chineses foram o primeiro povo que tiveram música, o imperador Haong-Ti regulou que houvesse música, e tomou como modelo o canto das aves. No entanto, cada povo caracterizava a origem da arte dos sons de acordo com as suas próprias lendas, com a sua cultura. Mas porque acreditavam que a música era uma dádiva dos deuses, também só alguns podiam ter acesso a ela. A música servia para afastar os espíritos maus, afastava a doença e a morte, venciam tempestades, permitia a fertilização dos campos. A música passou assim a ser utilizada/ desenvolvida por sacerdotes, por feiticeiros e curandeiros. Passou a ser um instrumento de poder, em vez de presente dos deuses. Mais tarde, na idade média começou-se a perceber que as aves cantavam para atrair, o seu canto servia de corte. Assim Darwin defendeu que a origem da música estava na procura do amor, na busca de companheira (Herzfeld, 1992).

Para Ardley et.al. (1997) Darwin considerava que o canto emergira da imitação de gritos de animais, enquanto para Rousseau ele nascera do articular de tons mais elevados. Estes autores consideram que a origem da música não é clara, pois se para uns a música apareceu do ritmo ou de ritmos de trabalho, outros associam a sua origem à da fala, ou seja, ambas começaram com a comunicação sonora verbal. Com o aparecimento da música, surgem também os primeiros instrumentos musicais, adaptações de utensílios com outras funções como são os arcos de caça.

Contudo para Herzfeld (1992) o primeiro instrumento que sempre existiu foi o próprio corpo humano, pois como este refere, muitas tribos utilizavam o bater dos pés e das mãos para reproduzir sons. Mais tarde desenvolveram-se outros instrumentos como o tambor, o bater de pedras e conchas (instrumentos de percussão) posteriormente os

instrumentos de sopro, com a descoberta do tubo, mais tarde começou-se a classificar os sons dos mais graves até aos mais agudos, que deu origem à escala musical.

A música segundo Díaz in Ramos (2009) existe desde o princípio da humanidade, funcionando como meio de comunicação, esta proporciona assim o desenvolvimento individual, grupal e social. “A música, portanto, é uma avenida de autoexpressão, possibilita ao indivíduo aprofundar-se em medos, anseios e desejos. A percepção de si traz tanto experiências prazerosas como dolorosas e, muitas vezes, difíceis de elaborar”. (Florencio & Nogueira, 2010, p.6)

A música pode também facultar o encontro entre dois seres, um que a dá (através de concertos, festas religiosas, canto coral, música ambiente, entre outras formas), outro que a recebe. Assim se estabelece uma “comunhão” entre os dois. Leão (2008, p.4) A música estimula comportamentos, induz a pessoa a comportar-se de determinada forma. Esta está presente em todas as culturas, seja como práticas de magia, rituais religiosos, assim como em práticas terapêuticas; em festas, manifestações políticas, nos locais de trabalho, etc. (Stefani, 1987, p.104). Para Herzfeld (1992, p. 9) “O homem traduz os sentimentos com a música. A música é, pois, mais do que som: é tradução de sentimentos humanos.”. Proporciona, com isto, um convite ao encontro, a um diálogo não-verbal de compreensão tanto a quando a presença de sentimentos de alegria, como de dor, permite uma cumplicidade entre o músico e o sujeito idoso, promove o desenvolvimento de competências, de potencialidades existentes ou não nos idosos. (Leão & Flusser, 2007, p.77).

3.3- O Canto Coral

Conforme a proveniência da música, a origem do canto não é precisa. Uma das mais prováveis teorias é que este teve origem nos rituais religiosos. Contudo presume-se que desde os tempos mais remotos se identificava uma qualidade mágica à voz quando esta era realçada através de uma entoação deliberada, musical. (Ardley et.al., 1997)

Stefani (1987, p.9) descreve que cantar “ é a vontade de nos exprimirmos, de libertarmos o que temos dentro de nós: a alegria íntima, a dor na alma, a raiva no corpo, ou um certo não sei quê.”

Para Amato (2007, p. 75) O canto coral apresenta-se como uma prática musical desempenhada e difundida nas mais distintas etnias e culturas. Podendo apresentar-se como um grupo de aprendizagens musicais, de desenvolvimento vocal, facilitadoras da integração e inclusão social. Num coro são desenvolvidas relações interpessoais e de ensino-aprendizagem, que exigem do maestro uma série de habilidades e competências referentes não apenas à preparação técnico musical, escolha de repertório e outras, mas igualmente à gestão de pessoas que procuram motivação, aprendizagem e convívio num grupo social. Stefani, (1987, p.14) acrescenta que:

“ o canto é o encontro, ou a síntese, de três dimensões: a voz, a palavra e a música. Ora, cada um destes componentes possui uma autonomia de estrutura, de funcionamento, de projetos. A *voz* é algo de muito pessoal, é a imagem sonora de uma pessoa; a *palavra* é sobretudo um meio para comunicar com os outros; a *música* é muitas coisas ao mesmo tempo: jogo, expressão, construção de objetos sonoros, representação, etc.”

O canto em grupo é uma modalidade de canto que exige certo aprimoramento da técnica vocal e maior noção musical por parte dos cantores. O canto em conjunto tem a sua origem na antiguidade com egípcios, caldeus assírios e hebreus, que o usavam em diversas ocasiões, tanto para cerimónias religiosas como para a guerra. (Priolli, 1977). A prática do canto, nos idosos, além de funções de entretenimento e funções educativas, este apresenta também indicações terapêuticas. Além de estarem integrados em grupo, conhecem pessoas novas, distraem-se, afastando assim sentimentos de solidão. O canto funciona assim como fator socializador. “O canto coral se constitui em uma relevante manifestação educacional musical e em uma significativa ferramenta de integração social.” (Amato, 2007, p. 77)

3.4- A Música como potenciadora da Qualidade de Vida

Por toda a Europa o tema da Saúde Mental da população é um dos fatores na obtenção de “objetivos estratégicos comunitários” designadamente, os de reintegrar a Europa no caminho da prosperidade a longo prazo, fortalecer o empenhamento desta na solidariedade e na equidade social e amplificar a qualidade de vida dos cidadãos europeus. É patente que as taxas de solidão e de suicídio são mais altas nos idosos, por isso é fundamental a promoção do envelhecimento ativo e saudável. (Lopes, Galinha e Loureiro, 2010, p.186)

Segundo Amato (2007, p. 79) Neste contexto, a noção de inclusão social, como forma de aumento da qualidade de vida dos sujeitos, mostra ser essencial. A integração em atividades artísticas e culturais deve tornar-se “um direito irrefugável do homem, independentemente de suas origens, raça ou classe social, assim como deveriam ser todos os demais direitos fundamentais à vida humana”.

A qualidade de vida está assim interligada à noção de saúde e bem-estar. Para promoção da saúde existem variadíssimas técnicas, uma das aconselhadas é o uso da música.

“Dentre as terapias complementares e integrativas mais usadas destaca-se a música como recurso terapêutico. Esta visa à qualidade de vida do sujeito em situações que promove alterações físicas, mentais e sociais, repercutindo na recuperação e resposta ao tratamento de diversas enfermidades” (Oliveira, M., Oselame, G., Neves, E. & Oliveira, E. 2014, p.871).

Dileo (1999) evidencia os efeitos terapêuticos da música, na medida em que esta segundo o autor, reduz a ansiedade e o medo, aumenta a motivação, auxilia na criatividade e na socialização, podendo mesmo prevenir doenças.

“Music and singing in particular, is well known for its benefits to aspects of life such as communication, relaxation, sleep patterns, emotions and feelings of well-being” (Older Persons’ Project, s.d.).

Para Lopes, Galinha e Loureiro (2010, p. 116) “O individuo é o centro da terapia e a música deve potenciar o seu próprio processo terapêutico.” O intuito desta terapia segundo estes autores é que o utente passe a ter uma maior consciência emocional, aumente a sua autoestima, o autocontrole e as habilidades socio-afetivas para a vida diária, ou seja, que ganhe aptidões para ultrapassar de forma mais eficaz os seus próprios obstáculos.

A Música tem assim provado ser um meio terapêutico de grande distinção com os mais variados públicos, desde os mais jovens aos mais velhos.

Gomes & Amaral (2012, p. 105) Corroboram esta ideia afirmando que “Salientado uma das terapias integrativas e complementares mais usadas na atualidade, destaca-se a música como um recurso para realização de ações de promoção e prevenção.” Estes defendem que no que respeita os mais velhos, a utilização da música vem se avultando “por proporcionar efeitos significativos nas esferas psicoemocionais, físicas e sociais destas pessoas”, refletindo-se na melhoria da sua autoestima e do seu processo de sociabilização. Estes autores analisaram diversas publicações e estudos sobre a importância da música com pessoas idosas, verificaram qual o impacto que a música tinha na vida destes. Concluíram que a utilização da música com esta população apresenta diversos benefícios em relação ao seu bem-estar e na sua qualidade de vida.

De acordo com Leão (2008, p.4) A música tem sido recrutada como um recurso valioso para se trabalhar com idosos por ser um incentivo que promove: atitudes fisiológicas; atitudes emocionais que estão associadas às respostas fisiológicas, como por exemplo alterações nos estados de ânimos, nos afetos; promove a integração social ao fomentar oportunidades para experiências comuns, que são a base para os relacionamentos; a comunicação, principalmente para idosos que têm problemas de comunicação verbal e pela música conseguem interagir significativamente com os outros; a expressão emocional; o afastamento da inatividade, do desconforto e da rotina do dia-a-dia e também associações extramusicais, como lembranças de pessoas e lugares.

“The importance of music participation in older adults cannot be overlooked” (Lehmberg & Fung, 2010, p. 19) estes autores autenticaram ainda que muitas capacidades continuam a ser desenvolvidas independente da idade e que algumas dessas mesmas capacidades surgem com o avançar da idade, como por exemplo o aumento do vocabulário e o desenvolvimento de competências especializadas. Estes referem que a música potencia valores, atitudes e habilidades. (*ibid*)

3.4.1 A Musicoterapia

“ A Musicoterapia é o uso profissional da música e de seus elementos como intervenção em contextos médicos, educacionais e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida. A pesquisa, a prática, o ensino e a formação clínica estão estruturadas conforme os contextos culturais, sociais e políticos.” (WFMT, 2011)

Segundo Nogueira (s.d., p.8) A musicoterapia para os idosos é “um campo fértil para que novas descobertas e estratégias sejam utilizadas na melhoria da qualidade de vida” destes sujeitos. Com os diversos estudos científicos, demonstra-se que a música melhora consideravelmente a funcionalidade cognitiva de indivíduos. Esta arte é capaz similarmente de atuar no plano afetivo e emocional, e assim, “atuando conjuntamente com mecanismos funcionais, representa uma ferramenta eficaz na reabilitação e prevenção dos declínios funcionais, além de auxiliar no processo de sociabilização.”

Côrte & Lodovici (2009), *cit por* Gomes & Amaral (2012, p. 113) explicam que no decurso da vida, a música marca períodos e os acontecimentos sociais. Ao fazê-lo, durante todo o processo de envelhecimento, uma simples melodia pode recuperar lembranças de acontecimentos marcantes da vida do sujeito idoso, estas recordações “vinculam as vivências pessoais e intransferíveis às vivências sociais e coletivas.” Com este método o idoso se vê restituído.

Existem vários estudos que se focaram na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. A importância da música para esta população é descrita por Leão & Flusser (2007) que analisaram a percepção de músicos que atuam em instituições de Longa Permanência em Portugal e em França, relativamente às suas experiências no desenvolvimento da sua atividade junto a idosos. Estes autores justificam a escolha do seu estudo com:

“ Acreditamos que a música nas instituições de saúde é necessária para a preservação da linguagem para os idosos em processos efetivos de comunicação. Acreditamos ainda, que novas atividades profissionais voltadas para novas formas de inserção ou outras que venham trazer formas estimulantes de pensar devem ser avaliadas por poderem constituir-se também, em fonte de ânimo e de desenvolvimento dos idosos”. (*ibid*)

Participaram neste estudo seis músicos que atuavam à mais de um ano em instituições de Longa Permanência em Portugal e na França (quatro portugueses e dois

franceses) formados pelo Centro de Formação de Músicos Atuantes, da Universidade Marc Bloch. Um dos músicos relata:

“ A experiência de levar música a idosos institucionalizados é qualquer coisa de extraordinário. É em todos os sentidos, diferente de qualquer coisa que fiz, pensei fazer ou me preparei para fazer. Esta experiência de levar a música a idosos institucionalizados é um ato de entrega, de amor e de retorno direto e muitas vezes imediato. A experiência de levar a música até junto dos idosos institucionalizados é extremamente rica. Ao recebermos as suas reações enriquecemo-nos todos os dias. A experiência da intervenção junto de idosos institucionalizados é bastante gratificante do ponto de vista humano. Eu descobri um outro modo de fazer música. (...)”.(Leão & Flusser, 2007)

Outro músico relata também:

“ Quando lhes levo a música abrem-se portas do Ser, que se pensavam fechadas nestes idosos. Quando tocam connosco, quando cantam e participam como sabem e como os seus corpos e mentes permitem, não há idade nesse momento! Não há dor, não há limites e já não há *tempo*! Há somente o estar naquele momento de música e relacionamento. Há a pessoa! É isso que vejo nesta minha experiência com eles. É entrar em contacto com pessoas que, de certa forma, perderam algo da sua vida passada. Eu tenho a chance de poder parar ou continuar a música em função da pessoa que está à minha frente. A gente aprende a olhar para as pessoas como elas são, sem julgamento.”. Outro músico salienta “ Muitas vezes a sensação que eu tenho ao entrar nestas instituições é a de que as pessoas se tornaram ilhas, que circulam num mesmo espaço, mas, muitas delas, se encontram perdidas. Levar a música a estas pessoas é proporcionar um contacto humano especial. (...)”.(Leão & Flusser, 2007)

Uma grande parte da literatura aborda o bem-estar dos idosos (físico e mental), como resultado da participação destes em atividades musicais. Como é de conhecimento geral, devido à idade estes são mais dispostos a ter problemas de saúde de variadas áreas. Noutro estudo de referência de dois anos analisou o efeito da participação destes sujeitos em artes. Participaram 300 seniores com idades superiores a 65 anos de idade e estes eram oriundos de Nova Iorque, San Francisco, e Washington. Os resultados mostraram uma notável melhoria destes cidadãos que participaram em programas de artes semanais, incluindo atividades musicais. Estes melhoraram substancialmente ao nível da saúde: frequentaram menos consultas médicas, reduziram o uso de medicamentos, obtiveram respostas mais positivas em escalas de saúde mental. Os resultados " apontam para a promoção da saúde verdadeira e efeitos de prevenção de doenças " (Cohen, 2006 *cit por* Lehmborg & Fung (2010, p. 20).

Segundo a AMTA, EUA (2009) *cit por* WFMT, (2011) podem beneficiar da musicoterapia todos os públicos, desde crianças, adolescentes, e adultos portadores de

transtornos mentais, deficiência, gestantes em trabalho de parto, entre outros. Isto porque segundo a AMTA, Austrália (2007) cit por WFMT (2011) são diversos os benefícios da musicoterapia, entre eles a melhoria nos comportamentos Sociais, na expressão emocional, no acréscimo de autoconfiança, no progresso de habilidades motoras grossas e finas, no relaxamento e diminuição da ansiedade, na superação de perdas e no aumento de concentração.

Também Gáspari & Schwartz (2005. p. 69) corroboram a ideia que experiências de lazer na terceira idade, contribuem para a resinificação emocional do lazer. No estudo que realizaram a 20 idosos de ambos os sexos pretenderam identificar aspetos emocionais na percepção de idosos, durante experiências de lazer. Verificaram recorrências de desenvolvimento positivo, devido ao sentimento de pertença em grupo, tais como: a relação interpessoal, o respeito mutuo, entre outros.

“From a review of the literature on the benefits senior citizens receive from music participation in the form of active music making, the evidence is clear in that senior citizens who participate actively in music reap benefits in almost all areas of their lives.” (Lehmberg & Fung, 2010, p. 26).

Clift & Hancox (2010) corroboram a mesma ideia, pois numa série de estudos qualitativos efetuados numa comunidade de cantores, foram relatadas evidências de benefícios de saúde psicológica, física e social associados à prática do canto. Estes autores descobriram ainda que as mulheres apresentam maiores pontuações do que os homens, o que sugere que as mulheres experimentam ou recebem maiores benefícios pela prática do canto, aumentando significativamente o seu bem-estar.

Assim sendo, a música, mais concretamente através do canto coral, pode ser considerado como fator propiciador de melhor qualidade de vida e equilíbrio social. A atividade musical na terceira idade, tem a capacidade de resgatar vivências, traçando um elo entre o passado e o presente, principalmente quando o repertorio musical é constituído por músicas que relembram a fase de infância/juventude do idoso. Deste modo é capaz de abrir canais de percepção através da música. O idoso passa a participar de forma mais efetiva no grupo social e é indiscutível a sua inclusão na sociedade.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 - Metodologia

Neste primeiro capítulo do estudo empírico serão definidos o problema, o objeto e os objetivos deste estudo, assim como o enquadramento epistemológico e metodológico do problema de investigação. Será definida ainda a amostra, o modelo de análise, os procedimentos éticos da presente investigação e o processamento de dados-SPSS.

1.1- Definição do problema, do objeto e dos objetivos do estudo

Considerando o enquadramento teórico e a definição da problemática relativa à intervenção pela arte e das potencialidades da musicoterapia na perceção sobre a qualidade de vida, passamos a descrever sucintamente o problema de investigação e o objeto de estudo.

Coloco como pergunta de investigação a seguinte: em que medida pode a intervenção pela arte, através da participação dos idosos num coro, melhorar a qualidade de vida da população idosa institucionalizada?

Daqui resulta que o objeto de estudo desta investigação, tal como definido nos pontos anteriores, se coloca no âmbito das potencialidades que a participação dos idosos num grupo de canto coral apresenta para a melhoria da qualidade de vida desses mesmos participantes, quer em termos efetivos, quer em termos da qualidade de vida percecionada. Trata-se, de um ponto de vista empírico, de aflorar uma avaliação sobre os impactos da intervenção pela arte na promoção da qualidade de vida entre um grupo de pessoas idosas em situação de institucionalização total.

Partindo do pressuposto que cada vez mais os técnicos têm que reinventar formas de atuação e pressupondo as vantagens potenciais da intervenção pela arte, mais concretamente, da música, decorrem como objetivos desta investigação os seguintes:

Objetivo 1- Formação de um coro musical com um grupo de pessoas idosas em situação de institucionalização total.

Objetivo 2- Analisar os benefícios da música na melhoria do bem-estar geral, da qualidade de vida e na saúde percecionados, do ponto de vista físico, mental e espiritual entre os participantes de um grupo de pessoas idosas em situação de institucionalização total.

Este coro não será um “coro rígido”, será um “Coro Terapêutico” na medida em que não se focará na beleza das vozes, nem no seu desempenho. A escolha do repertório será feita pelas próprias intervenientes, tendo assim em atenção os seus gostos, o que se considera fomentar o *empowerment* das mesmas e permitir uma participação ativa.

1.2 – Enquadramento epistemológico e metodológico do problema de investigação

Neste capítulo, serão delineados e apresentados os aspetos metodológicos que conduziram a prossecução dos objetivos da presente investigação.

Existem variadíssimos métodos que poderão ser utilizados pelos investigadores para chegar ao conhecimento, no entanto, cada um deverá identificar quais os que melhor traduzem os seus objetivos. (Polit e Hungler, 1995, p. 17) Esta investigação é de orientação metodológica qualitativa, através da utilização dos métodos do estudo de caso e da investigação-ação, mas com recurso a uma técnica quantitativa, o uso de questionários. Poder-se-á dizer então que estamos perante uma metodologia mista, a triangulação. (Duarte, 2009, p. 3)

Numa primeira instância pretendeu-se utilizar a investigação-ação, em que os princípios orientadores implicam a participação de sujeitos, pretendendo-se que estes tenham uma participação ativa no estudo, promovendo o seu *empowerment*, utilizando recursos existentes, desenvolvendo-os para a superação de dificuldades. Esta metodologia permite a adequação de estratégias para superação de problemas concretos do contexto em questão. (Lopes, Galinha e Loureiro, 2010, p. 250) Com isto, desejou-se perceber de que forma a intervenção pela arte, através da criação de um coro musical, traria benefícios ao nível da qualidade de vida de uma população idosa institucionalizada. A análise de toda a teoria (parte integrante da investigação) levou à ação com a criação de um coro musical. Esta investigação foi desenvolvida com recurso a uma análise de estudo de um caso, ou seja, um estudo intensivo e detalhado, com vista a perceber o “caso” no seu todo. Variadas realidades podem ser concebidas como “caso” a ser analisado como indivíduos, grupos, comunidades, organizações, etc. (Coutinho, 2011, p. 293). Em relação a esta investigação, o “caso” estudado, campo-de-intervenção, foi um Lar, de carácter religioso, do distrito de Lisboa. Esta estrutura residencial tem capacidade para 51 camas, que funcionam em regime misto, ou seja,

tem camas financiadas/comparticipadas pela segurança social (em que os utentes só pagam de acordo com os rendimentos que auferem) e tem camas particulares (os utentes pagam a totalidade da mensalidade), mas todos os quartos são individuais. Uma das particularidades desta instituição é que só funciona com esta resposta social (Lar Residencial) e só tem indivíduos do sexo feminino, como suas utentes. Inicialmente quando houve o primeiro contacto com esta instituição, não houve conhecimento que só haveriam mulheres como utentes (não foi condição de escolha da investigadora), mas posteriormente decidiu-se avançar com a investigação na mesma, uma vez que não iria ser fator condicionante ao estudo.

Inicialmente, de forma oral, foi apresentado o estudo e respetivos objetivos que se iriam desenvolver, através de uma reunião com todos os elementos do lar, utentes e colaboradores, em que fora apresentada a investigadora pela Diretora Técnica da instituição. Esclareceu-se às utentes, que a participação seria voluntaria e que os dados desta investigação iriam respeitar o sigilo de todos os participantes.

Foi posteriormente passado o pré-teste, com o questionário Whoqol-bref que avalia a qualidade de vida. Este questionário de acordo com Vaz Serra *et al* (2006) poder-se-á administrar de três formas, são elas: Autoadministrado, em que o sujeito em estudo o preenche sem qualquer ajuda; assistido pelo entrevistador, em que o entrevistador esclarece dúvidas acerca de questões que suscitem duvidas ao respondente; ou poderá ser administrado pelo entrevistador, ou seja, é o investigador que lê as questões, esclarece-as e assinala a resposta do entrevistado. Nesta investigação todos os questionários foram administrados pelo entrevistador, simplesmente porque algumas das utentes eram analfabetas e outras referiam “não conseguir ler letras pequenas”. Nesta fase responderam ao questionário 41 utentes do lar, sendo que este não estava completo na sua totalidade (51), tinha 49 camas ocupadas, 1 utente recusou-se a participar no estudo e 7 utentes não tinham condições físicas e psíquicas para o fazer.

Desenvolveu-se posteriormente então nesta estrutura residencial o saber, construído através da ação específica de criação de um coro musical, com 15 utentes que desejaram participar de forma voluntaria. Este Coro tinha ensaios semanais (1x por semana), com duração de uma hora, durante quatro meses, em que a investigadora era a maestrina. O repertório musical (as músicas selecionadas), foi escolhido conjuntamente com as participantes, em que a música popular portuguesa e música sacra

predominavam. Durante este período utilizou-se a técnica da observação participante, ou seja, a investigadora observava o contexto e participava ativamente no estudo, interagindo com os participantes. (Coutinho, 2011, p. 290)

Após o período de ação deste coro, os ensaios terminaram e foram novamente passados os questionários (pós-teste), tanto às utentes que participaram no coro como às restantes utentes institucionalizadas. Nesta fase obtiveram-se 39 respostas, menos duas que no pré-teste, uma vez que duas utentes faleceram durante o intervalo de pré-teste para pós- teste.

A combinação de métodos qualitativos e quantitativos, a triangulação, permitiu assim uma imagem mais abrangente e holística do fenómeno em estudo, permitindo à investigadora uma análise mais crítica face aos dados recolhidos. (Duarte, 2009, p.14).

1.3-Definição da Amostra

Considera-se amostra, um conjunto de sujeitos com as mesmas características da população proveniente. A amostra não significa que seja constituída por indivíduos, esta poderá também ser de documentos, etc. (Coutinho, 2011, p. 85).

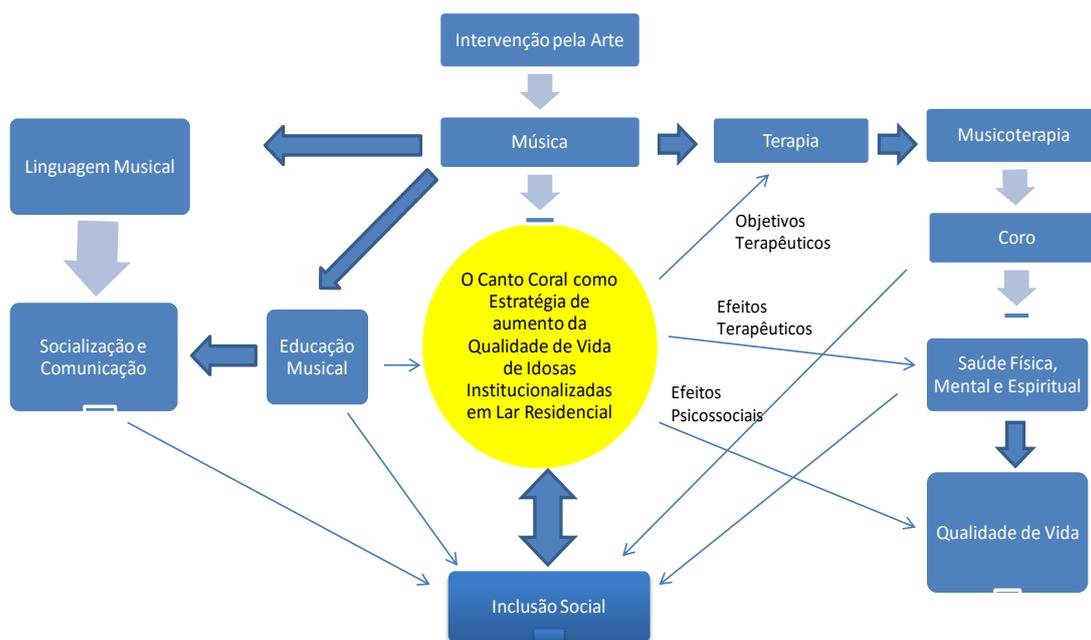
Existem diversas formas de seleção da amostra, concretamente para esta investigação foi utilizada uma amostragem por *clusters*, ou seja, houve uma seleção aleatória dos indivíduos para amostra, dentro de grupos já existentes. Assim dentro do país, foi escolhida a cidade de Lisboa (distrito), dentro da cidade uma zona específica, dentro da zona uma instituição e dentro desta, um conjunto de indivíduos. Foram selecionados 41 elementos (n=41). (Coutinho, 2011, p. 89).

Os elementos excluídos do estudo, ou seja, que faziam parte integrante do lar mas que foram considerados inaptos para esta investigação, eram idosas acamadas que não estavam com as suas capacidades mentais válidas, nem falavam.

1.4- Modelo de análise

O modelo de análise abaixo retratado explica de forma sucinta toda a investigação.

Figura Nº1 – modelo de análise



Fonte: elaborado pela autora

De acordo com o modelo de análise, o objetivo central desta investigação é perceber de que forma o canto coral pode ser estratégia de aumento da qualidade de vida de idosas institucionalizadas em lar residencial.

Segundo Marques (2013) a intervenção pela arte, pela cultura, ou seja, a utilização desta seja ela ao nível da dança, da música, do teatro, etc., é um grande instrumento para trabalhar com os mais diversos grupos de indivíduos, tendo em conta que esta promove a comunicação e a relação interpessoal, evitando deste modo o isolamento, promovendo a inclusão social.

Nesta investigação recorreu-se ao uso da arte musical, enquanto terapia, no modelo de coro, permitindo através da voz a expressão de sentimentos individuais. De acordo com a Direção Geral de Saúde, as atividades grupais, sejam elas ao ar livre ou não, podem ser das principais formas de superação da depressão/ isolamento das pessoas, principalmente de pessoas idosas, que estão sujeitas (devido à quebra das suas relações sociais), à exclusão. Estas atividades fomentam a sua inclusão e promovem a sua saúde mental. A música funciona assim como uma forma de comunicação, quebra barreiras, facilita a socialização e o sentimento de pertença ao grupo. Nogueira (s.d., p.5) corrobora esta ideia esclarecendo que a música como terapia (musicoterapia), potencia as ligações cerebrais, promovendo o desenvolvimento cognitivo e a manutenção das funções do cérebro, funcionando desta forma como fator retardante de demências, muitas vezes associadas à fase do envelhecimento.

Assim, o canto coral, promove o relacionamento com o exterior (uma vez que estas idosas estão institucionalizadas) e conseqüentemente melhora a sua autoestima. Pretende-se que este coro além de ser uma atividade lúdica, seja também um momento de aprendizagem da educação musical (colocação da voz, perceção de diversos ritmos, etc.).

A qualidade de vida está interligada à noção de saúde e bem-estar físico, psicológico e social. Para promoção da saúde existem variadíssimas técnicas, uma das aconselhadas é o uso da música. Oliveira, M., Oselame, G., Neves, E. & Oliveira, E. (2014, p.871) salientam que a música é das terapias mais usadas, como recurso terapêutico, pois esta aumenta a qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que atua ao nível físico, mental e social ressoando a recuperação em várias doenças.

Partindo destas premissas pretende-se testar as seguintes hipóteses:

Hipóteses gerais:

H1 – A participação dos idosos no grupo coral, enquanto estratégia de musicoterapia, tem impactos positivos na perceção geral sobre o estado de saúde da população participante;

H2 – A participação no grupo coral, enquanto estratégia de musicoterapia e de maior integração num grupo de pares, tem impactos positivos na perceção geral sobre a qualidade de vida dos próprios participantes.

Hipóteses específicas:

H1.1 – A participação no grupo coral acarreta efeitos positivos na percepção sobre o próprio estado de saúde nos domínios (i) físicos e (ii) psicológico.

H1.2 - H1.1 – A participação no grupo coral acarreta efeitos positivos na percepção sobre a própria qualidade de vida nos domínios (i) das relações sociais e (ii) ambiental.

1.5 – Procedimentos Éticos da Investigação

Verificou-se uma grande abertura por parte da instituição interveniente no estudo tendo havido uma reunião prévia com os responsáveis da instituição para esclarecimento de todos os contornos deste.

Foi efetuado um contacto personalizado com todas as idosas da instituição, sendo que a participação destas no estudo, esteve sujeita à obtenção prévia do consentimento esclarecido. Foi facilitada informação importante e de interesse para o mesmo, tal como: a apresentação dos objetivos e finalidades da investigação, o esclarecimento da importância da contribuição de cada participante, o carácter voluntário da participação, o agradecimento pela participação, a garantia de confidencialidade dos dados e disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir acerca e durante a investigação.

As idosas selecionadas para o estudo obedeceram ao critério de estarem conscientes e orientadas no tempo e no espaço.

1.6 – Processamento dos dados – SPSS

Como ferramenta de análise estatística e tratamento de dados, a utilização do software SPSS, foi pertinente para a criação de uma base de dados e, subsequentemente, um livro de códigos para a categorização das respostas obtidas a partir do instrumento de recolha de dados. Neste sentido, foi ainda utilizado o Syntax do WHOQOL-bref para o SPSS de Vaz Serra & Canavarro (s.d.), permitindo o tratamento e análise das escalas do instrumento. No contexto da apresentação dos resultados da investigação, foram aplicadas estatísticas descritivas mediante uma análise em torno das frequências relativas e absolutas, por um lado, por outro, aplicados testes não-paramétricos,

nomeadamente na comparação de médias entre os domínios e as facetas que compõem as escalas do WHOQOL-Bref, e ainda, o cálculo da regressão linear de modo a determinar a percentagem da variância explicada do modelo. Para a comparação das médias, o cálculo *T-Student* foi determinado para um nível de significância de $p \leq 0,05$, avaliando a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias e a regressão linear dos domínios compostos pelo WHOQOL-bref, explicando cerca 95% da amostra em estudo.

2 - Apresentação dos Resultados

Neste segundo capítulo do estudo empírico será feita a caracterização sociodemográfica da amostra, a análise descritiva do grupo de doentes, a avaliação de qualidade de vida subjetiva com o uso do instrumento metodológico WHOQOL-BREF, a avaliação da consistência interna, a estabilidade temporal, a validade discriminante, será feita a análise descritiva das questões, o domínio geral da qualidade de vida, o domínio físico, o domínio psicológico, o domínio ambiente, a validade do constructo e a análise descritiva do constructo.

2.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Na presente investigação, cujo objetivo principal é o de medir o impacto do canto coral, enquanto estratégia de musicoterapia grupal, na qualidade de vida de pessoas idosas institucionalizadas, o total de indivíduos participantes, que compõe a nossa amostra, foi de 41 casos. Pela reduzida dimensão da amostra, a validade estatística dos testes poderá estar comprometida, pelo que a dimensão amostral, e respetivas restrições analíticas, são tidas em conta na aplicação dos testes e na análise dos seus resultados; em alguns domínios de análise, como propõe, aliás, a WHOQOL-Bref, é feita uma comparação entre grupos, sendo o critério de distinção a resposta à questão “está atualmente doente?”, no sentido de apurar diferenças significativas entre um grupo de participantes doentes e outro de não-doentes. Os resultados serão apresentados na tabela nº 7.

Uma vez que a amostra é composta por inquiridos do sexo feminino, correspondendo a 100% da sua observação, excluímos a análise da variável sociodemográfica *sexo*, sendo passando-se diretamente à análise descritiva da *idade*, seguida por *estado civil*, *habilitações académicas/escolares*, *situações profissional passada* e por fim, a *naturalidade* das inquiridas.

Podemos constatar a partir dos dados apresentados na tabela nº 6 que a média das idades, em termos percentuais, apresentam-se maioritariamente entre 81-90 anos, compondo cerca de 68,3% (n=28) da amostra. Podemos assim averiguar que estamos perante uma amostra que apresenta idades avançadas, seguida por uma faixa etária entre 71-80 anos, com cerca de 19,5% (n=8); os valores extremos da variável representam

cerca de 2,4% (n=1) e 9,8% (n=4), respetivamente, entre inquiridas que têm entre 51-60 anos e 91 ou mais anos de idade.

No que respeita à variável estado civil, é possível salientar que cerca de 58,5% (n=24) são viúvas e 31,7% (n=13) são solteiras. Pequenas variações são visíveis entre o estado casado/a e divorciado/a, respetivamente, 2,4% (n=1) e 7,3% (n=3). Sobre as habilitações escolares, podemos constatar que estamos perante uma amostra com baixos níveis de escolaridade. Cerca de 58,5% (n=24) da amostra possuem habilitações literárias entre o 1º e o 4º ano de escolaridade e cerca de 4,9% (n=2) afirmam não saberem ler nem escrever; por sua vez, cerca de 24,4% (n=10) possuem níveis de escolaridade entre o 5º e 12º ano de escolaridade; e com 7,3% (n=3), inquiridas com níveis de escolaridade correspondente ao ensino superior.

Relativamente à situação profissional passada das inquiridas, é de destacar uma forte predominância acentuada sobre os trabalhos não qualificados que, no caso da presente investigação e segundo a classificação nacional das profissões do INE (2010) referem-se a trabalhos domésticos, têm uma representação percentual de 53,7% (n=22); seguida por pessoal administrativo com cerca de 26,8% (n=11); trabalhadores de serviços pessoais e vendedores, representam 7,3% (n=3); e com menor peso percentual, as profissões do sector terciário com 4,9% (n=2) e 2,4% (n=1), respetivamente, profissões de nível intermédio e especialistas de atividades intelectuais. Por fim, existem variações significativas entre a naturalidade das inquiridas. A repartição da amostra por NUTS's II demonstra que, cerca de 36,6% (n=15) e 29,3% (n=12) pertencem, respetivamente, às regiões do Centro e Lisboa; por sua vez, Alentejo e Norte, representam cerca de 19,5% (n=8) e 7,3% (n=3) da amostra; por fim, com menor valor percentual, encontra-se a região do Algarve (2,4%, n=1) e fora do território nacional, cerca de 4,9% (n=2) da amostra.

Tabela Nº 6 – Dados sociodemográficos da amostra

Variáveis	Rótulos	F.	%
Idade	51 – 60 Anos	1	2,4
	71 – 80 Anos	8	19,5
	81 – 90 Anos	28	68,3
	91 ≤ Anos	4	9,8
	N	41	100
Estado Civil	Solteiro/a	13	31,7
	Casado/a	1	2,4
	Divorciado/a	3	7,3
	Viúvo/a	24	58,5
	N	41	100
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever	2	4,9
	Sabe ler	2	4,9
	1º - 4º Escolaridade	24	58,5
	5º - 6º Escolaridade	5	12,2
	7º - 9º Escolaridade	3	7,3
	10º - 12º Escolaridade	2	4,9
	Estudos Universitários	3	7,3
	N	41	100
Profissão	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	4,9
	Técnicos e profissões de nível intermédio	1	2,4
	Pessoal administrativo	11	26,8
	Trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	3	7,3
	Operadores de instalação e máquinas	2	4,9
	Trabalhadores não qualificados	22	53,7
	N	41	100
Naturalidade	Norte	3	7,3
	Centro	15	36,6
	Lisboa	12	29,3
	Alentejo	8	19,5
	Algarve	1	2,4
	Internacional	2	4,9
	N	41	100

Fonte: elaborado pela autora

2.2- Análise descritiva do grupo dos doentes

Sobre o total da amostra em análise, cerca de 58,5 (n=24) das inquiridas respondem afirmativamente à questão sobre se se encontram atualmente doentes; enquanto as restantes inquiridas, cerca de 41,5% (n=17), respondem negativamente. Os

dados permitem portanto afirmar que estamos perante um grupo amostral em que existem inquiridas “doentes” e inquiridas “não doentes”, o que constitui uma variável determinante para medir as perceções sobre a própria qualidade de vida entre um grupo etário maioritariamente idoso e, como veremos, com doença prolongada ou crónica.

No que diz respeito ao regime de internamento, face à condição de doença das inquiridas, cerca de 41,5% (n=17) da amostra se encontra em regime de internamento em consulta externa; com ambos regimes, isto é, internamento e consulta externa, cerca de 12,2% (n=5); com menor expressão, encontram-se em regime de internamento 2,4% (n=1) e por desconhecimento 2,4% (n=1) da amostra em estudo.

De modo a situar os tipos de doenças identificadas pelas inquiridas, optámos por uma tipologia de serviços médicos (Canavarro, 2007) entre os quais, foi possível categorizar 6 especialidades hospitalares. Com maior peso percentual, cerca de 19,5% (n=8) encontra-se a ortopedia; seguida por medicina III/reumatologia com 12,2% (n=5); pneumologia e psiquiatria, registando valores entre 9,8% (n=5) e 7,3% (n=3) dos casos; e por último, a gastroenterologia e oncologia, respetivamente, 4,9% (n=2) e 2,4% (n=1).

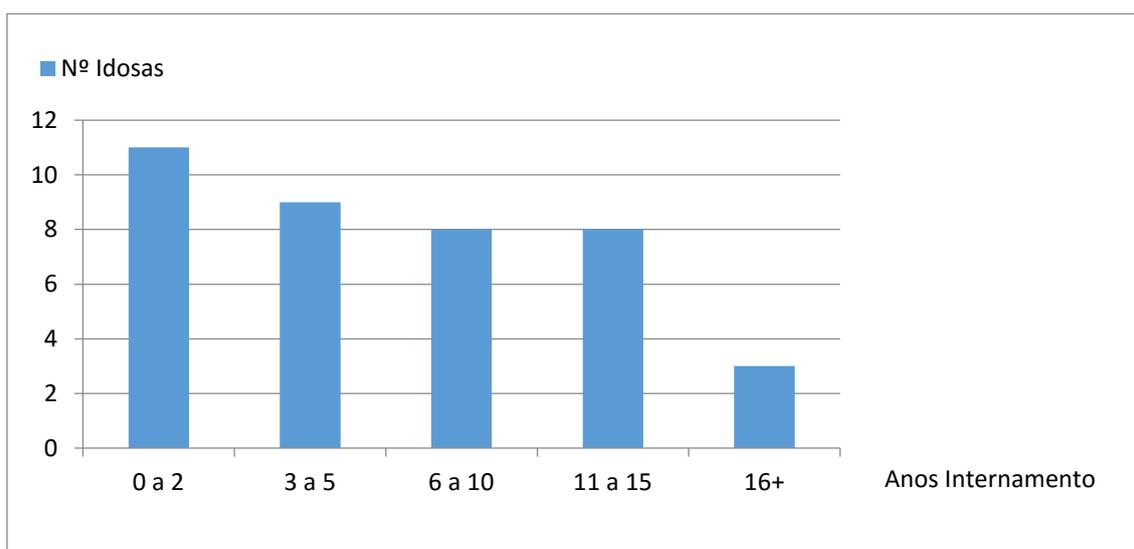
Foi também incluído no questionário, a possibilidade de especificar uma variável que medisse o tempo em que as inquiridas se encontram em situação de doença. Para tal variável, foi utilizada uma tipologia que permitisse agregar os casos em meses, como sendo doenças ligeiras ou não crónicas, e anos, identificando doenças prolongadas e crónicas. Neste sentido, cerca de 19,5% (n=8) da amostra demonstra um tempo de doença inferior a seis meses; por sua vez, o tempo relativo que acompanha a vida das inquiridas igual ou superior a seis meses a cinco anos, compreende 24,4% (n=10) da amostra; em situações de avanço, com um tempo relativo igual ou superior a seis anos, compreendem cerca de 14,6% (n=6) da amostra. A variável tempo de doença assume um grau de pertinência elevado no contexto da presente investigação, não apenas na demonstração do tempo relativo da doença das inquiridas, como de igual modo, na evidência das perceções da qualidade de vida deste grupo em análise.

Tabela Nº 7 – Dados referentes à situação de doença

Variáveis	Rótulo	F	%
Doente	Sim	24	58,5
	Não	17	41,5
	N	41	100
Regime de Internamento	Internamento	1	2,4
	Consulta Externa	17	41,5
	Internamento e Consulta Externa	5	12,2
	Desconhece	1	2,4
	N	24	58,5
Serviço Médico	Ortopedia	8	19,5
	Psiquiatria	3	7,3
	Medicina III/ Reumatologia	5	12,2
	Pneumologia	4	9,8
	Gastroenterologia	2	4,9
	Oncologia	1	2,4
	Desconhece	1	2,4
	N	24	58,5
Tempo de Doença	<6 Meses	8	19,5
	6 meses – 2 anos	2	4,9
	3 anos – 5 anos	8	19,5
	6 anos ≤	6	14,6
	N	24	58,5

Fonte: elaborado pela autora

Gráfico Nº 1- nº de anos de internamento em lar



Fonte: elaborado pela autora

O gráfico acima demonstra a relação entre o número de idosas do lar que participaram no estudo e o tempo de internamento no mesmo. Pode-se constatar que onze idosas encontram-se no lar há menos de dois anos, mas que o número maior se situa entre três a quinze anos na instituição. Apenas três utentes se encontram há mais de dezasseis anos. Denota-se assim uma permanência de igual ou superior a 6 anos de grande parte da população residente. A média de anos de internamento é de seis.

2.3 - Avaliação de qualidade de vida subjetiva – WHOQOL-bref

Nesta investigação procedeu-se ao uso do instrumento metodológico WHOQOL-bref. Trata-se de uma ferramenta que avalia o nível de qualidade de vida, através de uma escala tipo Likert, com variação entre um e cinco. Sendo o primeiro ponto da escala um, valor mínimo, designa uma posição de não concordância ou negatividade, e cinco, valor máximo, situa o último ponto da escala numa posição divergente, ou seja, de concordância, favorabilidade ou afirmação em relação à faceta que corresponde cada uma das vinte e seis questões, repartidas entre cinco domínios: o domínio físico, psicológico, relações sociais, ambiente e qualidade de vida (geral).

É assim uma escala que procura situar o entrevistado em relação a uma faceta. E quanto mais próximo o inquirido situar a sua resposta na pontuação máxima, mais esta resposta será indicativa de um nível, em termos preceptivos, da qualidade de vida bastante positiva. As vinte e seis facetas que compõe o instrumento encontram-se repartidas por quatro domínios essenciais e um geral, como visto anteriormente.

Procurando averiguar a validação dos índices do constructo em análise, verificando a existência ou não de níveis de significância estatística, entre idosos doentes e não doentes, foram realizados testes *t Student* para amostras independentes. Tal finalidade, procuraria comparar as médias entre os dois grupos em análise, adotando o critério de $p \leq 0.05$. este critério assume que a diferença seja tomada em consideração por níveis de significação, calculando posteriormente a regressão linear e determinando a explicação do modelo pelos valores percentuais da variância.

2.4 – Avaliação da consistência interna

De acordo com os autores Maroco e Garcia-Marques, o índice *alfa de Cronbach* é uma medida que estima a uniformidade de um conjunto de itens e que contribui “para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1” (Maroco e Garcia-Marques 2006, p. 73). A propriedade que define o índice de *alfa* é o da medição da consistência interna de uma determinada escala, cuja análise reflexiva baseia-se no conjunto dos coeficientes médios estimados pela consistência interna. Desta forma, a consistência interna é uma medida que estima a fiabilidade de um determinado instrumento (*ibid*). A estimativa é o cálculo de uma relação de variabilidade, uma vez que “quanto menor é a variabilidade de um mesmo item numa amostra de sujeitos, menor é o erro de medida que este possui associado” (*ibid*). Isto é, “quanto menor for a soma das variâncias dos itens relativamente à variância total dos sujeitos, mais o coeficiente se aproxima de 1” (*ibid*), traduzindo assim uma uniformidade dos itens, em termos de consistência e fiabilidade do instrumento utilizado.

Como base de partida, tal como é sugerido por Maroco e Garcia-Marques (2006, p. 73), optamos por analisar os níveis de fiabilidade, resultantes da aplicação do WHOQOL-bref, recomendados por Murphy e Davidshofer (1988). Para um índice de α que apresente valores <0.6 , o nível de fiabilidade será inaceitável; para níveis de fiabilidade baixa, $\alpha = 0.7$; para níveis de fiabilidade moderada a elevada, $\alpha = 0.8$ e 0.9 ; e elevada para $\alpha 0.9 <$. Tomando em consideração os resultados obtidos a partir do instrumento WHOQOL-bref para medir o nível de qualidade de vida em idosos, numa visão geral, os valores da consistência interna apresentam-se como satisfatórios. No que diz respeito para o domínio geral da qualidade de vida, composto por duas facetas, o índice de α obtido foi de 0.8 , indicando, de acordo com Murphy e Davidshofer, um nível de fiabilidade moderada a elevada.

Relativamente aos quatro domínios, o mesmo procedimento estimativo foi calculado. Para os domínios físico, psicológico e ambiente apresentam valores de α que indicam um nível de fiabilidades moderada a elevada, respetivamente, 0.9 , 0.8 e 0.8 . Com menor valor de α registado, o domínio das relações sociais é aquele que apresenta um nível de fiabilidade com valores ligeiramente abaixo do desejável, $\alpha = 0.6$. Os valores obtidos encontram-se em conformidade com estudos já realizados, testando a

consistência do instrumento em diversos contextos de investigação (Canavarro et al, 2007; Vaz Serra et al, 2006).

Tabela Nº 8 – Índice de α

Domínios	α	N	Itens
Físico	0,9	41	7
Psicológico	0,8	41	6
Relações Sociais	0,6	41	3
Ambiente	0,8	41	8
Domínio Geral Qualidade de Vida	0,8	41	2

Fonte: elaborado pela autora

2.5 - Estabilidade temporal

Tabela Nº 9 – Valores pós-teste para os diferentes domínios (n=39)

Domínios	Média/teste)	Média/Reteste	p	B
Físico	42,86	54,21	,000	0,875
Psicológico	42,17	49,68	,000	0,933
Relações Sociais	54,27	59,19	,000	0,764
Ambiente	50,30	59,13	,000	0,790

Fonte: elaborado pela autora

Para testar as hipóteses em avaliação, foi aplicado um pós-teste da WHOQOL-Bref, 4 meses depois da aplicação do primeiro teste (neste caso, pode considerar-se um pré-teste). A avaliação sobre o estado de saúde e a qualidade de vida que a WHOQOL permite foi, neste momento de avaliação, diferente em alguns aspetos impossíveis de controlar nesta investigação e com este instrumento de avaliação. Por exemplo, houve uma redução do grupo amostral em 2 membros e a distribuição dos participantes no coro pelos grupos "doentes" e "não doentes" sofreu alterações. Tendo havido um desvio de alguns casos do grupo "doente" no pré-teste para o grupo "não-doente" no pós-teste suscita algumas interrogações. Sabendo-se que com este instrumento a formação destes grupos decorre da resposta dos próprios inquiridos à questão "encontra-se atualmente doente?", a diferente distribuição dos mesmos pode decorrer de diversos fatores - decorrentes de estados de saúde conjunturais, como por exemplo, estados gripais ou outros de tratamento sintomático rápido, que tenham já desaparecido no momento de aplicação do pós-teste; de uma melhoria gradual dos cenários sintomáticos das patologias crónicas dos participantes; ou, na melhor das hipóteses (impossível de verificar), do próprio impacto geral da participação no grupo coral na perceção sobre o estado de saúde dos idosos. Mantivemos, no entanto, a mesma distribuição por grupos para a aferição de algumas evoluções nos desempenhos para cada um dos domínios em avaliação.

A tabela 9 apresenta assim a comparação entre as médias obtidas para os quatro domínios. O pós-teste foi aplicado no seguimento da criação do grupo coral e da participação dos idosos no mesmo, ao que se seguiu um melhoramento, em termos

médios, dos apuramentos nos quatro domínios de aferição da qualidade de vida. As hipóteses em avaliação parecem de alguma forma corroboradas pela aplicação do pós-teste da WHOQOL. É possível observar um melhoramento das médias, sobretudo, para o domínio físico ($m=54,21$), psicológico ($m=49,68$) e do ambiente ($m=59,13$). Não obstante o facto de registar também um melhoramento, o domínio relações sociais foi o que obteve um melhoramento menos expressivo. No que diz respeito aos níveis de significância, para $p < 0,05$, é possível ainda observar que todos os domínios registaram diferenças estatisticamente significativas.

Sobre as correlações entre os domínios, os valores apresentados demonstram coeficientes altos e significativos. Os dados apontando para níveis de significância significativos nos dois tempos avaliados, indicando que houve melhorias de perceção de qualidade de vida entre os idosos, com doença e sem doença, no lar após a criação do coro. Os valores da correlação teste- pós-teste para o domínio físico ($r= 0,875$, $p < 0,005$), para o domínio psicológico ($r= 0,933$, $p < 0,005$), para o domínio relações sociais ($r=0,764$, $p < 0,001$) e para o domínio ambiente ($r=0,790$, $p < 0,005$) são aceitáveis e bons. Estes dados encontram-se assim em conformidade com os resultados apresentados por Canavarro *et al* (2007).

O facto de mostrar um impacto significativo nos quatro domínios de avaliação da qualidade de vida, a formação do coro com os idosos e a participação destes no mesmo pode, porventura, explicar o facto da própria distribuição do grupo entre “doentes” e “não doentes” ter ocorrido no pós-teste. De facto, com melhorias da sua qualidade de vida nos domínios físico, psicológicos, ambiental e das relações sociais, a melhoria geral pode alavancar uma perceção globalmente mais positiva sobre o estado de saúde do próprio, sendo portanto perfeitamente elegível a colocação em hipótese de que a participação do grupo, enquanto estratégia de musicoterapia, comporte efeitos positivos na perceção geral sobre o estado de saúde, diminuindo os impactos da “doença”, mesmo nos casos em que há registo de doença crónica (como nos casos destes idosos), na formação das perceções sobre qualidade de vida, estado de saúde e sentimento de bem-estar geral. A primeira hipótese em avaliação (de que a participação dos idosos no grupo coral, enquanto estratégia de musicoterapia, tem impactos positivos na perceção geral sobre o estado de saúde da população participante) parece portanto plausível de verificação, embora com não possa, de facto, ser comprovada (porque a

Whoqol- Bref não faz uma aferição dos motivos que levam os idosos a responder sim ou não à questão “encontra-se atualmente doente”).

2.6- Validade discriminante

Analisando estatisticamente diferentes percepções entre inquiridos, sobretudo no que diz respeito a níveis de qualidade de vida, tal análise contemplou a repartição da amostra em dois grupos. Tomando em consideração o universo de respostas obtidas a partir da questão B1a (Está atualmente doente?) foi possível categorizar um grupo de inquiridos cuja resposta fosse afirmativa, considerando para tal o grupo “doentes” (n=24); e negativa, como sendo o grupo “não-doentes” (n=17). Os dados apresentados na tabela 9 revelam diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios entre ambos grupos. Em termos médios, para o grupo dos doentes, destacam-se os domínios: físico (9,60), psicológico (9,58) e o domínio geral da qualidade de vida (9,83), que apresentam valores médios mais baixos quando comparados com os valores médios, dos mesmos domínios, para o grupo “não-doentes”: físico (12,64), psicológico (12,39) e domínio geral qualidade de vida (13,65). Com menor variação média encontram-se os domínios relações sociais e ambiente, respetivamente, 12,17 e 11,63 para o primeiro grupo; por sua vez, o segundo grupo apresenta valores médios para o domínio das relações sociais de 13,41 e para o domínio ambiente 12,65. Comparativamente, a percepção dos níveis de qualidade vida difere consoante os grupos, e em termos gerais, são os idosos com doença o grupo que apresenta níveis de percepção reduzidos face a uma percepção da qualidade de vida. A doença, de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2014, é apontada como ameaça contra a segurança humana e coloca em risco e em situação de vulnerabilidade, grupos etários como os idosos, propensos a uma maior probabilidade a incapacidades (2014, p. 23), justificando assim as diferenças apontadas pelo WHOQOL-Bref na presente análise.

Tabela Nº 10 – Validade discriminante entre grupos para valores pré-teste;

Domínios	Doentes n=24		Não Doentes n=17		<i>t-Student</i>	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i> *
Físico	9,60	2,223	12,64	2,672	-3,972	,000
Psicológico	9,58	2,291	12,39	3,309	-3,217	,003
Relações Sociais	12,17	2,617	13,41	2,133	-1,616	,114
Ambiente	11,63	1,313	12,65	2,350	-1,780	,083
Qualidade de vida	9,83	2,496	13,65	3,408	-4,141	,000

*Teste *t-student*, nível de significância 0,05 ($p < 0,05$)

Fonte: elaborado pela autora

De modo a colmatar uma análise casualística, procedeu-se à determinação do teste *ANOVA*, recorrendo ao *software SPSS*. Trata-se de um teste de comparação de médias que permite uma leitura estatística a experiências que correspondam a diferentes grupos. Perante a investigação aqui descrita, procura-se comparar as perceções entre o grupo “doentes” e “não-doentes”. Para tal, foram tomadas em consideração os níveis de significância do teste *ANOVA*, para cada domínio. Este dado aponta as diferenças, caso sejam estatisticamente significativas, entre os grupos em análise, considerando para tal, uma variável dependente e outra independente, contrariamente a uma análise casualística. Desta forma, o valor de *p*, que indica a probabilidade de significância, é considerado como menor do que *05*, resultando que este dado seja estatisticamente significativo. Isto significa que, a probabilidade de a diferença se dever a um acaso resulta, com um nível de confiança de 95%, numa probabilidade inferior a 5%.

Os valores apresentados na tabela 10 constam dos valores do teste *t*, com registo e cálculo das variâncias amostrais ($\text{Var} [\bar{X}] = \sigma^2/n$), para uma amostra independente, realizada durante o pré-teste. Os resultados obtidos indicam diferenças estatisticamente significativas, quando comparados ambos grupos, entre os domínios físico, psicológico e domínio geral qualidade de vida. O teste demonstrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança, uma vez que a significância associada ao teste foi inferior a 0,05. Tratando-se de um teste bilateral, e

comparando diretamente $p\text{-value} = ,000$ a $\alpha = 0,05$ (nível de significância), temos que: Para o domínio físico ($p\text{-value} = ,000$), para o domínio psicológico ($p\text{-value} = ,003$) e para o domínio geral da qualidade de vida ($p\text{-value} = ,000$), valores menores que 5 ($p < 0,05$) rejeitamos a hipótese nula (não existência de diferenças estatisticamente significativas) e afirmamos com 95% de confiança que o grupo “doentes” mantêm níveis de percepção de qualidade de vida inferiores ao grupo “não-doentes”. Para os domínios relações sociais e ambiente da aplicação do teste t resultou a inexistência de diferença estatisticamente significativa, ou seja, a não possibilidade em determinar com 95% de confiança a existência de diferentes percepções sobre a qualidade de vida entre ambos grupos. Pode, assim, colocar-se em hipótese que a percepção sobre a qualidade de vida no domínio das relações sociais e da percepção sobre o ambiente envolvente não dependem dos idosos se considerarem doentes ou não, embora não se possa, com este grupo amostral não representativo, fazer inferências deste tipo. Todavia, procurando avaliar a validade discriminante do instrumento WHOQOL-Bref, esta será procedida pelos valores médios de cada domínio, entre ambos grupos. Há uma tendência para o grupo “não-doentes” apresentar valores médios mais altos do que o grupo “doentes” para os domínios físico e psicológico, o domínio 4, do ambiente, apresentou o teste de significância limítrofe e o domínio 3, o das relações sociais, não mostrou diferenças estatisticamente significativa, entre ambos grupos.

Relativamente aos dados recolhidos no momento pós-teste, estes revelam sinais de uma deslocação entre os níveis de percepção de qualidade de vida. Sobretudo, e considerando para o efeito a gramática estatística anterior, os resultados indicam uma melhoria de percepções face ao domínio psicológico. A avaliação de aspetos positivos da vida, autoestima, autossatisfação e a frequência de sentimentos negativos, registaram mudanças de percepção de qualidade de vida. Como se pretende constatar na presente investigação, avaliar o impacto dos efeitos músico terapêuticos na vida das pessoas de um lar, a recolha dos dados do pós-teste foi partilhado com outro momento, perpetrado com o grupo do lar, na criação de um coro musical. A disponibilização de uma agenda que ocupasse um lugar terapêutico no quotidiano das pessoas do lar, traduziu um impacto sobre o domínio psicológico, quando comparado com os resultados obtidos na tabela anterior.

Tabela Nº 11 – Validade discriminante entre grupos para valores pós-teste;

Domínios	Doentes n=18		Não Doentes n=17		<i>t-Student</i>	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i> *
Físico	16,94	4,33	22,11	4,67	-3,398	,002
Psicológico	44,55	3,27	18,58	4,96	-2,853	,007
Relações Sociais	8,72	1,74	10,05	1,59	-2,360	,029
Ambiente	22,94	2,62	25,29	4,70	-1,180	,075
Qualidade de vida	4,94	1,39	6,82	1,70	-3,582	,001

*Teste *t-student*, nível de significância 0,05 ($p < 0,05$)

Fonte: elaborado pela autora

Quando comparadas as médias entre os domínios, demonstrado na tabela 11 e obtidas pelo pós-teste, é possível assinalar um aumento que corresponde ao melhoramento dos níveis de perceção de qualidade de vida. Especificamente, o domínio físico, psicológico e ambiente, são os domínios para os quais, os valores apresentam melhorias, em termos de perceção de qualidade de vida. Em certa medida, estas mudanças são constatadas com o período pós-criação do coro, como já mencionado atrás, e cuja dinâmica com efeito terapêutico permitiu consolidar aspetos positivos.

2.7 – Análise descritiva das questões

A base analítica deste ponto terá como incidência primordial os resultados obtidos a partir da comparação de médias, calculada para cada um dos domínios que compõe o instrumento WHOQOL-Bref. Procura-se assim identificar os domínios que apresentem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo “doentes” e “não-doentes”, para os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Não obstante as questões Q1 (sobre a qualidade de vida), e Q2 (satisfação com a vida) não constituírem facetas presentes nos quatro domínios integrantes do instrumento, procedeu-se a uma análise semelhante no que diz respeito a domínio geral da qualidade de vida. Tomando em consideração a sua pertinência para o contexto empírico da

presente investigação, procedeu-se ao seu cálculo, através do *software SPSS*, de modo a constituir uma visão geral das perceções do nível de qualidade vida, entre ambos grupos em análise.

Do universo de itens submetidos ao teste *t-student*, das vinte e seis facetas integrantes do instrumento WHOQOL-Bref, apenas 13 apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre idosos com doença em relação a idosos sem doença. A apresentação dos resultados obtidos será feita em tabelas, identificando as facetas, itens e questões, com os seus respetivos domínios pertencentes, procedendo desta forma, a uma análise descritiva dos dados.

A apresentação dos resultados obtidos evidenciam os valores da média (M), desvio-padrão (DP), comparação de médias (*t*) e nível de significância (*p*), valores apresentados para ambos grupos, idosos com doença e idosos sem doença. Tais resultados encontram-se contemplados a partir dos dados obtidos e categorizados pelas escalas ordinais, das vinte e seis facetas. Estas escalas, de tipo Likert, medem diferentes graus de perceção, possibilitando uma posição negativa (ponto 1), neutra (ponto 3) ou positiva (ponto 5). É de referir ainda que, para o domínio relações sociais, este não apresentou diferenças estatisticamente significativas, isto é, não será possível determinar com um grau de confiança de 95% as diferenças existentes entre idosos sem doença e idosos com doença.

2.8 – Domínio Geral – Qualidade de Vida

Os valores contemplados na tabela 12 evidenciam as médias consideradas pelos níveis de perceção de qualidade de vida entre idosos com doenças e idosos sem doença. Relativamente à avaliação da qualidade de vida (Q1), idosos sem doença apresentam uma média de 3,47 (DP=1,06); os idosos com doença apresentam valores médios de 2,75 (DP=,847). Por sua vez, a satisfação com a vida (Q2) em idosos sem doença, apresenta valores médios de 3,35 (DP=,786) e em idosos com doenças, 2,17 (DP=,637). Os dados reportam a uma diferença média entre idosos com doenças e sem doença, para o primeiro item, uma diferença média de 0,72; já para o segundo item, a diferença incrementa para 1,18; tais diferenças sugerem que os idosos sem doença

avaliam positivamente a sua qualidade de vida quando comparados com idosos com doença.

O CEPCEP (2012, p.77) defende esta ideia salientando que a qualidade de vida está aprisionada, à noção de saúde física e psicológica dos indivíduos.

Tabela Nº 12 – Dados referentes ao teste *t-Student*, Domínio Geral Qualidade de Vida (N= frequência; M=média; DP= desvio padrão; *t*= comparação de médias; *p*= nível de significância);

DG – Qualidade de vida	Idosos	N	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>*
Q1) Como avalia a sua qualidade de vida?	Doentes	24	2,75	,847	-2,409	,002
	Não-Doentes	17	3,47	1,06		
Q2) Até que ponto está satisfeito/a com a sua vida?	Doentes	24	2,17	,637	-5,331	,000
	Não Doentes	17	3,35	,786		

*Teste *t-student*, nível de significância 0,05 ($p < 0,05$)

Fonte: elaborado pela autora

Em termos de variância, quando os dados são submetidos ao teste *t-Student*, as diferenças reveladas são estatisticamente significativas. Temos que, para a avaliação da qualidade de vida (Q1) $t = -2,409$, $p = 0,002$ e $\alpha = 0,8$; e para a satisfação com a vida (Q2) $t = -5,331$, $p = 0,000$ e $\alpha = 0,8$. Estes dados permitem confirmar que idosos sem doença determinam uma avaliação positiva de qualidade de vida comparativamente a idosos com doença.

2.9 – Domínio Físico

O primeiro domínio pertencente ao instrumento WHOQOL-Bref é o domínio físico (DF). A sua escala constitui uma medição de um conjunto de facetas: a dor e o desconforto (Q3); energia e fadiga (Q10); sono e repouso (Q16); mobilidade (Q15); actividades da vida quotidiana (Q17); dependência de medicação ou tratamentos (Q4) e capacidade de trabalho (Q18) (Canavarro *et al* 2007, p. 78). Observando os dados obtidos a partir da aplicação do instrumento, contemplados na tabela 6 abaixo, face às sete facetas que compõe o primeiro domínio, seis facetas obtiveram níveis estatísticos significativos.

As pontuações médias que apresentaram diferenças significativas, correspondem às facetas Q3, Q4, Q10, Q15, Q17 e Q18. A média obtida para Q3 foi de 3,29 (DP=1,213) para idosos sem doença e para os idosos com doença a média foi de 2,33 (DP=0,917), constando uma diferença em termos médios de 0,30 entre os grupos. Para Q4, a média obtida para idosos sem doença, foi de 3,00 (DP=0,935) e para os idosos com doença 2,29 (DP=0,751), constando uma diferença média entre grupos de 0,71. Relativamente a Q10, a média obtida para idosos sem doença, foi 2,76 (DP=0,970) e para idosos com doença, a média foi de 2,00 (DP=0,834), apresentando assim uma diferença média grupal de 0,76 valores. Para Q15, cuja escala mediria a mobilidade, a média obtida para idosos sem doença foi de 3,12 (DP=0,928) e para os idosos com doença foi de 2,13 (DP=0,900), traduzindo assim uma diferença de média grupal de 0,99 valores. No que diz respeito às atividades do quotidiano, a média obtida para idosos sem doença foi de 3,35 (DP=0,931) e para idosos com doença, a média obtida foi 2,58 (DP=0,717), obtendo para esta escala, uma diferença média de 0,77 entre os grupos. Por último, sobre a satisfação da capacidade de trabalho (Q18), a média obtida para idosos sem doença foi de 3,41 (DP=0,870) e para idosos com doença foi de 2,42 (DP=0,584), contemplando assim uma diferença grupal de 0,99 valores.

Tabela Nº 13– Dados referentes ao teste *t-Student*, Domínio Físico (N= frequência; M=média; DP= desvio padrão; *t*= comparação de médias; *p*= nível de significância);

Domínio Físico	Idosos	N	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>*
Q3) Em que medida as suas dores (físicas) o/a impedem de fazer o que precisa de fazer?	Doentes	24	2,33	,917	-2,891	,006
	Não-Doentes	17	3,29	1,213		
Q4) Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	Doentes	24	2,29	,751	-2,688	,011
	Não Doentes	17	3,00	,935		
Q10) Tem energia suficiente para a sua vida diária?	Doentes	24	2,00	,834	-2,703	,010
	Não Doentes	17	2,76	,970		
Q15) Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio/a)?	Doentes	24	2,13	,900	-3,436	,001
	Não Doentes	17	3,12	,928		
Q17) Até que ponto está satisfeito/a com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	Doentes	24	2,58	,717	-2,990	,005
	Não Doentes	17	3,35	,931		
Q18) Até que ponto está satisfeito/a com a sua capacidade de trabalho?	Doentes	24	2,42	,584	-4,389	,000
	Não Doentes	17	3,41	,870		

*Teste *t-student*, nível de significância 0,05 ($p < 0,05$)

Fonte: elaborado pela autora

Os dados obtidos a partir do teste *t-student* para DF revelam diferenças estatísticas significativas entre os grupos, entre idosos com doenças e idosos sem doença. Para Q3 ($t = -2,891$; $p = 0,06$); Q4 ($t = -2,688$; $p = 0,011$); Q10 ($t = -2,703$; $p = 0,010$); Q15 ($t = -3,436$; $p = 0,001$); Q17 ($t = -2,990$; $p = 0,005$); e Q18 ($t = -4,389$; $p = 0,000$). Estes dados permitem confirmar, com 95% de confiança ($p < 0,05$), que idosos sem doença, avaliam positivamente o conjunto de facetas que compõe o domínio físico, quando comparados com outros idosos com doença.

2.10 – Domínio Psicológico

O domínio psicológico (DP), o segundo do instrumento WHOQOL-Bref é composto pelas facetas: sentimentos positivos (Q5); pensamento, aprendizagem, memória e concentração (Q7); autoestima (Q19); imagem corporal e aparência (Q11); sentimentos negativos (Q26) e espiritualidade, religião e crenças pessoais (Q6) (Canavarro *et al* 2007, p. 78). A partir da tabela 14 são exibidas as facetas obtidas para níveis de significância elevadas, correspondendo a três.

Para Q6, espiritualidade, religião e crenças pessoais, a média obtida entre idosos sem doença foi de 3,18 (DP=1,185) e para idosos com doença foi de 2,08 (DP=1,018), traduzindo uma diferença de médias entre grupos de 1,1. No que diz respeito à aparência física, os idosos sem doença apresentam uma média de 3,18 (DP=0,951), enquanto os idosos com doença, apresentam valores médios de 2,46 (DP=0,932). A diferença média registrada entre grupos foi de 0,72. Por último, a satisfação individual, apresenta valores médios para idosos sem doença 3,47 (DP=0,943) e para idosos com doença, cerca de 2,42 (DP=0,717). A diferença média grupal, registrada nesta faceta foi de 1,05, apresentando a maior diferença estatística significativa.

Tabela Nº 14 – Dados referentes ao teste *t-Student*, Domínio Psicológico (N= frequência; M=média; DP= desvio padrão; *t*= comparação de médias; *p*= nível de significância);

Domínio Psicológico	Idosos	N	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>*
Q6) Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	Doentes	24	2,08	1,018	-3,165	,003
	Não-Doentes	17	3,18	1,185		
Q11) É capaz de aceitar a sua aparência física?	Doentes	24	2,46	,932	-2,411	,021
	Não Doentes	17	3,18	,951		
Q19) Até que ponto está satisfeito/a consigo próprio?	Doentes	24	2,42	,717	-4,066	,000
	Não Doentes	17	3,47	,943		

*Teste *t-student*, nível de significância 0,05 ($p < 0,05$)

Fonte: elaborado pela autora

No que concerne ao cálculo de comparação de médias, o teste *t-student* apresenta para Q6 ($t = -3,165$; $p = 0,003$); para Q11 ($t = -2,411$; $p = 0,021$) e para Q19 ($t =$

4,066; $p=0,000$). Estes dados permitem confirmar com 95% de confiança que idosos sem doença avaliam positivamente as facetas integrantes do domínio psicológico, quando comparados com outros idosos com doença.

2.11 – Domínio Ambiente

O domínio ambiente (DA), o quarto domínio integrante do instrumento WHOQOL-Bref, é composto pelo conjunto de facetas: segurança física (Q8); ambiente no lar (Q23); recursos económicos (Q12); cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (Q24); oportunidades para adquirir novas informações e competências (Q13); participação e/ou oportunidades de recreio e lazer (Q14); ambiente físico (Q9) e transportes (Q25) (Canavarro *et al* 2007, p. 78). Os dados da tabela 15, apresentam as duas facetas (Q14 e Q24) com maior registo de diferenças significativas entre idosos sem doença e idosos com doença. As oportunidades para realizar atividades de lazer, para idosos sem doença, apresentam valores médios de cerca de 3,24 (DP=0,831), enquanto os idosos com doença, cerca de 2,58 (DP=0,658), resultando assim numa diferença de média grupal de 0,66. Relativamente à satisfação das acessibilidades aos serviços de saúde, idosos sem doença apresentam uma média de 3,59 (DP=0,618); por sua vez, idosos com doença apresentam uma média de 3,25 (DP=0,442), traduzindo assim uma diferença média grupal de 0,34.

Tabela Nº 15 – Dados referentes ao teste *t-Student*, Domínio Ambiente (N= frequência; M=média; DP= desvio padrão; *t*= comparação de médias; *p*= nível de significância);

Domínio Ambiente	Idosos	N	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i> *
Q14) Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	Doentes	24	2,58	,654	-2,810	,003
	Não-Doentes	17	3,24	,831		
Q24) Até que ponto está satisfeito/a com o acesso que tem aos serviços de saúde?	Doentes	24	3,25	,442	-2,045	,048
	Não Doentes	17	3,59	,618		

*Teste *t-student*, nível de significância 0,05 ($p<0,05$)

Fonte: elaborado pela autora

Sobre os dados referentes ao teste *t-student*, para o domínio ambiente, os níveis de significância para Q14 ($t=-2,810$; $p=0,003$) e para Q24 ($t=-2,045$; $p=0,048$). Estes

dados, apresentados na tabela 15 confirmam com 95% de confiança ($p < 0,05$) que o grupo de idosos sem doença avaliam positivamente as facetas integrantes do domínio ambiente, quando comparados com outros idosos com doença, para o mesmo domínio.

2.12- Validade do constructo – Correlações

Do que resulta da análise descritiva anteriormente detalhada, nomeadamente no que diz respeito a índices de consistência interna e comparações de médias efetuadas entre cada faceta e domínio respetivo, em termos conceptuais os domínios psicológico, físico, ambiente e o domínio geral de qualidade de vida, encontram-se consistentemente representados (Canavarro *et al*, 2007), tanto pelas facetas como pelos domínios. Salvo exceção pelo domínio relações sociais que não apresentou níveis de significância estatísticas.

Complementarmente, procedeu-se ao cálculo das correlações entre os domínios através da correlação de Spearman, e ainda, foi feita uma análise de regressão simples aos dados, aplicando modelo de regressão linear simples. Os dados referentes a estas operações encontram-se descritas nas tabelas 16 e 17, que apresentam os valores das correlações e da regressão. As correlações apresentadas demonstram, estatisticamente, níveis de significância elevadas. Assim, quando analisadas as correlações com os melhores coeficientes, constata-se que os melhores coeficientes situam-se entre: o domínio psicológico e físico ($r=0,71$); ambiente e psicológico ($r=0,69$); e, ambiente e relações sociais ($r=0,61$). Estes resultados encontram-se em conformidade com os estudos realizados pelos autores Vaz Serra *et al* e Maria Canavarro. Relativamente às correlações efetuadas entre as facetas do domínio geral de qualidade de vida com todos os domínios do instrumento de WHOQOL-Bref, estes apresentam correlações elevadas e significativas, variando entre $r=0,32$ para o domínio relações sociais e $r=0,73$ para o domínio físico.

Tabela Nº 16 – Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios (n=41)

Domínios	DG	D1	D2	D3	D4
Domínio Geral Qualidade de Vida (DG)	-				
Domínio Físico (D1)	,73**	-			
Domínio Psicológico (D2)	,84**	,71**	-		
Domínio Relações Sociais (D3)	,32*	,44**	,52**	-	
Domínio Ambiente (D4)	,56**	,56**	,69**	,61**	-

*A correlação é significativa no nível 0,05

** A correlação é significativa no nível 0,01

Fonte: elaborado pela autora

Feitas as correlações entre os domínios do instrumento WHOQOL-Bref, procedeu-se a uma análise de regressão linear simples. Trata-se de um procedimento analítico que procura medir um grau de associação linear entre duas variáveis ou mais. Esta aplicação difere, em certo sentido das correlações, na medida em que a regressão linear não pressupõe estabelecer correlações entre os dados. Antes, determina os preditores, estimação a partir dos valores médios de uma variável, dependentes de tais variáveis em relação a outras variáveis, medindo a intensidade das associações lineares.

Neste sentido, foi realizado uma regressão linear múltipla, avaliando e identificando quais os melhores preditores dos níveis de vida em relação ao domínio geral da qualidade de vida, explicada no contexto de envelhecimento entre idosos com doença e idosos sem doença. Da aplicação do modelo de regressão linear múltipla, foi possível averiguar que todos os domínios da versão abreviada do WHOQOL-100 resultam num modelo linear que explica 87,4% [$F(1,935)= 29,051, p<.001$] da variância entre as facetas, conforme os dados apresentados na tabela 17.

Tabela Nº 17 – Modelo de regressão linear

Domínios	β	<i>P</i>
D1	,364	,014
D2	,808	,000
D3	-,264	,946
D4	,016	,076

Percentagem da variância explicada: 87,4% $F(1,935)= 29,051, p<.001$

Fonte: elaborado pela autora

2.13- Análise descritiva do constructo – Qualidade de Vida

Com esta última etapa de análise procura-se dar continuidade, seguindo as reflexões dos autores Fleck *et al* de “caraterizar e avaliar o nível de *qualidade de vida* de um modo geral e o *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico dos idosos institucionalizados” apresentam-se os resultados obtidos através do WHOQOL-Bref; instrumento que adota um conceito amplo, multidimensional e transcultural, baseando-se no pressuposto de que a *qualidade de vida* é um conceito subjetivo, inerente às noções individuais de cada um, ou seja, à percepção individual (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999).

A presente amostra, composta por 41 inquiridos do sexo feminino, demonstra, para a faceta geral de qualidade de vida, faceta que avalia a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde, os dados reportam, na sua globalidade, uma média abaixo de uma posição neutra. Ou seja, uma média de 46,34 idosos avaliam as suas percepções sobre a qualidade de vida abaixo de “nem boa nem má”, apresentando uma variação medida pelo desvio-padrão com 21,514. Os valores obtidos para mínimo e para máximo, demonstram que os idosos consideram a sua qualidade de vida ou muito má, com mínimo de 1 ou muito boa, com máximo de 88, de acordo com os dados da tabela 18.

Relativamente aos dados do domínio físico, domínio em que avalia a qualidade de vida subjetiva tomando em consideração aspetos físicos como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, medicação quotidiana e capacidade de exercer atividades no contexto do quotidiano, foi obtido para este domínio, uma média de 42,86 e desvio-padrão de 17,678, indicação uma menor variação, em relação ao domínio anterior. Tal valor indica que os idosos avaliam a sua qualidade de vida, no que respeita ao domínio físico, abaixo da média, nomeadamente atividades que exigem esforço físico, apresentando valores mínimos de 11 e máximo de 79.

Quanto ao segundo domínio, o domínio psicológico, que avalia as percepções dos idosos, no que diz respeito a sentimentos positivos e negativos ou espiritualidade, imagem corporal ou capacidades cognitivas, foi obtida uma média idêntica ao domínio anterior, cerca de 42,17 e um desvio-padrão de 19,121. Para o domínio psicológico, os idosos avaliam as suas capacidades cognitivas, ora aproximando-se de uma avaliação bastante negativa (mínimo = 4) ora próximos da satisfação total (máximo = 88).

Tabela Nº 18 – Estatística descritiva dos domínios

Constructo	Mínimo	Máximo	Média	DP
Físico	11	79	42,86	17,678
Psicológico	4	88	42,17	19,121
Relações Sociais	25	83	54,27	15,492
Ambiente	31	91	50,30	11,626
Qualidade de Vida	1	88	46,34	21,514

Fonte: elaborado pela autora

Para o domínio relações sociais, domínio que avalia a qualidade de vida subjetiva, respeitante a relações sociais, sobretudo a satisfação de idosos perante as suas relações com família e amigos, suporte social e atividade sexual, obteve média de 54,27, evidenciando uma avaliação nem má e nem boa. O valor mínimo obtido é 25, indicando a não existência de inquiridos totalmente insatisfeitos; por sua vez, o valor máximo é 83, prevalecendo uma avaliação positiva dos idosos para o domínio relações sociais.

Para o último domínio, ambiente, cuja avaliação pressupunha uma apreciação da qualidade habitacional, dos recursos económicos e dos cuidados em termos de saúde e seu acesso em idosos, obteve a média de 50,30 medido pelo desvio-padrão com 11,626. Estes dados indicam que os idosos avaliam a qualidade de vida para o domínio ambiente como “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”, demonstrado pelo seu valor mínimo de 31 e seu valor máximo de 91.

Em termos gerais, as médias obtidas para os quatros domínios que compõem o instrumento multidimensional, o WHOQOL-Bref, constituíram uma visão global sobre as perceções subjetivas dos idosos. Tal visão indicou uma perceção variável e fluída, de perceções de insatisfação a satisfação quase total, de qualidade de vida. E esta perceção varia, entre valores mínimos de 1 e de valores máximos de 91.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o trabalho de campo realizado no contexto da metodologia investigação-ação, integrada no estudo do caso particular destas idosas em situação de institucionalização, permitiu aflorar uma resposta, embora não perentória, á questão de partida desta investigação: em que medida pode a intervenção pela arte, através da participação dos idosos num coro, melhorar a qualidade de vida da população idosa institucionalizada?

A utilização do instrumento de medição de impacto não pode, de facto, ser aqui negligenciado. Em termos gerais, as características psicométricas do instrumento WHOQOL-Bref completaram os critérios de consistência e validade, interna, discriminante e conteúdo, registando graus perceptíveis de confiabilidade no processo reteste. Tais procedimentos permitiram uma avaliação preliminar sobre as perceções de níveis de vida, entre as idosas doentes e não doentes, da estrutura residencial. Embora não fora especificamente criado e adaptado à medição de impacto da intervenção pela arte, o cruzamento dos dados do pré- teste e do pós-teste sugerem que a resposta à pergunta de partida é positiva, na medida em que se denotam incrementos gerais na perceção sobre a qualidade de vida quando analisados os resultados dos testes aplicados nas duas fases. Mais, a análise realizada permite ainda compreender, sob um olhar mais aprofundado, que a melhoria na perceção sobre a qualidade de vida ocorre diferentemente em alguns domínios.

No que diz respeito à consistência interna, medida pelo coeficiente de *Cronbach*, e tendo em consideração todos os itens que contemplam os domínios do instrumento, foi observado níveis de consistência fortes. Por sua vez, sobre a capacidade discriminante, o instrumento revelou uma tendência discriminante para os domínios, físico e psicológico, serem significativos entre idosos doentes e não doentes; o domínio ambiente apresentou o nível de significância limítrofe ($p=0,08$); e o domínio relações sociais não apresentou níveis estatisticamente significativos entre ambos grupos.

Os dados resultantes do instrumento WHOQOL-Bref foram obtidos a partir de uma amostra composta por 41 inquiridos, do sexo feminino, e residentes num lar, e o teste de campo foi aplicado a 39 dessas inquiridas. Os resultados com menores níveis de significância, para domínio ambiente ($p=0,083$) e para domínio relações sociais ($p=0,114$), tomando em consideração as variáveis sociodemográficas da amostra,

revelam que as idosas com doença e as idosas sem doença não demonstram estatisticamente diferenças significativas entre si. A semelhança de níveis de percepção de qualidade de vida entre idosas com e sem doenças justapõe as diferenças estatisticamente significativas para o domínio físico e o domínio psicológico. Desta forma, os níveis de qualidade de vida são melhor percebidos por idosas sem doença, sobretudo, quando se referem ao descanso, energia e mobilidade, aos sentimentos e à autoestima; contrariamente, idosas com doença revelam tendências para níveis de percepção mais baixos.

Neste sentido, os níveis de percepção de qualidade de vida, entre idosas com doença e idosas sem doença, relativamente para os domínios relações sociais e ambiente, são comparativamente menos significantes. Os dados apresentam, tendencialmente, níveis de percepção de qualidade de vida, baixos quando referidos sobre os apoios sociais e as relações pessoais, da segurança, recursos económicos e cuidados de saúde. A solidão, a falta de acompanhamento/ ausência de companhia, de interações no quotidiano, podem fundamentar os níveis de percepção baixos registados no contexto da presente investigação.

De forma a avaliar a validade de critério, procedeu-se ao cálculo da regressão linear múltipla, entre os domínios e a faceta geral “qualidade de vida”. O modelo é explicado com 87,4% da variação da variância; sendo que os domínios que melhor explicam a correlação, sejam o físico, psicológico e ambiente; com exceção do domínio relações sociais, os valores oscilam entre uma variância de $r=0,56$ (D4) e $r=0,84$ (D2); exceção feita de $r=0,32$ de (D3), levando-nos a concluir que os domínios físicos, psicológico e ambiente, são os domínios que melhor explicam o nosso modelo.

Como exposto, é possível observar um melhoramento das médias, para o domínio físico ($m=54,21$), psicológico ($m=49,68$) e do ambiente ($m=59,13$). Não obstante o facto de registar também um melhoramento, o domínio relações sociais foi o que obteve um melhoramento menos expressivo. Ora, estes dados mantêm uma relação aparentemente negativa com as nossas hipóteses. Se considerávamos que a melhoria da percepção sobre o próprio bem-estar geral e qualidade de vida se denotaria especialmente nos efeitos psicológicos da musicoterapia, os dados parecem mostrar que, pese embora o domínio psicológico e das relações sociais registem melhorias estatisticamente significativas, é especialmente nos domínios físico e ambiente que a evolução das médias é mais expressiva, sugerindo um impacto mais expressivo da musicoterapia e da

participação no coro na percepção sobre o bem-estar físico e sobre o bem-estar no contexto ambiental da instituição. Assim, se as hipóteses gerais parecem, de algum modo, corroboradas, os resultados parecem, quanto às hipóteses específicas, conferir maior base de fundamentação às colocações hipotéticas sobre os impactos nos domínios físicos e ambiental.

Apesar do presente estudo ter dado uma visão de como a música, mais concretamente, o canto coral tem efeitos positivos na percepção sobre a qualidade de vida das idosas institucionalizadas, muitas são as limitações que podem ser apontadas.

A primeira fora o curto espaço de tempo (4 meses) de duração da atividade coro, ou seja, o espaçamento entre a passagem do pré-teste e o pós-teste. Poderiam ter-se observado valores mais significativos.

Outra das limitações prendeu-se com o facto de ter sido utilizado apenas o instrumento WHOQOL-Bref. Este instrumento apesar de fundamental, não fora especificamente criado para medir de que forma a intervenção pela arte, pode influenciar a qualidade de vida.

Decerto que muitas mais limitações poderiam aqui ser expostas, no entanto estas parecem ser as mais relevantes.

Propõem-se assim que em trabalhos futuros o espaço de tempo entre a passagem do pré-teste e pós-teste seja maior, sendo desta forma, maior também a duração da atividade de coro. Dispõe-se também que deverão ser utilizados outros instrumentos de avaliação para completar a escala WHOQOL-Bref.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Amato, R. (2007). *O canto coral como prática sócio-cultural e educativo-musica*. Opus, Goiânia, v. 13 (1), p. 75-96. Disponível em: <http://www.anppom.com.br/revista/index.php/opus/article/view/295>

Ardley, N. et. al. (1997). *O Livro da Música*. Lisboa: Dinalivro.

Barroso, P. (s.d.). *Arte e sociedade: comunicação como processo*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Artes e Culturas. Disponível em:

http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR460e84135cce8_1.pdf

Birren, J. & Schaie, K. (1996). *Handbook of psychology of aging* (4TH Ed.). San Diego: Academic Press.

Cabral, M. & Ferreira, P. (s.d.). *Envelhecimento Ativo em Portugal: Trabalho, Reforma, Lazer e Redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em:

https://www.ffms.pt/upload/docs/envelhecimento-activo_qD9h1QM-u0a6cpVzHYdAmw.pdf

Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quartilho, M., Rijo, D., Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.

Canavarro, M., Vaz Serra, A., Simões, M., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., Paredes, T. (2009). Development and psychometric properties of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100) in Portugal. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124. doi:10.1007/s12529-008-9024-2.

Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H. & Paredes, T. (s.d.) Qualidade de Vida e Saúde: *Aplicações do Whoqol-Bref*. Disponível em:

<http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20sa%C3%BAde.pdf>

Capucha, L. (2005). *Desafios da pobreza*. Oeiras: Celta Editora.

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

Carmo, H. (2002). Rumos da Intervenção Social com Grupos no início do século XXI. *Política Social e Sociologia*, 21, 103-187.

Carta das Nações Unidas (1945) Disponível em:
<http://www.oas.org/dil/port/1945%20Carta%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas.pdf>

Carta Social (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Ministério do trabalho e da solidariedade social. Disponível em:

http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf

Carta Social (2014). *Rede de Serviços e Equipamentos, Relatório 2014*. Disponível em:

<http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2014.pdf>

Carvalho, M. (2009) Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, 12 (1), 77-96.

Carvalho, M., (2015). *Serviço Social com Famílias*. Lisboa: Editora Pactor.

Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal, (s.d.). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Disponível em:

http://www.fpce.up.pt/sae/pdfs/Decl_Univ_Direitos_Homem.pdf

Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa. Disponível em:

http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

Clift, S. & Hancox, G. (2010). *The significance of choral singing for sustaining psychological wellbeing: findings from a survey of choristers in England, Australia and Germany*. Music Performance Research Copyright. Royal Northern College of Music

Vol 3 (1) Special Issue Music and Health: 79-96. Disponível em:[http://mpr-online.net/Issues/Volume%203.1%20Special%20Issue%20\[2010\]/Clift%20Published%20Web%20Version.pdf](http://mpr-online.net/Issues/Volume%203.1%20Special%20Issue%20[2010]/Clift%20Published%20Web%20Version.pdf)

Coimbra, J. & Brito, I. (1999). *Qualidade de Vida do Idoso*. Revista Referencia nº 3 de Novembro. Disponível

em:http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bn1pryu-SXYJ:web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D104%26codigo%3D+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Conselho Económico e Social (2013). *Parecer de Iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Disponível em:

http://www.ces.pt/download/1359/FINAL_completa%20com%20ESTUDO.pdf

Constituição da República Portuguesa. Disponível em:

http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/Constituicao_Portuguesa.htm

Cornett, S. (2006). *The Effects of Aging on Health Literacy*. The Ohio State University Medical Center. 1-14. Disponível em:

http://medicine.osu.edu/sitetool/sites/pdfs/ahecpublic/hl_module_elderly.pdf

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.

Decreto-Lei nº 265/99 de 14 de Julho. Disponível em:

https://www.riac.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/5CD0A771-0FC7-4411-A6C0-99D84A5A1821/133181/DL_265_99.pdf

Direção- Geral da Segurança Social, da Família e da Criança (2006). *Respostas Sociais: Nomenclaturas/Conceitos*. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Disponível em:

http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Conceitos_das_Respostas_Sociais.pdf

Diário de Notícias, (2012). *Há 400 mil idosos a viver sozinhos em Portugal*. Disponível em:<http://www.dn.pt/portugal/interior/ha-400-mil-idosos-a-viver-sozinhos-em-portugal-2283271.html>

Dicionário da Língua Portuguesa (s.d.). Porto: Porto Editora.

Dileo, C. (1999). *Music Therapy & Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. Philadelphia: American Music Therapy Association, Inc.

Direção- Geral da Saúde. (s.d.) *Programa Nacional para a Saúde de pessoas Idosas: Envelhecimento Saudável*. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010170.pdf>

Duarte,T. (2009). *A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodologica)*. CIES e-Working paper nº 60, Lisboa: ISCTE.

Dumazedier, J. (2000). *Lazer e Cultura Popular*. São Paulo: Perspectiva.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

Ferreira, V. (1998). *As mulheres em Portugal: situação e paradoxos*. Nº 119 junho, Coimbra: Oficina do Ces.

Florencio, R. & Nogueira, F. (2010) *Morte e Espiritualidade na Velhice*. Anais do X ENPEMT, Encontro de Pesquisa em Musicoterapia, Salvador-BA-BR.

Fonseca, A. (2012). *Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos*. In: Sociologia. Revista da Faculdade de Letras. Numero Temático 2, 75-95. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10582.pdf>

Fonseca, A., Paúl, C. (2004). *Saúde percebida e passagem à reforma*. In: Psicologia, saúde & doenças, Vol. 5, nº1, 17-29. Disponível em:

<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1121/1/PSD%202004%205%281%29%2017-29.pdf>

Fundação Calouste Gulbenkian (2015). *PARTIS: Integração social através das práticas artísticas*. Disponível em:

<http://www.gulbenkian.pt/inst/pt/Fundacao/ProgramasGulbenkian/DesenvolvimentoHumano?a=4965>

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2016). *Direitos e Deveres dos Cidadãos: O que é a Cidadania Portuguesa e o que implica?* Disponível em:

<http://www.direitosedeveres.pt/q/constituicao-politica-e-sociedade/cidadania/o-que-e-a-cidadania-portuguesa-e-o-que-implica>

Gáspari, J. & Schwartz, G. (2005). *O Idoso e a Ressignificação Emocional do Lazer*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21 (1), 069-076.

Gomes, L. & Amaral, J. (2012). *Os efeitos da Utilização da Música para os Idosos: Revisão Sistemática*. Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador.1(1), 103-117. Disponível em:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/46>

Gonçalves, F. (2007). *Comunicação, cultura e arte contemporânea*. In Contemporânea, nº 8. Disponível em: http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed_08/01FERNANDO.pdf

Guia Prático de Constituição de instituições Particulares de Solidariedade Social da Segurança Social (2014) Disponível em:

http://www.seg-social.pt/documents/10152/15030/constituicao_ipss

Herzfeld, F. (1992). *Nós e a Música*. Lisboa: Livros do Brasil.

Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J.. (2010). *Social relationships and Mortality Risk: A meta-analytic review*. PLOS Medicine, 7(7): e1000316.

Instituto Nacional de Estatística (1994). Disponível em: <http://smi.ine.pt/Pesquisa>

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Classificação portuguesa das profissões*. Lisboa: Instituto nacional de estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=135739962&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística (2015) *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Destaque: informação à comunicação Social. Disponível em:

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3kN-0hdhw0oJ:https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D232024193%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Instituto Nacional de Estatística (2015) *Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal*. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006041&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2014) *Destaque: informação à comunicação social: de Julho 2014*, Disponível em:

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uWSsCmy93N0J:https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D218948085%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Jacob, L., Santos, E., Pocinho, R., Fernandes, H. (2013). *Envelhecimento e Economia Social: perspetivas atuais*. Viseu: Psicossoma.

Leão, E. & Flusser, V. (2007). *Música para idosos institucionalizados: percepção dos músicos atuantes*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/10.pdf>

Leão, E. (2008). A Dignidade dos Idosos Institucionalizados: O papel da música no encontro humano. *Enfermeria Global*, 13, 1-6. Disponível em:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/16101/15521>.

Lehmberg, L. & Fung, C.(2010). *Benefits of Music Participation for Senior Citizens: A Review of Literature*. *Music Education Research International*, 4, 19-30. Disponível em:

<http://cmer.arts.usf.edu/content/articlefiles/3122-MERI04pp.19-30.pdf>

Lei nº 30/2013 de 8 de Maio. *Lei de bases da economia social*. Disponível em:

http://www.cases.pt/0_content/sobre_nos/Lei_de_Bases_da_Economia_Social.pdf

Lima, M. (2010). *Envelhecimentos: Estado de Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lopes, M. & Galinha, S.& Loureiro, M. (2010). *Animação e Bem-Estar Psicológico: Metodologias de Intervenção Sociocultural e Educativa*. Chaves: Intervenção- Associação para a Divulgação e Promoção Cultural.

Maroco, J. e Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

Marques, A. (2011). Educação pela Arte: Projeto de uma escola de artes para o Bairro do Alto da Cova da Moura. *European Review of Artistic studies*, vol.2, (4), 40-77. Disponível em: <http://www.eras.utad.pt/docs/cova%20da%20moura%20final.pdf>

Marques, E. (2013). Intervenção Comunitária através da Arte com pessoas em situação de sem-abrigo. In *Revista Espacios Transnacionales* (2), disponível em:

<http://www.espaciost.org/experienciascomunitarias/semabrigo/>

Mauritti, R. (2011). *Viver Só. Mudança Social e Estilos de Vida*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.

Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Envelhecimento*. In H. Monteiro, & F. Neto, *Universidades da Terceira Idade: Da Solidão aos motivos para a sua frequência*, 13-34. Porto: Livpsic.

Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (1988). *Psychological Testing: Principles and Applications*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Nogueira, F. (s.d.). *Musicoterapia e Cognição: A importância do fazer musical para estímulo e manutenção das funções executivas de idosos institucionalizados*. Disponível em: <http://musicasaude.blogspot.pt/p/artigos.html>

OCDE (2009), *Health Working Papers oecd health working papers no. 42 policies for healthy ageing: an overview*, Howard Oxley. Disponível em:

[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WP/HWP\(2009\)1&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WP/HWP(2009)1&doclanguage=en)

Older Persons' Project (s/d) *Arts for Health Cornwall and Isles of Scilly: Singing for Older Peoples' Health and Well-being Toolkit*. Toolkit for Care Staff Bringing singing into care settings for older people. Disponível em:

http://www.artsforhealthcornwall.org.uk/wp-content/uploads/2010/10/AFHC_Singing_Toolkit.pdf

Oliveira, M., Oselame, G., Neves, E. & Oliveira, E. (2014). *Musicoterapia como Ferramenta Terapêutica no setor da saúde: Uma revisão sistemática*. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 871-878. Disponível em:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:txAvzOubsJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4901302.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

Organização Mundial de Saúde (2002). *Vieillir en Restant Actif: Cadre d'Orientation*, Genebra, OMS. Disponível em:http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf

Organização Mundial de Saúde (2008). *Guia global: cidade amiga do idoso*. Organização Mundial da Saúde. Disponível em:

<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>

Organização Mundial de saúde (2015). *Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf

Pacheco, A. (2007). *Estilos de vida, qualidade de vida pessoal, motivação e sucesso académico: instrumentos de avaliação*. *Psyc@w@re*, 1(2), 1-10.

Paschoal, S. M. P. (2006). *Qualidade de vida na velhice*. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, Tratado de geriatria e gerontologia (2ª ed) 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Paúl, Constança (2005). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*, in Sociologia, Revista da Faculdade de Letras, Vol. 15, 275-287.

Pereirinha, J. *et al* (2008). *Género e Pobreza: Impacto e Determinantes da Pobreza no Feminino*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Platzer, F.(2006). *Compêndio de Música*. Lisboa: Edições 70, lda.

Pocinho, M., (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Editora Lidel.

Pocinho, R., Santos, E., & Outros (2012). *Envelhecer em tempo de crise: respostas sociais*. Porto: Editora Legis.

Poit, F. & Hungler, P. (1995) . *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas. 391 p.

PORDATA (2015). *Índice de Envelhecimento na Europa*. Disponível em:

<http://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>

PORDATA (2016) . *População Empregada: Total e por sexo, em Portugal*. Disponível em:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+empregada+total+e+por+sexo+-30>

Portal do Avô (2008). *O idoso e a Comunidade: Respostas Sociais*. Disponível em:

<http://www.portaldoavo.com.pt/artigosa.php?id=2>

Portaria 67/2012 de 21 de Março. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/532229/Portaria_n_67_2012_21_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e

Priolli, M. (1977). *Princípios Básicos da Música para a Juventude*. (15 ed.) Vol I, 142p. Rio de Janeiro: Editora Casa Oliveira de Música Lda.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, (2014) *Relatório de Desenvolvimento Humano 2014*. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf

Programa do I Governo Constitucional. Disponível em:

<http://www.portugal.gov.pt/media/464012/GC01.pdf>

Ramalho, A. & Ramalho, J. (2013). *Enquadramento jurídico do Envelhecimento no Direito Portugues*. In DEDiCA. Revista de Educação e Humanidades, 4 (2013) março, 187-197.

Ramos, F. (2009). *Diálogo e Comunicação Intercultural. A Educação com as Artes*. Coimbra: Fernando Ramos editora.

Ribeiro, J. (1994). *A Importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. *Análise psicológica*; XII(2/3): 179-191.

Rijo, D., Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 25-30.

Rijo, D., Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2010). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: Dos grupos focais ao desenvolvimento da faceta portuguesa – Poder Político (FP25) do WHOQOL-100. In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 191-204). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

ROSA, M. (1993). *Psicologia Evolutiva: psicologia da idade adulta*. Petrópoles: Vozes

Santos, E. *et al* (2012). *Transição para a Reforma/Aposentação: Contributos para a adaptação*. Viseu: Editora Psicossoma.

Santos, E., Ferreira, J. & Colaboradores (2012). *Mudanças e Transições: Pessoas em contextos*. Viseu: Editora Psicossoma.

Segurança Social (2015). *Idosos*. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/idosos>

Spilker B.(1991) *Introduction*. In *Quality of life Assessments in clinical trials*. P.3-9. New York: raven press.

Stefani, G. (1987). *Compreender a música*. Lisboa: Editorial Presença, Lda.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.

Veenhoven R. (1991) Questions on Happiness: Classical topics, Modern Answers, Blind Spots. In Strack F., Argyle M, Schwarz, editors. *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Oxford: pergamon Press.

Vicente, A. (1999). *Direitos das Mulheres Direitos Humanos*. Lisboa: Europress.

Viorst, J. (2004). *Perdas necessárias*. São Paulo: Melhoramentos.

World Federation of Music Therapy, (2011), disponível em [:http://www.wfmt.info/wfmt-for-students/info-cards/](http://www.wfmt.info/wfmt-for-students/info-cards/)

WHOQOL Group (1994). *Development of the WHOQOL: Rationale and current status*. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

ANEXOS

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	
Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil		
Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5