



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Intervenção Psicomotora com Idosos
Institucionalizados: Enfoque na Apreciação
Corporal, Auto-Perceção de Envelhecimento e
Bem-Estar Psicológico**

Vanda Cristina Arromba Catarino

Orientação:

Professora Doutora Maria da Graça Duarte da Silva
Santos

Professor Doutor José Francisco Filipe Marmeleira

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Intervenção Psicomotora com Idosos
Institucionalizados: Enfoque na Apreciação
Corporal, Auto-Perceção de Envelhecimento e
Bem-Estar Psicológico**

Vanda Cristina Arromba Catarino

Orientação:

Professora Doutora Maria da Graça Duarte da Silva
Santos

Professor Doutor José Francisco Filipe Marmeleira

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2016

Agradecimentos

Os meus agradecimentos iniciais vão para os meus orientadores que foram imprescindíveis para a elaboração deste estudo de investigação. Professora Doutora Graça Santos, muito obrigada pelo apoio e por todos os conhecimentos transmitidos. Professor Doutor José Marmeleira, muito obrigado pela disponibilidade constante, pelas palavras de incentivo e por todos os saberes também transmitidos.

A toda a equipa da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo um muito obrigado. Agradeço à Dr.^a Rita e à D^a Maria Valéria por me enquadrarem, uma vez mais, na rotina da instituição. Deixo um especial agradecimento ao grupo de idosos que me acompanhou nesta investigação pela sua colaboração, amizade e carinho demonstrados e à Dr.^a Marisa Oliveira e Silva pela sua prestabilidade e auxílio constante na recolha dos dados de avaliação.

Aos que deixaram uma marca na organização ou elaboração deste estudo, Professor Luís Laranjo, Professora Linda Janelli, Professora Maria Isabel Matos, Professora Augusta Baldaia, Professor Aristides Ferreira, Professora Rosa Novo e Teresa da loja Arte e Imaginação, um muito obrigado.

Aos meus amigos, que me apoiaram nos momentos mais complicados e desgastantes, agradeço a ajuda, o incentivo e o carinho que me disponibilizaram, sobretudo à Gisela e à Diana.

Aos meus pais e irmã, um muito obrigado por acreditaram, aceitaram e apoiaram a minha entrada nesta nova aventura, e também por me ajudarem em tudo o que estava ao vosso alcance.

Por fim, agradeço à pessoa que esteve presente em todos os momentos e que nunca lhe faltou uma palavra ou um gesto de apoio e de motivação para eu continuar. Bruno, muito obrigado pelo teu afeto, força, compreensão e amor!

Intervenção Psicomotora com Idosos Institucionalizados: Enfoque na Apreciação Corporal, Auto-Percepção de Envelhecimento e Bem-Estar Psicológico

Resumo

Objetivo. Estudar a repercussão de uma intervenção psicomotora na apreciação corporal, auto-percepção de envelhecimento e bem-estar psicológico de idosos institucionalizados.

Métodos. Participaram 25 pessoas idosas (73 aos 94 anos) de ambos os sexos. O grupo experimental participou em 24 sessões de psicomotricidade, enquanto o grupo controle manteve a rotina diária. A apreciação corporal foi avaliada pela *Escala de Apreciação Corporal*, a auto-percepção de envelhecimento pelo *Questionário de Percepções de Envelhecimento* e o bem-estar psicológico pela versão de 24 itens da *Escala de Bem-Estar Psicológico*. Para melhor compreender o papel da intervenção psicomotora sobre os temas estudados foram realizadas entrevistas semiestruturadas.

Resultados. De um modo geral, encontraram-se poucos efeitos estatisticamente significativos da intervenção psicomotora sobre as variáveis estudadas. Por sua vez, a análise de conteúdo das entrevistas realizadas demonstrou mudanças positivas nas referências à imagem corporal, impacto no dia-a-dia e experiência interna do corpo.

Conclusões. A intervenção psicomotora no envelhecimento é capaz de promover mudanças importantes em dimensões relacionadas com a imagem e vivência do corpo. Estas mudanças, parecem ser mais facilmente detetáveis (e compreendidas) através de métodos qualitativos do que através de métodos quantitativos. No futuro, será importante construir instrumentos de investigação quantitativos que demonstrem propriedades psicométricas adequadas para estas variáveis.

Palavras-Chave: Apreciação corporal, auto-percepção de envelhecimento, bem-estar psicológico, intervenção psicomotora, envelhecimento.

Psychomotor Intervention with Institutionalized Elderly: Focus on Body Appreciation, Self-Perception of Aging and Psychological Well-Being

Abstract

Objective. Studying the impact of psychomotor intervention in body appreciation, self-perception of aging and psychological well-being of institutionalized elderly.

Methods. Participants were 25 elderly (73 to 94 years) of both sexes. The experimental group participated in 24 sessions of psychomotor, while the control group maintained the daily routine. The body appreciation was evaluated by *Body Appreciation Scale*, self-perception of aging by the *Aging Perceptions Questionnaire* and psychological well-being by the version of 24 items of *Scale of Psychological Well-Being*. To better understand the role of psychomotor intervention on the subjects, studied semi-structured interviews were conducted.

Results. In general, it was possible to find few statistically significant effects of psychomotor intervention on the variables studied. On the other hand, the content analysis of the interviews showed positive changes in the references to body image, the impact on day-to-day and the body inner experience.

Conclusions. The psychomotor intervention in aging is able to promote important changes in dimensions related to the image and experience of the body. These changes seem to be more easily detectable (and understood) through qualitative methods than using quantitative methods. In the future, it will be important to construct quantitative research tools that demonstrate adequate psychometric properties for these variables.

Keywords: Body appreciation, self-perception of aging, psychological well-being, psychomotor intervention, aging.

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract.....	iii
Índice Geral	iv
Índice de Tabelas	vi
Índice de Abreviaturas.....	vii
1. Introdução.....	8
2. Revisão da Literatura.....	13
2.1 O Envelhecimento	13
2.1.1 A Apreciação Corporal na Pessoa Idosa.....	16
2.1.2 A Auto-Percepção de Envelhecimento.....	22
2.1.3 O Bem-Estar Psicológico no Envelhecimento	25
2.1.4 A Institucionalização	28
2.2 A Intervenção Psicomotora no Corpo Envelhecido.....	30
3. Metodologia.....	37
3.1 Desenho e Tipo de Estudo	37
3.2 Participantes.....	37
3.3 Procedimentos.....	39
3.4 Instrumentos de Avaliação	40
3.4.1 Escala de Apreciação Corporal.....	40
3.4.2 Questionário de Percepções de Envelhecimento	41
3.4.3 Escala de Bem-Estar Psicológico	44
3.4.4 Entrevista Semiestruturada	46
3.5 Intervenção Psicomotora	48
3.6 Análise de Dados	52
3.6.1 Tratamento Estatístico	52
3.6.2 Análise de Conteúdo.....	53
4. Resultados	55
4.1 Abordagem Quantitativa.....	55
4.2 Abordagem Qualitativa.....	57
4.2.1 Tema I – Imagem Corporal	57
4.2.2 Tema II – Impacto no Dia-a-Dia	60

4.2.3	Tema III – Experiência Interna do Corpo.....	66
4.2.4	Tema IV – Experiência de Envelhecimento.....	69
5.	Discussão de Resultados	73
5.1	Quantitativos.....	73
5.2	Qualitativos.....	75
5.3	Análise Conjunta dos Dados Quantitativos e Qualitativos.....	82
6.	Conclusão	88
7.	Bibliografia.....	89
8.	Anexos.....	97
	Anexo I. Declaração de Consentimento Informado	97
	Anexo II. Exemplo de Entrevista	98
	Anexo III. Planificação dos Objetivos de Intervenção Psicomotora.....	104
	Anexo IV. Estrutura da Sessão e Exemplos de Atividades	106
	Anexo V. Grelha de Análise Temática e Categorical	110

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características Gerais da Amostra	38
Tabela 2 - Estrutura do Guião de Entrevista	47
Tabela 3 - Objetivos da Intervenção Psicomotora	49
Tabela 4 – Comparação dos Resultados da EAC e EBEP por grupos (M±DP)	55
Tabela 5 – Comparação dos Resultados da QPE por grupos (M±DP)	56
Tabela 6 – Imagem Corporal: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (GC)	58
Tabela 7 – Imagem Corporal: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (GE)	61
Tabela 8 – Impacto no Dia-a-Dia: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (GC)	64
Tabela 9 – Impacto no Dia-a-Dia: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (GE)	65
Tabela 10 – Experiência Interna do Corpo: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (GC)	67
Tabela 11 – Experiência Interna do Corpo: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (GE)	70

Índice de Abreviaturas

GE – Grupo Experimental

GC – Grupo Controlo

MMSE - Mini Exame do Estado Mental

EAC-PT – Escala de Apreciação Corporal

QPE – Questionário de Perceções de Envelhecimento

EBEP – Escala de Bem-Estar Psicológico

IC – Índice de Confiança

1. Introdução

O processo de envelhecimento pode ser entendido como um fenómeno biológico que envolve a perda das capacidades funcionais necessárias para a execução das atividades da vida diária pela pessoa idosa (Meneses, Júnior, Melo, Silva, & Figueiredo, 2013). Este conceito sofreu importantes mudanças que deixaram de considerar a velhice como sinónimo de perda, doença e inatividade, falando-se actualmente em envelhecimento ativo ou bem-sucedido (Meneses et al., 2013).

Uma grave consequência do envelhecimento é a incapacidade de continuação de uma vida autónoma, o que leva à procura de cuidados dependentes ou à institucionalização (Henwood, Tuckett, Edelstein, & Bartlett, 2011), desencadeada por vários motivos e agentes intervenientes (Nunes, s/d, citado por Ornelas & Vilar, 2011). Esta nova etapa desencadeia uma série de mudanças na conceção que o idoso tem a seu respeito e a respeito de todos aqueles que são significativos para si (Simões, Moura, & Moreira, 2014), o que pode influenciar negativamente a perceção que o idoso tem de si próprio, o seu bem-estar psicológico (Troll & Skaff, 1997) e a sua qualidade de vida (Lobo & Pereira, 2007).

Todas as áreas do funcionamento humano acabam por ser afectadas pelo processo de envelhecimento a partir das dimensões biofisiológicas, psicológicas, sociais e ecológicas (Loureiro, 2014), contudo o mesmo decorre de forma diferenciada de pessoa para pessoa através dos diferentes modos de experimentação das vivências do idoso e pelas suas diferentes trajectórias de adaptação às consequências do avanço da idade (Fonseca, 2014). Nesta fase, a vida do idoso sofre inúmeras alterações físicas, sociais, psicológicas e corporais (Ornelas & Vilar, 2011; Román, García-Pinillos, Herrador, Barba, & Jiménez, 2014).

A imagem do corpo é um dos elementos importantes a considerar no processo de envelhecimento e relaciona-se com a forma como o ser humano se olha, se sente e se move pelas perceções, emoções e sensações físicas (Croll, 2005), concebidas ao longo do seu desenvolvimento biológico e das suas interações sociais (Roy & Payette, 2012). Este conceito multidimensional não é estático, pois está em constante mudança em relação ao estado de espírito, à experiência física e ao meio ambiente (Janelli, 1993; Croll, 2005). As perceções, pensamentos, sentimentos e comportamentos sobre a imagem corporal podem ser de natureza positiva ou negativa e afetar muitos aspetos do

bem-estar psicossocial e da qualidade de vida dos indivíduos (Cash & Smolak, 2011, citados por Bailey, Gammage, van Ingen, & Ditor, 2015).

A imagem corporal positiva, denominada também de apreciação corporal, refere-se ao amor, respeito, aceitação e apreciação pelo próprio corpo (Tylka, 2011, citado por Tiggemann & McCourt, 2013) e permite que os indivíduos aceitem todos os aspectos do seu corpo, mesmo aqueles que não estão em conformidade com os ideais da sociedade retratada pelos meios de comunicação (Tiggemann & McCourt, 2013).

As maiores mudanças da imagem do corpo no indivíduo sucedem ao longo do processo de envelhecimento (Roy & Payette, 2012), o que pode afetar o bem-estar biológico, psicológico e sociológico do idoso (Janelli, 1993), e requer uma adaptação e acomodação psicológica (Cobo, 2012). A aceitação da imagem corporal possibilita uma adequada adaptação às mudanças e melhora a capacidade de realizar comportamentos saudáveis e atividades motoras, ao passo que a presença de uma imagem corporal negativa conduz ao aparecimento de perturbações psicológicas e à presença de baixa qualidade de vida e de autoestima e falta de motivação (Cobo, 2012).

Apesar das alterações corporais serem comuns ao longo da vida, a velhice e a corporalidade são entendidas e vivenciadas diferentemente entre homens e mulheres (Fernandes & Garcia, 2010), no entanto, a apreciação corporal na população idosa tem sido insuficientemente estudada.

Como a experiência de envelhecimento é um fenómeno complexo e multifacetado, torna-se necessário compreender a representação multidimensional e holística desta experiência por parte do idoso, que diz respeito à sua auto-perceção de envelhecimento, para identificar idosos que estejam em situação de risco devido a percepções que simbolizem uma adaptação desajustada ao processo de envelhecimento (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007).

De forma a conceptualizar esta experiência têm sido usados quadros de autorregulação com foco na saúde e na doença (e.g., Modelo de Autorregulação de Leventhal) que partem da ideia de que o idoso cria uma representação da doença ou da ameaça à sua saúde, a partir de uma série de temas lógicos ou dimensões, designadamente a identidade, a duração, as consequências, o controlo e as representações emocionais (Barker et al., 2007).

Uma satisfação elevada com o processo de envelhecimento está associada com a presença de uma boa saúde e relacionada com o aumento da longevidade (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn, & Smith, 2008). Assim, quando a pessoa idosa revela alta

satisfação com a sua própria experiência de envelhecimento verifica-se uma manutenção dos níveis de atividade social e de compromisso, melhorias na autoestima e bem-estar e um impulso no funcionamento fisiológico (Barker et al., 2007; Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008).

Na perspectiva de Ryff e Keyes (1995), o bem-estar psicológico é um constructo multidimensional que compreende seis dimensões distintas do funcionamento psicológico positivo, designadamente a aceitação de si, o crescimento pessoal, os objetivos de vida, as relações positivas com os outros, o domínio do meio, e a autonomia.

A aplicabilidade deste constructo no campo da gerontologia tem demonstrado enorme pertinência por o envelhecimento compreender múltiplas ameaças que habitualmente estão relacionadas ao bem-estar, além de um nível satisfatório de bem-estar psicológico possibilitar uma adaptação bem-sucedida aos desafios do avanço da idade por parte do idoso, sendo a liberdade para tomar decisões sobre a própria vida e a manutenção de relações sociais gratificantes, fatores importantes para o bem-estar psicológico na velhice (Fonseca, 2014).

Nesta etapa da vida da pessoa idosa, existe a necessidade de promover o atraso das suas perdas, através do recurso a programas adequados às suas necessidades específicas (Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015). Assim sendo, a Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal que incide sobre os aspetos psicoafectivos, sociais, cognitivos, motores e psicomotores do ser humano e estimula o sentir, o agir e o pensar (Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015).

Esta prática terapêutica quando dirigida às pessoas idosas intitula-se de Gerontopsicomotricidade e visa retardar a deterioração psicobiológica associada ao envelhecimento contribuindo para a manutenção da independência funcional dos idosos (Nuñez & González, 1997, citado por Sinovas & Miguelsanz, 2010). Para tal, o psicomotricista recorre ao corpo, ao movimento e à relação como mediadores da própria intervenção, utilizando como recursos variadíssimas técnicas de estimulação sensorial, de relaxação e teatrais, o toque terapêutico, a expressão artística, expressiva e emocional, as dinâmicas de grupo, a música, a dança, entre muitos outros (Fernandes, 2014; Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015).

De que seja do nosso conhecimento, poucos estudos examinaram de que modo uma intervenção psicomotora pode ter um significado ao nível das dimensões, apreciação corporal, auto-perceção de envelhecimento e bem-estar psicológico.

Objetivos

No âmbito desta dissertação, será desenvolvida uma intervenção psicomotora dirigida a pessoas idosas focada sobre vários domínios (e.g., psicomotor, emocional e relacional), utilizando-se diversos mediadores (e.g., atividades sensoriomotoras, artístico-expressivas, relaxação) ao longo das sessões. Neste sentido o presente trabalho tem como objetivo estudar a repercussão da intervenção psicomotora na apreciação corporal, auto-perceção de envelhecimento e bem-estar psicológico de idosos institucionalizados, utilizando uma abordagem qualitativa e quantitativa.

Estrutura da dissertação

Este estudo está organizado em seis capítulos (introdução, revisão da literatura, metodologia, resultados, discussão dos resultados e conclusão) que foram estruturados de forma precisa e objetiva para elucidar todo o trabalho de investigação.

No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento do estudo, bem como os seus objetivos e a pertinência para a concretização do mesmo. No segundo capítulo é elaborada uma revisão da literatura que suporta os aspetos teóricos necessários para compreender e justificar a pertinência da presente investigação. Inicialmente é abordada a temática do envelhecimento, relacionada, posteriormente, com as variáveis em estudo e com a institucionalização. Num segundo momento, é abordada a temática da psicomotricidade como terapia de intervenção no corpo envelhecido.

No terceiro capítulo, apresenta-se a metodologia de investigação utilizada, sendo referido o desenho e tipo de estudo, a caracterização dos participantes, os procedimentos necessários para a concretização do estudo, os instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa usados, a descrição de toda a intervenção psicomotora (e.g., objetivos e duração da intervenção, descrição das sessões, recursos e estratégias), e por fim o tratamento estatístico e a análise de conteúdo utilizados para o tratamento e análise dos dados recolhidos.

Os resultados do estudo estão apresentados no quarto capítulo e a discussão dos mesmos, onde é feita a análise, interpretação, comparação, discussão e fundamentação dos dados conforme os objetivos definidos, encontram-se no quinto capítulo. Nesta parte são referidos limitações do estudo e recomendações para futuras investigações. No sexto capítulo, são apresentadas as conclusões relativamente a este estudo de investigação.

Neste trabalho são utilizadas as normas de citação definidas pela *American Psychology Association* (6ª edição).

2. Revisão da Literatura

2.1 O Envelhecimento

O envelhecimento pode ser visto como um processo intrínseco, universal, progressivo e irreversível a todos os organismos (Strehler, 1977, citado por Almeida, 2014). De forma mais específica, *intrínseco* significa que o envelhecimento é uma condição inerente a qualquer organismo, independentemente do seu ambiente, pois irá envelhecer e declinar funcionalmente, *universal* significa que em cada espécie todos os indivíduos involuirão, embora uns o possam fazer mais depressa e outros mais lentamente, e *progressivo* e *irreversível* refere-se ao sentido da perda funcional que é imparável e não permite o retorno ao estado anterior ou à condição inicial do organismo (Strehler, 1977, citado por Almeida, 2014).

Numa perspetiva biológica, o envelhecimento também é definido como a acumulação progressiva de diferentes alterações deletérias que ocorrem nas células e nos tecidos com o avanço da idade que são responsáveis pelo aumento do risco de doença e de morte (Harman, 2003, citado por Tosato, Zamboni, Ferrini, & Cesari, 2007).

O processo de envelhecimento é inevitável e incita inúmeras alterações somáticas, psíquicas, sociais, afectivas e psicomotoras na vida do idoso (Fonseca, 2001; Ornelas & Vilar, 2011), que influenciam a sua funcionalidade corporal e intelectual, mobilidade e saúde e afectam a sua qualidade de vida, privando-o de uma vida autónoma e saudável (Karinkanta et al., 2005, citados por Lobo & Pereira, 2007; Carrilho, Gameiro, & Ribeiro, 2015). Este processo natural da vida humana é mediado por factores modificáveis e não modificáveis, respectivamente os processos psicológicos e sociais e os processos biológicos (Lobo & Pereira, 2007).

Os avanços no conhecimento, em áreas como a biomédica, possibilitou o aumento da expectativa de vida dos idosos residentes nos países desenvolvidos (Tosato et al., 2007). Em Portugal, o crescente aumento da esperança média de vida da população e a diminuição do número de nascimentos torna o nosso país cada vez mais envelhecido, sendo necessário o desenvolvimento rápido de medidas que respondam às necessidades da população (Carrilho et al., 2015).

O processo de envelhecimento tem um carácter único (Loureiro, 2014), porque decorre de forma diferenciada de pessoa para pessoa através dos diferentes modos de

experimentação das vivências que o atravessam e pelas diferentes trajetórias de adaptação às consequências do avanço da idade (Fonseca, 2014). A dinâmica entre fatores internos ou genéticos, e externos ou ambientais, à qual o sujeito é exposto ao longo da sua vida, explica a diversidade no envelhecimento, dependendo das diferentes formas de envelhecer, dos padrões comportamentais do idoso e dos contextos nos quais viveu, ou seja, da sua história de vida (Carrilho et al., 2015).

Como descrito anteriormente, o envelhecimento envolve perdas que pode levar ao aparecimento de atitudes ambíguas, auto-desvalorizações, resignações profundas, reacções emocionais e comportamentos regressivos, porém esta etapa também pode implicar ganhos (Fonseca, 2001; Carrilho et al., 2015). Para tal, é necessário a existência de processos de adaptação, otimização e compensação inerentes a qualquer processo de desenvolvimento do ser humano, mas que no período da velhice, pela arquitectura básica do curso de vida e pelo aumento da idade, a sua presença torna-se cada vez mais importante para a vida da pessoa idosa (Baltes, 1997).

De acordo com Paul Baltes (1997), os *processos de adaptação* envolvem direcionalidade, objetivos e resultados; os *processos de otimização* têm em conta os meios para alcançar os resultados desejados e evitar os indesejáveis; e os *processos de compensação* indicam uma resposta funcional para uma perda de recursos (meios) usados para manter o sucesso ou os níveis de funcionamento desejados (resultados). No caso da velhice, os processos de adaptação irão elucidar se a pessoa idosa está perante um envelhecimento bem ou mal sucedido, ou seja, se é capaz de confrontar com eficácia as alterações vivenciadas de forma a manter uma grande satisfação de vida e bem-estar, mesmo que sejam situações em que não exista saúde física (Ornelas & Vilar, 2011).

De forma geral, estes processos visam a maximização de ganhos e a minimização de perdas, condicionados por recursos físicos, motivacionais, culturais, sociais, pessoais e intelectuais (Baltes, 1997; Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999). E promovem a aceitação e o ajustamento aos novos acontecimentos de vida que ocorrem ao longo do tempo para que este momento da vida do ser humano seja bem-sucedido e que permita o alcance de um estado saudável e ativo nas dimensões físicas, cognitivas e sociais (Ornelas & Vilar, 2011; Carrilho et al., 2015).

A idade por si só não constitui uma condicionante, simplesmente funciona como um indicador de que se está a viver uma fase mais avançada do processo de desenvolvimento, que remete para a *idade cronológica* (Fontaine, 2000, citado por Loureiro, 2014). Existem ainda outros indicadores que determinam o processo de

envelhecimento como a idade biológica, a idade social e a idade ecológica (Fontaine, 2000, citado por Loureiro, 2014). A *idade biológica* está relacionada com o envelhecimento orgânico sistémico que normalmente expressa a progressiva diminuição da auto-regulação biofisiológica, ao passo que a *idade psicológica* diz respeito às competências comportamentais que o indivíduo consegue mobilizar em resposta às mudanças do ambiente. A *idade social* tem a ver com o estatuto e os hábitos da pessoa relativamente aos outros membros da sociedade e é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país (Fontaine, 2000, citado por Loureiro, 2014). Por fim, a *idade ecológica* remete para os *settings* e/ou ambientes no qual o envelhecimento se desenrola (Bronfenbrenner, 2002, citado por Loureiro, 2014).

O envelhecimento não é uma doença, no entanto pode ser visto como uma condição funcional que suscitabiliza o aparecimento da doença, entendida como qualquer alteração do estado de saúde que se manifesta num conjunto de sinais e sintomas anormais, resultantes de perturbações funcionais ou estruturais, devidas a causa internas ou externas (Almeida, 2014). Nesta fase da vida humana é comum o desenvolvimento de certas condições de saúde, doenças crónicas ou problemas médicos (e.g., artrite, osteoporose, cancro da próstata) que também influenciam a experiência de envelhecimento (Clarke & Korotchenko, 2011).

Nas últimas décadas, o envelhecimento tem recebido uma conotação negativa e até se tornou sinónimo de deterioração, estando assim, positivamente correlacionado com o desenvolvimento patológico onde a morte continua a ser a última consequência do processo de envelhecimento (Tosato et al., 2007).

Atualmente, as investigações estão direccionadas para o movimento positivo da velhice, isto é, para o reconhecimento e a promoção do envelhecimento activo ou bem-sucedido. O envelhecimento ativo diz respeito 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). E permite que todas as pessoas idosas realizem o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, além do seu envolvimento na sociedade perante as suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto beneficiam de protecção, um atendimento seguro e apropriado quando necessitam (OMS, 2002).

No contexto do envelhecimento ativo, os programas políticos atuais estão direccionados para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental, das conexões sociais e da saúde física (OMS, 2002). Os critérios que apoiam a ocorrência

de um envelhecimento bem-sucedido são a conservação das atividades de meia-idade, o sentimento de satisfação com as suas atividades e situação de vida atual e o sentimento de contentamento e satisfação com a vida (Santos, 2000, citado por Ornelas & Vilar, 2011).

2.1.1 A Apreciação Corporal na Pessoa Idosa

A imagem corporal reflete a forma como vemos, pensamos, sentimos e agimos o nosso corpo (Cash & Pruzinsky, 2002, citado por Bailey et al., 2015). É definida como a representação do corpo que o ser humano constrói na sua mente, entendida como uma experiência subjetiva que é fortemente influenciada pela sociedade e cultura em que o indivíduo vive, mas também pelos seus valores (Cobo, 2012), desenvolvida a partir de quatro dimensões, a atitude, a percepção, o comportamento e a cognição (Roy & Payette, 2012).

A *dimensão atitude* da imagem corporal refere-se aos sentimentos individuais que expressam se alguém gosta ou não gosta do seu corpo, da sua forma, ou de outros aspectos da sua aparência, sendo operacionalizada por (in)satisfação do corpo e refere-se à discrepância entre a percepção e o corpo ideal (Roy & Payette, 2012). A *dimensão perceptiva* corresponde à precisão de julgamento relativo ao tamanho atual do corpo de uma pessoa, e a discrepância que pode existir comparativamente ao tamanho real é compreendida como distorções da imagem do corpo (Roy & Payette, 2012). A *dimensão comportamental* relaciona-se com os comportamentos adotados como consequência da própria representação da imagem do corpo pelo indivíduo e com o resultado das atitudes dos outros em relação ao nosso corpo (Roy & Payette, 2012). Por fim, a *dimensão cognitiva* refere-se ao processo pelo qual o indivíduo se torna consciente da representação real da imagem do seu corpo (Roy & Payette, 2012).

Entendida como um constructo multidimensional, a imagem corporal é um processo que sofre constantes flutuações (Janelli, 1993) e que contém características positivas e negativas (Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010). Ao longo do tempo os investigadores têm trabalhado ao nível da desconstrução da imagem corporal, e primeiramente, concentraram-se no estudo das características negativas do corpo, como a insatisfação corporal, a vergonha do corpo e a preocupação com o corpo, em detrimento da pesquisa que permitisse a identificação, previsão e promoção de

atitudes corporais positivas (Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow, 2005; Wood-Barcalow et al., 2010; Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Para Williams, Cash e Santos (2004, citados por Avalos et al., 2005), os fatores que contribuem para um grupo de mulheres possuir uma imagem do corpo positiva são, a satisfação com a aparência, a tendência para sentirem que a imagem do corpo é favoravelmente influenciada pela vida e funcionalidade, e o menor sofrimento perante a sua imagem corporal. Ainda verificaram que as mulheres com imagem corporal positiva possuíam níveis mais elevados de otimismo, autoestima e de *coping* através de uma aceitação racional e positiva, ao mesmo tempo que revelaram níveis inferiores de perfeccionismo na maneira como se apresentam a si próprias, contrastando com o descontentamento, a evasão e fixação na aparência com que as mulheres com uma imagem corporal negativa apresentam (Williams, Cash & Santos, 2004, citados por Avalos et al., 2005).

A partir de vários trabalhos teóricos, que descreveram e nomearam as estratégias para amplificar a imagem corporal positiva, foi possível identificar algumas das suas características (Cash, 1997; Freedom, 2002; Maine, 2002; Levine & Smolak, 2001, citados por Avalos et al., 2005). Também denominada de apreciação corporal, a imagem corporal positiva é descrita como o amor, o respeito e a aceitação da aparência e da própria função física do corpo (Andrew, Tiggemann, & Clark, 2016), assegurada por opiniões favoráveis em relação ao mesmo em rejeição das imagens de beleza promovidas pela sociedade (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). As principais qualidades da apreciação corporal são, as opiniões favoráveis sobre o corpo independentemente da aparência física real, a aceitação do corpo apesar do peso, forma e imperfeições do corpo, o respeito pelo corpo considerando as suas necessidades e a adoção de comportamentos saudáveis, e a proteção da imagem corporal contra imagens estereotipadas (Avalos et al., 2005).

Numa abordagem qualitativa, Wood-Barcalow e colaboradores (2010), analisaram entrevistas de 15 mulheres universitárias com uma imagem positiva dos seus corpos, e identificaram como características da imagem corporal positiva, a apreciação e aceitação incondicional dos outros, a aceitação e amor pelo corpo, a espiritualidade/religião, o encontro com outras pessoas que aceitam a sua imagem corporal, o cuidado do corpo através de comportamentos saudáveis, a filtragem de informações para proteção da imagem do corpo, a positividade interna que influencia o comportamento exterior, e a conceptualização de beleza. Com estes resultados a

imagem corporal positiva passou a ser entendida como o amor abrangente e respeitoso pelo corpo que permite a apreciação da beleza única do corpo e das funções que ele executa; a aceitação e até a demonstração de admiração pelo corpo, incluindo aquelas partes que são incompatíveis com as imagens idealizadas; a presença de sentimentos de confiança e felicidade com o corpo; o realce do corpo em vez do destaque das imperfeições; a consciência relativamente às necessidades do corpo; e a interpretação das informações recebidas para proteção do corpo, em que as informações positivas são internalizadas e as negativas recusadas ou reformuladas (Wood-Barcalow et al., 2010).

Por sua vez, a identificação destas temáticas possibilitou a criação de um modelo holístico da imagem corporal constituído por processos de reciprocidade, filtragem e fluidez. Os processos de reciprocidade estão relacionados com os fatores que influenciam este constructo como a hereditariedade, a saúde, os valores da comunidade, da sociedade e dos meios de comunicação e as relações interpessoais (Wood-Barcalow et al., 2010). Os processos de filtragem refletem o modo como os indivíduos são constantemente confrontados com informações que podem influenciar a imagem do seu corpo e a sua capacidade para recusá-los ou mesmo reformulá-los, ao passo que os processos de fluidez esclarecem a natureza mutável da imagem corporal (Wood-Barcalow et al., 2010).

Assim, a apreciação do corpo está positivamente relacionada com a avaliação favorável da aparência, da estima pelo corpo e de vários índices de bem-estar psicológico, como por exemplo a autoestima, o otimismo, o *coping* proactivo, o afeto positivo, a satisfação com a vida e a auto compaixão (Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Andrew et al., 2016). Por outro lado, a imagem corporal positiva promove o investimento no cuidado pelo corpo e das suas necessidades físicas, sugerindo que este conceito possa ser um protetor da saúde física (Andrew et al., 2016), não se restringindo exclusivamente a pensamentos de que o corpo é perfeito e fisicamente atraente (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). O apoio social, familiar e de pessoas significativas, a religião e/ou a espiritualidade são considerados facilitadores para a valorização pessoal e a aceitação corporal (Wood-Barcalow et al., 2010).

Existe a crença de que a mulher detém um pensamento negativo relativamente ao seu corpo devido às fortes mensagens culturais que as incentivam a sentir insatisfeitas com os seus corpos (Thompson et al., 1999, citados por Avalos et al., 2005). Todavia, Avalos e seus colegas (2005) concluíram que as mulheres evidenciam uma apreciação razoável dos seus corpos demonstrada por atitudes, cognições e

comportamentos corporais positivos, embora possa existir algum descontentamento com o tamanho e a forma do corpo. De acordo com Román e colaboradores (2014), a presença de uma imagem positiva do corpo promove a saúde física e emocional, fortalece a autoestima e reduz a vulnerabilidade a possíveis danos. No entanto, a presença de insatisfação corporal entre mulheres poderá estar associada com problemas em diferentes aspectos da qualidade de vida diretamente relacionados com a saúde mental e o funcionamento psicossocial e com alguns fatores da saúde física (Mond, Hay, Rodgers, et al., 2009, citados por Román et al., 2014).

A idade modifica o corpo e a aparência, sendo dentro e através deste que o idoso experiencia as realidades sociais e físicas do envelhecimento (Algars et al., 2009; Clarke & Korotchenko, 2011). Com o avançar da idade certas transformações são facilmente observadas, como o aparecimento de rugas, de cabelos brancos, de manchas próprias da idade, alterações na configuração do corpo, a perda de altura e a redistribuição da gordura corporal, mas também as mudanças nas interações sociais, nas relações familiares e de amizades devidas aos estereótipos da idade (Janelli, 1993; Whitbourne & Skultety, 2002; Clarke & Korotchenko, 2011; Cobo, 2012).

Ao nível do sistema neuromuscular a pessoa idosa depara-se com uma redução significativa da força e massa muscular e alterações sensoriomotoras que influenciam a sua mobilidade e independência física. Estas mudanças conjuntamente com o aumento da idade comprometem, conseqüentemente, outros sistemas do corpo humano, como o sistema respiratório que se torna menos eficiente devido às alterações no volume e pressão da inspiração e expiração, e o sistema cardiovascular, pela redução do volume de oxigénio imprescindível à independência do indivíduo (Janelli, 1993; Whitbourne & Skultety, 2002; Vago & Lovecchio, 2014). Os ossos tornam-se mais fracos e quebradiços, as articulações podem levar ao surgimento de dores (Janelli L. M., 1993; Whitbourne & Skultety, 2002), que em junção com as dificuldades de controlo no equilíbrio podem levar ao aumento do risco de queda por alterações no acesso de informações sensoriais e na acção de marcha em que se observa uma diminuição no comprimento da passada e um aumento do tempo de apoio duplo (Vago & Lovecchio, 2014). As funções mentais, incluindo a memória de trabalho, a atenção e a tomada de decisão são também afetadas por mudanças no cérebro (Whitbourne & Skultety, 2002). Tendo sempre em conta as diferenças intra-individuais, tudo isto contribuí para a modificação da imagem corporal e da valorização pessoal que as pessoas idosas têm de si próprias (Arroyo, 1995, citado por Sinovas & Miguelsanz, 2010).

As alterações corporais decorrentes do envelhecimento podem afetar negativamente a qualidade de vida e o estado nutricional dos idosos, sendo o índice de massa corporal um dos fatores para a insatisfação corporal na velhice (Román et al., 2014). O envelhecimento afeta distintamente homens e mulheres, sendo que à medida que envelhecem, as pessoas idosas do sexo masculino em comparação com aquelas do sexo feminino, expressam menor preocupação relativamente às mudanças corporais relacionadas com a idade e com sua aparência, e uma menor diminuição da sua autoestima e dos sentimentos de atração (Clarke & Korotchenko, 2011). Os declínios vivenciados nesta altura podem afetar negativamente a força, a independência e a saúde, estando intimamente relacionados com a identidade e a autoestima que podem ser amplificados com as alterações socioeconômicas e a perda de papéis sociais (Kaminski & Hayslip, 2006; Baker & Gringart, 2009, citados por Clarke & Korotchenko, 2011). Relativamente à (in)satisfação com a aparência existe uma enorme contradição no caso das mulheres, pois estudos revelam uma tendência para a insatisfação corporal, ao passo que outros relatam o aumento da satisfação do corpo com o aumento da idade (Dumas, Laberge, & Straka, 2005; Grogan, 2008; McLaren & Kuh, 2004b; Oberg & Tornstam, 1999, citados por Clarke & Korotchenko, 2011). O descontentamento com a aparência pode advir do aparecimento de problemas de saúde e da perda concomitante de capacidades funcionais, mas também da pressão social e do aumento do peso que leva a uma reavaliação das prioridades pessoais (Hurd, 2000; Bedford & Johnson, 2005, citados por Clarke & Korotchenko, 2011). Por outro lado, Tiggemann e McCourt (2013) mencionam que as mulheres mais velhas podem manifestar comportamentos de valorização do seu corpo, mesmo que não estejam totalmente satisfeitos com o seu corpo relativamente a outras faixas etárias. Por fim, e de acordo com Janelli (1993), os olhos, as pernas, a saúde, a escolaridade e os dentes são os aspectos que levam a maior insatisfação corporal por parte de idosos homens, enquanto que as mulheres estão menos satisfeitas com os olhos, as mãos, os dedos, o peso corporal e as pernas.

Todas estas alterações associadas ao envelhecimento, implicam exigências, desafios e perdas na autonomia e independência, no funcionamento corporal e intelectual, mas também ganhos, que envolvem a necessidade de gestão, adaptação, otimização e compensação (Claudino, Ferreira, Carmona, & Tavares, 2011; Carrilho et al., 2015). Nesta fase da vida, o idoso experimenta grandes mudanças e o sentimento de que é a mesma pessoa é drasticamente alterado, pois afinal de contas, o seu corpo não é mais reconhecido a partir de fotografias antigas e as suas formas de vida são

transformadas, e muitas das pessoas que constituíam o seu mundo vivem simplesmente na sua memória (Troll & Skaff, 1997). Por isso, a aceitação e o ajustamento às mudanças que o corpo sofre possibilita que este processo seja bem-sucedido, correspondendo a um estado saudável e ativo nas dimensões física, cognitiva e social (Carrilho et al., 2015).

O desenvolvimento de certas condições de saúde nesta fase da vida humana, como o surgimento de limitações funcionais, doenças crónicas ou problemas médicos, especificamente a artrite, a osteoporose, a esclerose múltipla, o acidente vascular cerebral ou o cancro, entre muitas outras também influenciam a experiência de envelhecimento e possibilitam uma ruptura biográfica (Clarke & Korotchenko, 2011). No caso do cancro da próstata, as alterações físicas provocadas tanto pela doença como pelos tratamentos levam a mudanças na perceção dos seus corpos (Taylor-Ford et al., 2013).

Profissionais de saúde têm sugerido que a imagem do corpo é um fator vital na saúde e na doença (Janelli, 1993), e de acordo com a literatura consultada as alterações no corpo real e fragilizado do idoso afetam e comprometem a sua identidade (Fernandes, 2014), a auto perceção (Roy & Payette, 2012), e conseqüentemente a saúde, bem-estar e qualidade de vida (Cobo, 2012). Assim, estas alterações corporais podem melhorar ou prejudicar a perceção da imagem corporal do idoso (Janelli, 1993), sendo que o entendimento do “Eu” pode tornar-se especialmente importante na adaptação às mudanças e desafios da vida tardia, de forma a manter a continuidade da sua identidade (Troll & Skaff, 1997). A aceitação da imagem corporal possibilita a adaptação às mudanças e melhora a capacidade de realizar comportamentos saudáveis e atividades motoras, ao passo que a presença de uma imagem do corpo negativa leva ao aparecimento de perturbações psicológicas e à presença de baixa qualidade de vida, baixa autoestima e falta de motivação (Cobo, 2012).

Román et al. (2014) concluíram que entre as pessoas idosas existe uma associação positiva entre a satisfação com o corpo, o estado de saúde percebido e a velocidade de marcha; os mesmos autores referem ainda que a satisfação com o corpo está negativamente relacionada com o índice de massa corporal, pelo que a mesma poderá ser considerada com um indicador de saúde e bem-estar.

Outro estudo concluiu também que o aumento da idade está associado com níveis crescentes de apreciação corporal (Tiggemann & McCourt, 2013), referindo que as mulheres tornam-se mais sensíveis à sua saúde e funcionalidade ao invés da sua

aparência física, além de recorrerem a estratégias cognitivas, como a reavaliação, para aceitarem as imperfeições do seu corpo (Webster & Tiggemann, 2003, citados por Tiggemann & McCourt, 2013), sendo menos propensas a considerar a sua aparência física como ponto central para a sua autoestima global (Tiggemann Lacey, 2009; Tiggemann & Stevens, 1999, citados por Tiggemann & McCourt, 2013). Entre idosos residentes e não residentes em instituições a percepção da imagem corporal varia, ou seja, idosos não institucionalizados possuem uma percepção positiva dos seus corpos, pois o principal fator de diferenciação na percepção e alteração da imagem corporal foi a situação atual de vida, e não a idade em si (Lakin, 1960, citado por Janelli, 1988).

Apesar das alterações corporais serem comuns na população idosa, e a velhice e a corporalidade serem entendidas e vivenciadas diferentemente entre homens e mulheres (Fernandes & Garcia, 2010), a apreciação corporal não tem sido suficientemente estudada nesta faixa etária. Assim, o estudo contínuo da imagem corporal poderá facilitar o entendimento dos aspetos inerentes ao envelhecimento e à identidade, pois a satisfação perante este constructo varia ao longo das diferentes fases da vida adulta (Román et al., 2014).

A compreensão e a identificação de todos os fatores inerentes à apreciação corporal permitem a atuação dos profissionais de saúde ao nível da prevenção e da intervenção com perturbações da imagem corporal (Avalos et al., 2005) que promovam a aceitação e o respeito do corpo, a consciência corporal, a focalização nos pontos fortes do corpo e a minimização das imperfeições (Wood-Barcalow et al., 2010).

2.1.2 A Auto-Percepção de Envelhecimento

É reconhecido que a experiência de envelhecimento é um fenómeno complexo e multifacetado, sendo assim necessário compreender a representação multidimensional e holística desta experiência por parte do idoso, ou seja, a sua auto-percepção de envelhecimento (Barker et al., 2007). Este conceito tem sido altamente relacionado com a saúde, sobretudo com as variáveis incapacidade funcional e mortalidade (Barker et al., 2007). Outras relações entre a auto-percepção de envelhecimento e a saúde psicológica têm sido mencionadas na literatura, especificamente a satisfação com vida, a qualidade de vida, a solidão e a depressão (Barker et al., 2007). Numa perspetiva comportamental, a auto-percepção de envelhecimento está relacionada com a adoção de comportamentos

que promovam a sua saúde e o desenvolvimento de estratégias de *coping* (Barker et al., 2007).

Tem sido verificado que as pessoas mais velhas se sentem mais jovens do que realmente são, estando, geralmente, satisfeitas com o seu envelhecimento, embora exista uma prevalência elevada de alterações negativas associadas com a idade (Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008), uma vez que o idoso vivencia o envelhecimento a partir do seu corpo (Clarke & Korotchenko, 2011) e as manifestações deste processo decorrem em todos os sistemas e tecidos do corpo humano (Vago & Lovecchio, 2014).

Para caracterizar a experiência do envelhecimento têm sido adotados quadros de autorregulação por serem bastante úteis e por se centralizarem na autorregulação da experiência ou na autorregulação do comportamento, sendo a maioria de natureza genérica ou especificamente aplicada à saúde ou doença (Barker et al., 2007). Assim, e para examinar a autorregulação da experiência e adaptação dos indivíduos ao contexto de envelhecimento com foco na saúde e na doença, o Modelo de Autorregulação de Leventhal tem sido um dos mais utilizados (Barker et al., 2007). Este modelo parte da ideia principal de que o idoso cria uma representação da doença ou da ameaça à sua saúde a partir de uma série de temas lógicos ou dimensões, designadamente a identidade (*identity*), a duração (*timeline*), as consequências (*consequences*), o controlo (*control*) e as representações emocionais (*emotional representations*) (Barker et al., 2007).

A dimensão da *identidade* associa a relação entre o envelhecimento e as alterações relacionadas com a saúde, como por exemplo alterações músculo-esqueléticas, cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, psiquiátricas e outros domínios gerais do funcionamento (Barker et al., 2007). A pessoa idosa pode conjugar o envelhecimento com as alterações relacionadas com a saúde e, mais concretamente, com o declínio físico.

A *duração* diz respeito às questões que se encontram ligadas à consciência individual do envelhecimento e da sua experiência sobre este processo ao longo do tempo (Barker et al., 2007). Subdivida em duas dimensões, a duração crónica engloba a consciência da idade ou do envelhecimento de natureza crónica e tem sido associada com a inatividade e a uma saúde debilitada, e a duração cíclica diz respeito às oscilações desta experiência que são vividas e sentidas de forma consciente pela pessoa (Barker et al., 2007).

Relativamente à dimensão *consequências*, refere as crenças sobre o impacto do envelhecimento na vida do idoso perante uma variedade de domínios, e está subdividida

em consequências positivas e consequências negativas (Barker et al., 2007). A suposição de consequências positivas do envelhecimento tem sido relacionada com uma maior criatividade e maior bem-estar subjetivo (Barker et al., 2007). Por outro lado, o pressuposto de consequências negativas do envelhecimento tem sido associado com depressão e menor bem-estar subjetivo (Barker et al., 2007).

A dimensão *controle* enquadra as crenças das formas pessoais do idoso em gerir a sua própria experiência de envelhecimento. Também se encontra dividida em duas subdimensões, o controle sobre experiências positivas e o controle sobre experiências negativas relativas ao envelhecimento (Barker et al., 2007). O significado de controle obtém apoio teórico a partir de pesquisas que manifestaram a importância de estratégias de controle primário e secundário na vida adulta com referência aos esforços das pessoas para controlar o seu ambiente para atenderem às suas necessidades, e este último refere-se às várias formas em que as pessoas reinterpretem em si próprias ou a sua situação de modo a não ficarem sobrecarregadas quando o ambiente não cede às suas influências (Barker et al., 2007). Um apoio adicional para o controle deriva de pesquisas que mostram que ter um forte senso de controle sobre o desenvolvimento pode facilitar o bem-estar durante todo o ciclo de vida (Barker et al., 2007).

Por fim, a dimensão das *representações emocionais* elucida a resposta emocional gerada pelo envelhecimento, sendo representada por emoções negativas, como preocupação, ansiedade, depressão, medo, raiva e tristeza que têm sido articuladas com mudanças físicas e na saúde funcional e com a inadaptação das estratégias de *coping* (Barker et al., 2007).

Entender a auto-perceção de envelhecimento permite compreender a experiência subjetiva do envelhecimento e identificar idosos que estejam em situação de risco devido a percepções que indiquem uma adaptação desajustada face a este processo (Barker et al., 2007). Os modelos de envelhecimento bem-sucedido e autorregulação têm sugerido que ao longo do tempo os adultos mais velhos devem manter, ou até mesmo aumentar, a auto-perceção positiva da sua experiência de envelhecimento (Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008). Porém, de acordo com Carrilho e colaboradores (2015), os idosos tendem a exibir uma conceção física do envelhecimento associada à crescente dependência funcional, que engloba as limitações físicas que a doença crónica pode gerar nas atividades pessoais e instrumentais da vida diária, como por exemplo, a alimentação, a higiene pessoal, a mobilidade, as tarefas domésticas, certos assuntos administrativos e/ou a toma de medicação.

Uma satisfação alta com a experiência de envelhecimento encontra-se associada a melhorias na autoestima e no bem-estar, a um aumento dos níveis de atividade social e de compromisso e a um impulso no funcionamento fisiológico (Barker et al., 2007; Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008).

Assim, uma auto-percepção positiva do envelhecimento leva a que a pessoa idosa se sinta mais jovem e mais satisfeita com este momento da sua vida que conduz a um bem-estar (Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008).

2.1.3 O Bem-Estar Psicológico no Envelhecimento

O bem-estar psicológico é um constructo que tem recebido contributos de diversas áreas, entre elas a psicologia do desenvolvimento, a psicologia clínica e a saúde mental (Ryff, 1995). Enraizado no pensamento clássico, desenvolvido por Aristóteles relativamente à *eudaimonia* ou felicidade, o bem-estar psicológico pode ser definido como a avaliação positiva que o indivíduo realiza sobre a sua vida pessoal associada a sentimentos positivos (Novo, 2005; Fonseca, 2014).

Partindo do pressuposto que o bem-estar envolve a descoberta e a construção da identidade, o bem-estar psicológico será gerado como uma qualidade de funcionamento que se constrói por referência aos outros e ao mundo, em que a própria descoberta do indivíduo só acontece devido às suas relações interpessoais consideradas como construtores da identidade pessoal e do bem-estar psicológico (Fonseca, 2014).

A criação do Modelo Multidimensional de Bem-Estar Psicológico resultou da convergência de múltiplos trabalhos da psicologia positiva (Ryff & Keyes, 1995) e das principais características dos constructos teóricos mencionadas acima (Ryff, 1995) que possibilitaram a identificação de diferentes dimensões consideradas como fundamentais no desenvolvimento e na expressão da normalidade e do bem-estar (Novo, 2005). Nesta perspetiva, o bem-estar psicológico é definido como um constructo multidimensional que abrange um conjunto variado de seis dimensões distintas do funcionamento psicológico positivo, nomeadamente a aceitação de si, o crescimento pessoal, os objetivos de vida, as relações positivas com os outros, o domínio do meio, e a autonomia (Ryff & Keyes, 1995; Fonseca, 2014).

Esclarecendo cada dimensão, a *aceitação de si* inclui a avaliação positiva que um indivíduo faz de si próprio e da sua vida passada (Ryff & Keyes, 1995), ou seja, tem

em conta a manutenção de atitudes positivas para consigo próprio que surgem como característica fundamental do funcionamento psicológico positivo (Fonseca, 2014). As características que esta dimensão avalia pretendem determinar se a pessoa possui uma atitude positiva para consigo mesmo, se sente positivo perante a sua história de vida passada e se reconhece e aceita os diferentes aspetos do seu “Eu” ao incluir as qualidades positivas e negativas (Ryff, 1995).

O *crescimento pessoal* diz respeito ao sentimento de crescimento e desenvolvimento contínuo correspondendo à capacidade assumida para cada pessoa desenvolver o seu potencial individual de crescimento (Ryff & Keyes, 1995; Fonseca, 2014). Esta dimensão também tem em conta a abertura perante novas experiências, as mudanças de atitudes que reflitam a eficácia do autoconhecimento e a observação de melhorias no comportamento, no crescimento e na expansão do “Eu” ao longo do tempo (Ryff, 1995).

A dimensão *objetivos de vida* parte da crença de que a vida tem um propósito e um significado, sugerindo o interesse e a necessidade de existência da definição de objetivos de vida que direcionem um sentido à vida (Ryff, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Fonseca, 2014).

As *relações positivas com os outros* dizem respeito ao estabelecimento de relações interpessoais agradáveis, de confiança e de qualidade associado a fortes sentimentos de empatia e afeto (Ryff & Keyes, 1995; Fonseca, 2014). As características tidas em conta nesta dimensão são o estabelecimento de relações de confiança e de satisfação com os outros, a preocupação com o bem-estar dos outros, a capacidade para sentir forte empatia, afeto e intimidade nas suas relações e se usufrui de relações humanas de dar e receber (Ryff, 1995).

O *domínio do meio* está relacionado com a capacidade para a pessoa escolher ou criar ambientes adequados às suas necessidades e valores pessoais, de fazer uso efetivo de oportunidades envolventes e de gerir eficazmente a sua vida e o mundo circundante (Ryff, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Fonseca, 2014).

Por fim, a dimensão *autonomia* abrange conceitos que correspondem a particularidades como a independência, a autodeterminação, o *locus* de controlo interno, e a regulação interna do comportamento (Fonseca, 2014), com finalidade de avaliar a capacidade de resistência para resistir a pressões sociais de forma a pensar e a agir sobre um determinado comportamento e a autorregulação segundo padrões pessoais (Ryff, 1995).

A literatura sobre o bem-estar psicológico na idade adulta média e tardia possui inúmeras definições de funcionamento positivo, incluindo a satisfação com a vida, a felicidade, o ajuste, o equilíbrio afetivo, o moral e o bem-estar subjetivo (Ryff, 1989). Por isso, a aplicabilidade do conceito bem-estar psicológico no campo da gerontologia tem demonstrando enorme relevância por o envelhecimento abarcar várias ameaças para aquilo a que habitualmente associamos ao bem-estar, e porque um nível satisfatório de bem-estar psicológico é essencial para uma adaptação bem-sucedida aos desafios do avanço da idade por parte do idoso (Fonseca, 2014).

Com a aplicação deste modelo multidimensional junto de pessoas idosas foi possível contrariar a ideia comum de que decorre um declínio generalizado do bem-estar psicológico na velhice, pois os idosos tendem a sentir-se felizes com as suas vidas atuais e não pretendem mudá-las (Fonseca, 2014). Assim, as experiências passadas perante a vida atual, a liberdade para tomar decisões sobre a própria vida e a manutenção de relações sociais gratificantes são importantes fatores para o bem-estar psicológico na velhice (Fonseca, 2014).

Com este modelo foi possível salientar a capacidade adaptativa dos idosos e o reajustamento dos seus objetivos e/ou prioridades de vida divulgada por alterações dos padrões de bem-estar dos idosos (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, Magee, Kling, & Wing, 1999, citados por Novo, 2005). As dimensões *objetivos de vida* e o *crescimento pessoal* tendem a diminuir nesta fase da vida, enquanto outras dimensões apresentam níveis superiores, como é o caso da *aceitação de si*, da *autonomia* e das *relações positivas com os outros* (Novo, 2005).

O relacionamento positivo com os outros tem sido reconhecido como um dos componentes de bem-estar psicológico pelas relações próximas entre o envolvimento interpessoal e a saúde em geral, no plano físico e mental (Ryff & Singer, 1998; 2003 citados por Novo, 2005). As pessoas idosas demonstram ser capazes de cuidar e de manter um bom relacionamento com os seus familiares e amigos, algo que não costumava ser considerado no conjunto das dimensões típicas de bem-estar psicológico na velhice (Fonseca, 2014). Em idosos com elevado grau de dependência, é comum observar-se o contrário, uma vez que o bem-estar e a qualidade de vida estão provavelmente reduzidos, o que condiciona o quotidiano destas pessoas, sobretudo na relação com os outros, sendo esta situação mais evidente em indivíduos institucionalizados (Carrilho et al., 2015).

A aceitação das mudanças corporais conjuntamente com as dimensões alegria de viver e a estabilidade relativamente a valores, interesses, atividades e atributos pessoais demonstraram ser indutivas de ajustamento e de bem-estar psicológico (Fonseca, 2014).

Outros autores têm relacionado o bem-estar psicológico com diversas variáveis presentes na vida corrente, como o estatuto socioeconómico e educacional, as redes sociais, a competência e a saúde, e verificaram que face à ameaça da perda de saúde, a conservação do bem-estar psicológico dependerá essencialmente da ação interveniente de fatores como a personalidade ou as redes sociais (Pinquart & Sorenson, 2000, citados por Fonseca, 2014).

Com o aumento da longevidade seria de esperar um comprometimento do bem-estar psicológico das pessoas idosas, mas de forma geral, estas acabam por ter uma visão positiva do seu envelhecimento que se encontra associada a uma avaliação realista dos resultados favoráveis que esta fase da vida ainda lhes pode trazer (Fonseca, 2014).

2.1.4 A Institucionalização

Uma grave consequência do envelhecimento pode ser a incapacidade de continuação de uma vida autónoma que leva à procura de cuidados dependentes ou à institucionalização (Henwood et al., 2011). Em Portugal 16,5% da população tem idade igual ou superior a 65 anos de idade, dos quais pelo menos, 10% encontram-se institucionalizados (Lobo, Santos, Carvalho, & Mota, 2008).

O processo de institucionalização é desencadeado por variadíssimos fatores, que vulgarmente se encontram interligados, nomeadamente, causas médicas devida às alterações biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento que desencadeia situações de dependência e consequentemente dificuldades na execução autónoma das atividades diárias; razões sociais, correspondente a estados de solidão, situações de carência da família ou das redes sociais; e motivos económicos, que resultam de uma deterioração do nível de vida (Nunes, s/d, citado por Ornelas & Vilar, 2011).

A institucionalização é um processo que provoca um corte na história de vida e um afastamento real da rede de relações dos idosos (Daniel, 2006), habitualmente descritos como espaços impessoais, “frios”, escuros, monótonos e com poucos estímulos (Lobo & Pereira, 2007). Com a institucionalização os idosos deixam as suas casas e entram num espaço mais regulamentado, formal e impessoal que altera os seus

hábitos de viver (Troll & Skaff, 1997), e normalmente acontece uma rutura entre o idoso e a sua família, a sua casa e com os hábitos que foi conquistando ao longo da sua vida (Simões et al., 2014).

Esta mudança impõe elevados níveis de adaptação, para os quais a pessoa idosa pode não estar preparada (Troll & Skaff, 1997), por ter receio que este processo aumente a sua dependência e dificulte a conservação da sua autonomia (Carrilho et al., 2015). A insatisfação e a tristeza podem instalar-se devido à falta de autonomia do idoso e devido à existência de doenças e de outras limitações físicas, mesmo que se encontre satisfeito com as instalações e cuidados institucionais prestados (Carrilho et al., 2015). O meio de onde provém o idoso tem influência no seu processo de adaptação, apresentando uma forte ligação entre o ambiente familiar e a adaptação à instituição, sendo que o primeiro é decisivo para uma integração bem-sucedida do idoso (Carrilho et al., 2015). No entanto, esta nova etapa é representada e vivida de forma desigual de idoso para idoso (Ornelas & Vilar, 2011).

Todavia, existem instituições que limitam a possibilidade dos seus utentes terem uma vida ativa por falta de oportunidades e em que a falta de estimulação física eleva a probabilidade do surgimento de problemáticas de saúde (Lobo et al., 2008). O processo de institucionalização pode conduzir a um aumento do isolamento, da inatividade física e de julgamentos sociais destrutivos (Lobo & Pereira, 2007), mas também à própria dependência do idoso perante as suas tarefas e necessidades diárias que podem evocar sentimentos de desespero (Lobo et al., 2008) e dificuldades na relação com os outros (Carrilho et al., 2015).

Quando os idosos chegam à instituição, muitos deles possuem uma conceção de si mesmo que naturalmente foi construída através de alguns papéis sociais estáveis vivenciados antes deste momento, mas nesta nova realidade os idosos não possuem a proteção oferecida por tais papéis (Simões et al., 2014). Com a institucionalização, há aspetos do “Eu” dos idosos que vão sendo reprimidos e que conduzem a um estado de tensão psicológica no indivíduo que leva ao surgimento de sentimentos de culpa ou de desilusão e elevam o seu estado de angústia (Simões et al., 2014).

Este processo desencadeia uma série de mudanças na conceção que o indivíduo sustenta a seu respeito e a respeito de todos aqueles que são significativos para ele (Simões et al., 2014). Assim, tudo o que foi mencionado influencia negativamente a perceção que o idoso tem de si próprio, o seu bem-estar psicológico (Troll & Skaff, 1997) e a sua qualidade de vida (Lobo & Pereira, 2007). Por outro lado, este processo

pode ser considerado como um fator que desencadeia estados depressivos no idoso pela sua falta de autonomia funcional e pela percepção que tem das dificuldades do controle do seu cotidiano que comprometem o seu envelhecimento ativo (Carrilho et al., 2015).

Perante tudo isto, os profissionais de saúde necessitam de reconhecer a importância de manter a população idosa institucionalizada ativa (Lobo et al., 2008), e atuar rapidamente a fim de amenizar os problemas de saúde e de dependência física da população idosa.

2.2 A Intervenção Psicomotora no Corpo Envelhecido

Nesta etapa da vida, surge a necessidade de auxiliar o idoso para promover o retardamento das suas perdas, através do recurso a programas adequados às suas necessidades específicas (Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015). A intervenção junto da população idosa pode ser desenvolvida a partir de três níveis diferentes, designadamente a prevenção primária, que se centra no acompanhamento do processo normal de senescência, a prevenção secundária, destinada a uma população que manifeste défices funcionais, cognitivos e físicos, ou seja, possui um natureza reabilitativa, e por fim, a prevenção terciária, dirigido a pacientes com diagnóstico patológico (Almeida, 2005, citado por Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015).

De acordo com Fonseca (pg. 16, 2007), a Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal que *“traduz a solidariedade profunda e original entre a atividade psíquica e a atividade motora”*, por o comportamento humano expressar corporalmente as emoções, os afetos, os sentimentos, as vivências, as fantasias e os pensamentos, enquanto a vida psíquica expressa desde as emoções aos pensamentos e totaliza toda a evolução neuronal, isto é, a evolução que vai dos impulsos motores primários aos comportamentos mais estruturados expressos como motricidade verbal, e que tem no movimento a sua força persuasiva (Branco, 2010). Ou seja, a terapia psicomotora tem por base a visão holística do ser humano e recai sobre aspetos psicoafectivos, sociais, cognitivos, motores e psicomotores e promove o sentir, o agir e o pensar (Probst, Knäpen, Poot, & Vancampfort, 2010; Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015). Mais do que uma terapia que promova a atividade física e a corporeidade, a Psicomotricidade é ainda considerada como um tratamento psicológico que privilegia a relação cliente-

psicomotricista, uma vez que as experiências e respostas desta relação funcionam como capacidade dinâmica de mudança (Probst et al., 2010).

Para a Psicomotricidade não existe pensamento sem corpo, sem atitude ou sem movimento, porque o indivíduo é um ser “psicomotor” que através do movimento reflete as suas funções intelectuais, emocionais e motoras (Juhel, 2010). É encarada como uma terapia que promove a educação do gesto ao serviço do pensamento e que permite a dialética permanente entre o corpo e a mente (Juhel, 2010).

Assim, a terapia psicomotora incorpora componentes médicas, psicológicas, agógicas, cinesiológicas e reabilitativas, e é considerada como uma terapia complementar que pode ser integrada em diversas abordagens psicoterapêuticas (Probst et al., 2010).

Quando dirigida à população idosa, esta prática terapêutica denomina-se de Gerontopsicomotricidade, que recai nos processos da retrogênese psicomotora e na prevenção da deterioração das capacidades cognitivas, sensoriais, percetivas, emocionais e afetivas (Nuñez & González, 2001, citados por Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015). No entanto, também pode ser considerada como uma forma de prevenção e de reabilitação que pretende atrasar os efeitos degenerativos associados à idade, aumentar as possibilidades de reabilitação ou manter o diálogo corporal (Montañés & Kist, 2011, citados por Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015).

Nas últimas etapas da vida do ser humano, a intervenção psicomotora pretende preparar o processo de envelhecimento, promovendo a melhor idade funcional possível, mediante a aprendizagem de estratégias e capacidades que permitam ao idoso a continuação de uma vida ativa e o desempenho de papéis na sociedade (Sinovas & Miguelsanz, 2010). De acordo com Vila (2006, citado por Sinovas & Miguelsanz, 2010), a intervenção psicomotora é a mais adequada para conseguir a produção de efeitos compensatórios que contribuam para o reforço de um envelhecimento satisfatório, através da mudança de atitudes que proporcionem a aceitação e a satisfação pelas experiências de prazer e bem-estar vivenciadas pela mobilização corporal (Sinovas & Miguelsanz, 2010).

A Psicomotricidade está direcionada no investimento afetivo do objeto, porque o indivíduo exprime no seu corpo os problemas que o afetam, o que de melhor tem para dar a si mesmo e de si mesmo, a si mesmo, para que consiga construir de forma equilibrada o seu “Eu”, para um funcionamento interno perfeito (Branco, 2010). Assim, e segundo Vítor da Fonseca (2001), o trabalho preventivo da Psicomotricidade oferece a

dignidade merecida nesta fase do desenvolvimento humano no combate aos comportamentos de imobilidade, passividade, isolamento, solidão, depressivos, de dependência, institucionalização e de segregação, perante a manutenção de um tónus funcional, de um controlo postural flexível, de uma boa imagem corporal, de uma organização espacial e temporal plástica e da integração e prolongamento de praxias ideomotoras.

Para Fernandes (2014), os profissionais de saúde do ponto de vista psicomotor devem centrar a sua atenção para a forma como o idoso investe, sente e vive o seu próprio corpo, tanto na dimensão real como imaginária, porque a sua identidade e personalidade estão afetadas e comprometidas pelas alterações corporais. O psicomotricista deve escutar e intervir sobre envelhecimento do corpo, numa postura preventiva e terapêutica e auxiliar a pessoa idosa na construção da sua imagem corporal de forma a contrariar ou minimizar as sucessivas perdas para adquirir uma continuidade na razão da sua existência pelo prazer em viver (Fernandes, 2014) através do reconhecimento, apreciação e estabilização da imagem do seu corpo (Costa, 2011) para a restauração da unidade psicocorporal (Juhel, 2010; Personne, 2011).

Como a pessoa idosa é um ser vivo e desejado a restauração ocorre pelo oferecimento de vivências corporais agradáveis que contribuem para a consciência do corpo, dos sentimentos, das capacidades e das limitações (Personne, 2011). Deve ser estimulado a execução e a experimentação de novas e diferentes perceções, movimentos e gestos para desenvolver novas possibilidades psicomotoras, a noção dos limites corporais e a consolidação do conhecimento de si próprio para a organização da identidade (Costa, 2008; Costa, 2011). Além de que uma imagem positiva do corpo fornece a confiança para o indivíduo se envolver em relações sociais, ao passo que uma imagem corporal negativa diminui a capacidade e a vontade de socializar (Donnelly & MacEntee, 2012).

A intervenção psicomotora pode facilitar ainda o aumento da autonomia funcional nas atividades de vida diária observada pela realização independente de atividades diversas do quotidiano do idoso e melhorias significativas no estado psicoafectivo e emocional e nas habilidades cognitivas (Nuñez & González, 2001). A criação e o desenvolvimento de programas psicomotores em contexto geriátrico pode ser crucial para a prevenção do envelhecimento precoce por atuar diretamente sobre a melhoria da qualidade de vida e na perpetuação da criatividade e da motivação vital de muitos idosos (Fonseca, 2001).

Na intervenção psicomotora, o psicomotricista recorre ao corpo e ao movimento do cliente como mediadores da própria intervenção, utilizando diversos recursos que podem e devem ser implementadas no quotidiano da população idosa como técnicas de estimulação sensorial, teatrais e de relaxação e consciência corporal, o toque terapêutico, a expressão artística e emocional, as dinâmicas de grupo, a música, a dança entre muitos outros (Fernandes, 2014; Oliveira, Carvalho, & Cardoso, 2015).

Porém, a prática psicomotora também incide no corpo em relação com o outro e o meio envolvente, numa motricidade em relação, ou seja, no idoso que habita o seu corpo em relação (Fernandes, 2014), uma vez que a Psicomotricidade num registo relacional está direcionado para o investimento afetivo do objeto, porque só este registo torna possível ao indivíduo exprimir no seu corpo os problemas que o afetam, o que de melhor tem para dar a si mesmo e a construção equilibrada do “Eu” para um funcionamento interno perfeito (Branco, 2010).

O recurso a atividades criativas na intervenção junto de pessoas idosas promove dentro delas um forte sentimento de competência e capacidade (Fisher & Specht, 1999, citados por de Guzman et al., 2011), que lhes permite adaptar-se de forma mais eficaz às mudanças físicas, psicológicas e psicossociais associadas à velhice (Flood & Phillips, 2007, citados por de Guzman et al., 2011). Existem diferentes técnicas de expressão criativa que podem ser aplicados, como o desenho, as colagens, a construção de máscaras, a modelagem no barro ou na plasticina, o bordado, o tricô, o desenho na areia da praia, a dança, a música entre outros (Paskaleva & Uzunova, 2015).

A arte possui uma influência e um poder ilimitado para o desenvolvimento e o estado emocional do ser humano, mas também para a organização da sua identidade, e para tal, existem diferentes técnicas utilizadas na terapia pela arte que fomentam a atenção, o desenvolvimento de capacidades e a estimulação de funções neuropsicológicas e motoras (Paskaleva & Uzunova, 2015). As bases de apoio desta terapia são a criatividade, os mecanismos internos de mobilização, a ativação, a autorregulação e a auto-preservação (Paskaleva & Uzunova, 2015).

A terapia pela arte é um meio de comunicação essencialmente não-verbal que possibilita a expressividade mais precisa e completa por parte do idoso pela demonstração do seu estado de espírito e das suas ideias. Todavia, também permite a criação de emoções positivas, a superação de comportamentos de apatia e a aquisição de uma vida positiva (Paskaleva & Uzunova, 2015). Assim, o recurso a estas técnicas na intervenção com pessoas idosas pode solucionar uma série de problemáticas

relacionadas a este período, ou seja, serve para motivar e estimular os idosos para a execução de atividades regulares e para a prática de atividade física, atrasar e combater as problemáticas corporais decorrentes do processo de envelhecimento, superar a imobilidade e a falta de movimento e melhorar a função do aparelho locomotor e do sistema cardiovascular (Paskaleva & Uzunova, 2015).

A música tem sido considerada como o recurso artístico mais influente na promoção de bem-estar e de saúde psicológica e fisiológica (Clift et al., 2008; Wall & Duffy, 2010, citados por Eells, 2014), utilizada como ferramenta de terapia na reabilitação de perturbações neurodegenerativas e do humor através de atividades que envolvam o cantar, o tocar instrumentos musicais, a improvisação, a composição de letras, entre outras (Finnerty, 2011). Com a diminuição das capacidades físicas e mentais ao longo do processo de envelhecimento, muitos idosos podem encontrar criatividade e energia nas atividades musicais, pois mesmo que não possuam habilidades musicais existe sempre alguma forma de resposta, como bater as palmas e os pés ao ritmo da melodia (Heathcote, 2013).

Como a terapia pela música auxilia na superação das dificuldades do envelhecimento, facilita também a expressividade e as mudanças positivas no humor, nas emoções ou nos pensamentos da pessoa idosa (Finnerty, 2011; Heathcote, 2013). De forma geral, as atividades musicais podem trazer às pessoas mais velhas um conjunto de benefícios sociais, emocionais e cognitivos (Heathcote, 2013) descritos por alterações positivas nas relações sociais, na saúde e na qualidade de vida (Eells, 2014). Além de tudo isto, provoca ainda respostas de relaxação e prazer e o alívio da ansiedade e fadiga (Finnerty, 2011; Eells, 2014).

Quando a música está em associação com o canto, influências positivas no bem-estar e qualidade de vida são proporcionadas pela vivência de momentos prazerosos e de acalmia, a interação e inclusão social com os pares, a expressão de emoções, e a recordação de memórias e sentimentos, sobretudo desejáveis (Eells, 2014). No entanto, algumas pessoas mais velhas podem responder à música com dança ou movimento, importantes formas de autoexpressão (Heathcote, 2013).

A dança é uma atividade motora que oferece ao ser humano uma vivência agradável para melhorar as suas vidas, sobretudo às pessoas idosas (Keogh et al., 2009, citado por Roberson & Pelclova, 2014), talvez por a dança ser uma expressão natural da nossa cultura que contempla uma variedade de papéis dentro da nossa sociedade. De acordo com Csikszentmihalyi (1997, citado por Roberson & Pelclova, 2014) a dança

encontra-se relacionada com a felicidade e o bem-estar pelos movimentos corporais que produz.

Com a população idosa, a terapia do movimento pela dança origina inúmeros efeitos benéficos ao nível da autoestima, do movimento, da interação social, da imagem corporal e do bem-estar e ajuda a reverter algumas das imagens negativas associadas ao envelhecimento (Guzmán-García, Hughes, James, & Rochester, 2013; Roberson & Pelclova, 2014). A dança também concede qualidade de vida pelas melhorias que são registadas na saúde física das pessoas idosas pelo aumento da potência aeróbia e da resistência muscular, força, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e marcha nos membros inferiores, além de prevenir e reduzir o risco de ocorrência de quedas e o desenvolvimento de certas condições de saúde, como problemas cardiovasculares, osteoporose e demência (Jenkins, 2003; Keogh et al., 2009, citados por Roberson & Pelclova, 2014; Guzmán-García et al., 2013).

Apesar de tudo isto, a dança cria um espaço onde o idoso pode pensar e relembrar sobre o seu passado que de forma saudável motiva-o a reconsiderar e a aprender com o passado, pois estas poderosas memórias emocionais evocam momentos importantes da sua vida e o tempo em que eram mais jovens, fortes e tinham um futuro prometedoro (Roberson & Pelclova, 2014). Incorporado à dança temos a música que além de ser uma maneira de manter o ritmo, proporciona também a oportunidade para cantar velhas canções que revivem a memória e o orgulho nacional do idoso (Roberson & Pelclova, 2014).

A relaxação é também uma forma de mediação corporal de grande utilidade e significado no trabalho do psicomotricista. A relaxação diz respeito a um conjunto de técnicas que recorrem ao relaxamento voluntário e consciente dos diferentes grupos musculares que planeia a pacificação das tensões e conflitos, onde a mente se possa libertar plenamente de emoções indesejadas, como a raiva, a ansiedade, a agressividade e o embaraço, que causam *stress* psicológico, para o alcance de um equilíbrio entre o corpo, a mente e as emoções, além de permitir o reconhecimento de si (Costa, 2008; Juhel, 2010).

O recurso a técnicas de relaxação, meditação e imagética permite trabalhar com componentes de saúde espiritual que consentem uma maior perceção de bem-estar e uma melhor ligação consigo próprios e com os outros (Reig-Ferrer et al., 2014), uma vez que a obtenção de um estado de repouso e de calma interior faculta a integração da

corporalidade com a finalidade de dar uma resposta satisfatória às exigências da vida atual do indivíduo (Costa, 2008).

Foi demonstrado que o uso de técnicas de relaxação como a imagem guiada teve um aumento efetivo na autoeficácia e no comportamento funcional de um grupo de idosos (Kim, Newton, Sachs, Glutting, & Glanz, 2012), ao passo que a utilização da relaxação promove melhorias na qualidade do sono e nas funções cognitivas (Sun, Kang, Wang, & Zeng, 2013), e mais especificamente, a técnica de relaxação de Benson, produz melhoras na qualidade de vida de idosos institucionalizados (Reig-Ferrer et al., 2014). Todavia existem muitos outros benefícios da prática de relaxação como, a redução dos níveis da pressão sanguínea, da frequência cardíaca em repouso, do colesterol total, da glicose e das hormonas do *stress* (Glei, Goldman, Lin, & Weinstein, 2012).

A Psicomotricidade enquanto terapia de intervenção promove o conhecimento das várias partes do corpo, mas também das suas competências, capacidades e limitações, havendo uma readaptação da fantasia com a realidade, do sonhar, do ser capaz, com o conquistar na realidade, e a ilusão com a desilusão (Costa, 2008), aspetos que parecem fundamentais na pessoa idosa e no corpo envelhecido. A utilização de diferentes recursos terapêuticos na Psicomotricidade com a população idosa pode trazer inúmeros benefícios como melhoras no bem-estar psicológico e na qualidade de vida diária e alterações positivas na percepção corporal.

Do nosso conhecimento existem poucos estudos que analisem de que modo uma intervenção psicomotora possa ter um efeito ao nível das variáveis em estudo, apreciação corporal, auto-percepção de envelhecimento e bem-estar psicológico. No entanto, a Psicomotricidade permite a melhoria e a conservação da percepção da imagem corporal da pessoa idosa (Juhel, 2010).

3. Metodologia

Neste tópico é descrita a metodologia de trabalho que permitiu a construção do presente estudo de investigação.

3.1 Desenho e Tipo de Estudo

O estudo é longitudinal, quasi-experimental, que incluiu uma intervenção psicomotora. Foi seguida uma abordagem quantitativa e qualitativa para estudar a apreciação corporal, a auto-percepção de envelhecimento e o bem-estar psicológico. Durante o período de intervenção, enquanto o grupo experimental (GE) participou nas sessões de psicomotricidade, o grupo de controlo (GC) manteve a rotina diária.

3.2 Participantes

Os critérios de inclusão para constituição da amostra foram, a) os idosos possuírem idade igual ou superior a 65 anos de idade e b) não apresentarem défices cognitivos graves, de acordo com o *score* obtido no *Mini Exame do Estado Mental*. Os valores de “corte” utilizados para a deteção de défice cognitivo foram 15 pontos para indivíduos analfabetos, 22 pontos para pessoas com 1 a 11 anos de literacia e 27 pontos para indivíduos com literacia superior a 11 anos (Guerreiro et al., 1994 citado por Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009).

A amostra deste estudo contou com a participação de idosos que se encontravam institucionalizados nas duas Estruturas Residenciais pertencentes à Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo, nomeadamente o Lar Nossa Senhora da Visitação e o Centro Social João Paulo II. A amostra foi formada por conveniência integrando pessoas idosas com idades compreendidas entre os 73 e 94 anos. A partir do número de participantes de cada Estrutura Residencial foi formado o grupo experimental e o grupo controlo. No Lar Nossa Senhora da Visitação, localizada na União de Freguesias de Nossa Senhora da Vila, Nossa Senhora do Bispo e Silveiras, 6 idosos incluíram o grupo experimental e 5 idosos o grupo controlo, enquanto no Centro Social João Paulo II,

sediada na Freguesia dos Foros de Vale de Figueira, 7 idosos integraram o grupo experimental e 8 idosos o grupo controlo.

Inicialmente, a amostra foi composta por 26 participantes e tanto o grupo experimental como o grupo controlo possuíam igualmente 13 idosos. No entanto, uma das participantes do grupo experimental do Centro Social João Paulo II acabou por não participar na maioria das sessões, por motivos de saúde, pelo que não foi considerada na análise. Esta participante acabou por falecer durante a avaliação pós-teste. Assim, a presente amostra contou com a participação de 25 idosos, especificamente, 12 participantes no grupo experimental e 13 participantes no grupo controlo.

O grupo experimental participou numa intervenção psicomotora durante 12 semanas, ao passo que o grupo controlo manteve a sua rotina diária e não participou no programa de intervenção, participando unicamente nas atividades de Fisioterapia, Animação Sociocultural e Psicologia disponibilizadas pela equipa técnica da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo. É de referir que o grupo experimental também manteve a sua rotina diária e participou nas atividades da equipa técnica.

Tabela 1 - Características Gerais da Amostra

	Grupo Controlo	Grupo Experimental	<i>p</i>[‡]
<i>N</i>	13	12	-
Mulher, homem	7, 6	7, 5	-
Idade (anos), <i>M (SD)</i>	85.38 (5.39)	84.08 (6.53)	0.611
Idade (anos), Mínimo, Máximo	75, 93	73, 94	-
MMSE (pontos), <i>M (SD)</i>	22.69 (3.23)	23.33 (3.70)	0.611
Anos Escolaridade (anos), <i>M (SD)</i>	2.19 (3.65)	1.88 (2.32)	0.894

Legenda. MMSE = Mini Exame do Estado Mental.

[‡]*p value* para comparação entre grupos. Teste *Mann-Whitney*.

É possível observar na tabela 1 que o grupo experimental, sujeito a intervenção psicomotora, foi composto por 7 pessoas do sexo feminino e 5 do sexo masculino e o grupo controlo contou com a participação de 7 indivíduos do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Quanto à idade dos grupos, a média do grupo experimental é de 84.08 anos e o desvio padrão 6.53 e os valores para o grupo controlo são, respetivamente, 85.38 anos de idade e 5.39. A idade mínima e máxima do grupo experimental é, respetivamente, 73 e 94 anos, ao passo que no grupo controlo a idade mínima é 75 anos e a máxima 93 anos.

O grupo controlo obteve uma pontuação média de 22.69 pontos no MMSE e um de desvio padrão de 3.23, enquanto o grupo experimental cotou uma média de 23.33 pontos e um desvio padrão de 3.70. Quanto aos anos de escolaridade o grupo controlo apresenta uma média de 2.19 anos e um desvio padrão de 3.65 e o grupo experimental exhibe uma média de 1.88 anos e um desvio padrão de 2.32.

Relativamente ao estado civil dos participantes, 4 são casados, 4 são solteiros, 1 é divorciado e 16 são viúvos.

3.3 Procedimentos

Num primeiro momento foi efetuado um pedido formal de colaboração à diretora técnica da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo, tendo sido obtida autorização pelos órgãos responsáveis pela instituição (Mesa Administrativa).

Numa segunda etapa, foram realizados os rastreios cognitivos aos idosos das Estruturas Residenciais da Santa Casa da Misericórdia, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, através da aplicação do MMSE. Posteriormente, foi constituída a amostra de acordo com os critérios de inclusão já apresentados.

Num terceiro momento, os participantes foram informados sobre os objetivos e os procedimentos do projeto de investigação, ficando explícita a possibilidade de estes abandonarem voluntariamente o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência. Também lhes foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos e dos resultados obtidos. Todos os participantes leram e assinaram a declaração de consentimento informado (Anexo I). Aos familiares dos participantes foi distribuído um documento formal que informava sobre a participação dos seus familiares e os objetivos do projeto. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora e realizado de acordo com a Declaração da Associação Médica Mundial de Helsínquia sobre estudos com humanos.

Seguiu-se a aplicação dos instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa, respetivamente a *Escala de Apreciação Corporal (EAC-PT)*, o *Questionário de Perceções de Envelhecimento (QPE)*, a *Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) – versão de 24 itens* e a *Entrevista Semiestruturada*. Os instrumentos de avaliação quantitativa foram aplicados pela psicóloga da Santa Casa da Misericórdia de

Montemor-o-Novo de forma hetero-administrada, enquanto a avaliação qualitativa foi realizada pela investigadora do estudo.

Após a avaliação inicial foi iniciada a quinta etapa, a implementação da intervenção psicomotora, que decorreu numa frequência bissemanal durante 12 semanas, com duração aproximada de 90 minutos, correspondendo a um total de 24 sessões. A intervenção realizada pretendeu melhorar a apreciação que o idoso tem do seu próprio corpo, e conseqüentemente melhorar o seu bem-estar psicológico e a sua auto-perceção de envelhecimento, através da aplicação de diferentes mediadores.

No término das sessões iniciou-se a sexta etapa que consistiu na avaliação quantitativa e qualitativa final com os mesmos instrumentos de recolha de dados e procedimentos da avaliação inicial. Excepcionalmente, a investigadora aplicou os questionários de avaliação quantitativa, de forma hetero-administrada, a uma das participantes do grupo controlo por incompatibilidade entre esta e a psicóloga.

3.4 Instrumentos de Avaliação

3.4.1 Escala de Apreciação Corporal

Para quantificar a apreciação corporal dos idosos foi utilizada a Escala de Apreciação Corporal traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Félix Neto (2011, citado por Baldaia, 2013) da versão original *Body Appreciation Scale* desenvolvida por Avalos, Tylka e Wood-Barcalow (2005).

O desenvolvimento da *Body Appreciation Scale* partiu da análise de literatura sobre as principais características da apreciação corporal, a qual permitiu uma reflexão sobre o impacto da apreciação do corpo no bem-estar psicológico do ser humano e o reconhecimento das variáveis que contribuem para a construção de uma imagem corporal positiva (Avalos et al., 2005).

A presente escala avalia a apreciação corporal, a partir das qualidades positivas da imagem do corpo, ao contrário da maioria das escalas que acede a esta dimensão através dos aspetos negativos. As características associadas à imagem corporal positiva são a *opinião favorável sobre o corpo*, independentemente da aparência física real; a *aceitação do corpo*, apesar do peso, forma do corpo e imperfeições; o *respeito pelo corpo*, considerando as suas necessidades e a adoção de comportamentos saudáveis; e a

proteção da imagem corporal contra imagens estereotipadas (Avalos et al., 2005; Baldaia, 2013).

A escala original é constituída por 15 afirmações, ao passo que a versão portuguesa é constituída por 14 itens cujas respostas são obtidas numa escala de Likert composta por 5 pontos em que “Nunca = 1” e “Sempre = 5”. Os itens refletem mais de que uma característica, no entanto só um deles reflete a proteção da imagem corporal (Avalos et al., 2005). O somatório médio da pontuação possibilita entender que quanto mais elevado é o valor, maior é a apreciação corporal do indivíduo (Avalos et al., 2005).

Para a validação da EAC-PT junto da população idosa portuguesa, recorreram a 200 participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos de idade, sendo 76 do sexo masculino e 124 do sexo feminino (Baldaia, 2013). Do total de participantes, 132 tinham idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos de idade e 68 tinham entre os 75 e os 85 anos de idade (Baldaia, 2013). Relativamente às suas características psicométricas, a consistência interna foi verificada pela aplicação do *Alfa* de Cronbach e o valor obtido foi de $\alpha=0.86$ (Baldaia, 2013), idêntico aos valores verificados em dois estudos por Avalos, Tylka e Wood-Barcalow (2005) em que os valores dos *Alfas* eram igual a 0.91 e 0.93.

3.4.2 Questionário de Perceções de Envelhecimento

De forma a quantificar a auto-perceção dos idosos relativamente ao seu envelhecimento foi utilizado o Questionário de Perceções de Envelhecimento, traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Claudino, Ferrreira, Carmona e Tavares (2011) da versão original *Aging Perceptions Questionnaire* desenvolvida por Baker, O’Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007). Este questionário tem o objetivo de operacionalizar a conceção multidimensional das auto-perceções de envelhecimento em adultos idosos.

A ausência de medidas adequadas que avaliassem as perceções de envelhecimento, por falta de investigações neste âmbito, levou Barker e seus colaboradores (2007) a adotarem o modelo de autorregulação de Howard Leventhal, que parte do seguinte pressuposto, o indivíduo elabora uma representação da sua doença ou ameaça à saúde através da análise de uma série de temas lógicos ou dimensões, nomeadamente, *identidade, duração, consequências, controlo, e representações emocionais* (Barker et al., 2007).

Como o processo de envelhecimento não consiste numa doença ou num acontecimento que possa ser considerado como um *stressor* de vida, mas que coloca exigências e desafios que requerem adaptação por parte do ser idoso, Barker em conjunto com os seus colegas (2007) adaptaram o modelo de autorregulação para a população idosa (Claudino, Ferreira, Carmona, & Tavares, 2011)

Assim, o *Aging Perceptions Questionnaire* avalia, de forma multidimensional, a auto-perceção do envelhecimento em adultos idosos a partir das dimensões mencionadas anteriormente adaptadas ao contexto de envelhecimento, especificamente (Claudino, Ferreira, Carmona, & Tavares, 2011):

- **Identidade** (*Identity*), considera as crenças sobre o envelhecimento no contexto de saúde, isto é, as mudanças na saúde que possam estar relacionadas com o envelhecimento como alterações no funcionamento muscular, cardiovascular, pulmonar, neurológico e psiquiátrico (Id1-Id17);
- **Duração** (*Timeline*), está relacionado com a consciência individual do envelhecimento e com a experiência do processo de envelhecer ao longo do tempo. Esta dimensão é composta por duas sub-dimensões:
 - **Duração crónica** (*chronic timeline*), de que forma a consciência da idade ou do envelhecimento é crónica (itens 1-5);
 - **Duração cíclica** (*cyclical timeline*), em que medida o idoso experimenta variações na consciência do envelhecimento (itens 27, 28, 30 a 32);
- **Consequências** (*Consequences*), são as crenças pessoais acerca do impacto do envelhecimento ao longo da vida em diversos domínios. É constituída por duas sub-dimensões:
 - **Consequências positivas** (*positive consequences*), quando o indivíduo considera que envelhecer pode trazer coisas boas, relacionando-se com uma maior criatividade e bem-estar subjetivo (itens 6-8);
 - **Consequências negativas** (*negative consequences*), quando o indivíduo considera que envelhecer pode ser difícil, estando associado a bem-estar subjetivo baixo e à depressão (itens 16-20);
- **Controlo** (*Control*), diz respeito às crenças sobre a forma pessoal de lidar com a experiência do envelhecimento. A investigação indica que ter um forte sentido de controlo sobre o nosso desenvolvimento pode facilitar o bem-estar ao longo de todo o ciclo de vida. É composta por duas sub-dimensões:

- **Controlo positivo**, quando o indivíduo percebe que consegue controlar a sua experiência de envelhecimento (itens 10-12, 14,15);
- **Controlo negativo**, quando o indivíduo percebe que não vai conseguir monitorizar a sua experiência de envelhecimento (itens 21-24);
- **Representações Emocionais** (*Emotional representations*), compreende a resposta emocional gerada pelo envelhecimento, especificamente representada por emoções negativas tais como a preocupação, ansiedade, depressão, medo, angústia e tristeza (itens 9, 13, 25, 26, 29).

Quanto à organização do QPE, sete destas dimensões são avaliadas a partir de 32 afirmações em que cada uma delas está representada por duas a cinco afirmações e o indivíduo responde ao questionário através do seu grau de concordância cotada numa escala Likert de 5 pontos, em que “discordo fortemente = 1” e “concordo plenamente = 5” (Claudino, Ferreira, Carmona, & Tavares, 2011). Os itens da dimensão controlo negativo devem ser cotados de ordem inversa em que “discordo fortemente = 5” e “concordo plenamente = 1” (Slotman, Cramm, & Nieboer, 2015).

No entanto, a dimensão da identidade é exceção à regra ao ser composta por 17 afirmações que avaliam as mudanças experienciadas pelo idoso na sua saúde em geral nos últimos 10 anos de vida, cujo grau de concordância é avaliado afirmativa ou negativamente, respetivamente “sim = 1” ou “não = 0”. Caso a resposta seja afirmativa, o idoso é questionado se essa mudança é devida ao facto de estar a envelhecer, sendo novamente atribuído “sim = 1” ou “não = 0” (Barker et al., 2007; Claudino, Ferreira, Carmona, & Tavares, 2011). A pontuação desta dimensão é indicada em percentagem (0-100%), sendo calculado através da divisão entre as mudanças de saúde atribuídas ao envelhecimento e as alterações da saúde já vivenciadas, multiplicando por 100 (Barker et al., 2007).

Para a validação deste instrumento de avaliação, Claudino e colaboradores (2011) recorreram a uma amostra composta por 330 indivíduos, em que 200 dos participantes tinham idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos de idade e 130 participantes tinham idades entre os 65 e os 99, numa percentagem de 57% de mulheres e 43% de homens. A aplicação do questionário decorreu individualmente e de forma auto administrada para os participantes entre os 30 e os 64 anos de idade e para a outra subamostra a aplicação foi hetero-administrada devido a analfabetização dos idosos (Claudino, Ferreira, Carmona, & Tavares, 2011).

Para procederem ao estudo das características psicométricas do QPE, Claudino et al. (2011) analisaram num primeiro momento, com recurso às Análises Factoriais Confirmatórias, que a estrutura original da escala não se encontrava devidamente replicada devido ao tamanho insuficiente da amostra que possibilitou uma análise credível. Perante a aplicação da Análise de Componentes Principais foi possível extraírem oito factores que explicam 61.87% da variância total da escala (Claudino, Ferreira, Carmona, & Tavares, 2011). Embora alguns factores tenham demonstrado uma baixa consistência interna verificaram, para efeitos de estudo, que os factores “Consequências e Controlo Negativo” ($\alpha=.854$), “ Duração Cíclica e Representações Emocionais” ($\alpha=.869$) e “Controlo Positivo” ($\alpha=.773$) exibiram um valor do *Alpha* de Cronbach superior a ($\alpha .70$) (Claudino, Ferreira, Carmona, & Tavares, 2011).

3.4.3 Escala de Bem-Estar Psicológico

Para quantificar a variável bem-estar psicológico foi utilizada a Escala de Bem-Estar Psicológico, versão reduzida de 24 itens, validada pela professora Maria Isabel Matos (2015). A versão original desta escala, *Scales Psychological Well-Being*, foi originalmente proposta por Carol Ryff (1989) e traduzida e validada para a língua portuguesa por Novo, Silva e Peralta (1997, citados por Novo, 2003), mas na versão de 84 itens, 14 por escala, proposta por Ryff e Essex (1992, citados por Novo, 2003).

A EBEP advém do modelo teórico de bem-estar psicológico proposto por Ryff (1989, citado por Novo, 2003) constituído por seis escalas construídas e validadas como medidas independentes e autónomas, mas quando aplicadas em conjunto são apresentadas como um inventário de auto-avaliação único que resulta de uma mistura alternada dos itens de cada uma das escalas (Novo, 2003). Estas abrangem as dimensões de natureza cognitiva e afetiva do bem-estar psicológico, designadas de *aceitação de si*, *crescimento pessoal*, *objetivos de vida*, *relações positivas com os outros*, *domínio do meio* e *autonomia* (Novo, 2003; Matos, 2015). Fazendo uma breve referência e contextualização destas dimensões:

- **Aceitação de Si**, é entendida como um aspecto essencial do funcionamento positivo e da saúde mental que permite identificar a atitude de aceitação dos múltiplos aspectos do *self*, da vida passada e das qualidades pessoais, negativas ou positivas (itens 6, 18, 22 e 23) (Novo, 2003; Matos, 2015);

- **Crescimento Pessoal**, pretende identificar a percepção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal, no sentido de amplificar ao máximo os talentos e as capacidades para o crescimento e expansão do *self* (itens 5, 9, 13 e 16) (Novo, 2003; Matos, 2015);
- **Objetivos de Vida**, independentemente das mudanças ocorridas no decurso da vida, esta dimensão diz respeito à existência de objectivos que contribuam para direccionar o comportamento individual e atribuir um sentido à vida (8, 10, 12 e 20) (Novo, 2003; Matos, 2015);
- **Relações Positivas com os Outros**, avalia o interesse e a preocupação do indivíduo com a sua esfera interpessoal, a sua percepção pessoal para a criação de relações interpessoais satisfatórias, afectuosas e significativas com os outros (2, 17, 19 e 24) (Novo, 2003; Matos, 2015);
- **Domínio do Meio**, esta dimensão relaciona-se com o sentido de domínio e de competência para lidar com o meio, a capacidade para criar contextos adequados às necessidades e aos valores pessoais e, conseqüentemente, o uso dessas capacidades para intervir ou modificar os contextos de vida para um bem-estar físico e psíquico (4, 11, 15 e 21) (Novo, 2003; Matos, 2015);
- **Autonomia**, entendida como uma característica primordial da existência humana e da realização pessoal, esta dimensão determina a conservação da individualidade num contexto social mais amplo e a procura de um sentido de auto-determinação e de autoridade pessoal (1, 3, 7 e 14) (Novo, 2003; Matos, 2015).

O formato original deste instrumento de avaliação contabiliza um total de 120 itens (20 por escala), mas o elevado número de itens gerou controvérsia e levou à construção de versões mais curtas (Matos, 2015). Em Portugal, as várias versões da EBEP de Ryff variam entre 18, 24, 30 e 84 itens (Novo, Duarte & Peralta, 1997, Fernandes, Vasconcelos-Raposo, & Teixeira, 2010, Novo, Duarte & Peralta, 1997, citados por Matos, 2015) e nesta investigação foi utilizada a versão de 24 itens.

Cada dimensão da versão de 24 itens é representada por 4 afirmações de carácter descritivo e as respostas são dadas através do grau de concordância cotada numa escala de Likert com seis categorias de resposta ordenadas do seguinte modo, “1 = Discordo

completamente”, “2 = Discordo em grande parte”, “3 = Discordo parcialmente”, “4 = Concordo parcialmente”, “5 = Concordo em grande parte” e “6 = Concordo completamente” (Matos, 2015). Por razões teóricas relacionadas com o bem-estar psicológico e para controlar as atitudes de resposta, cerca de metade dos itens de cada escala são positivos e a outra metade negativos. Os itens positivos identificam características convergentes e afirmativas da dimensão em causa e são cotados na pontuação ordenada de 1 a 6 (Novo, 2003). Enquanto os itens negativos (2, 3, 6, 11, 17, 18, 19, 22, 24) são constituídos por frases apresentadas na forma negativa ou dirigidas à avaliação de aspetos desfavoráveis ao bem-estar e afirmam a ausência ou menor intensidade das características da dimensão, sendo a sua cotação realizada a partir de uma pontuação reordenada de 6 a 1 (Novo, 2003). O resultado final obtido em cada escala demonstra o grau de intensidade das características teóricas que definem o domínio que lhe está subentendido, assim um resultado elevado corresponderá a um elevado nível de bem-estar na dimensão especificamente avaliada (Novo, 2003).

Para a análise confirmatória desta versão a investigadora recorreu a uma amostra de 398 adultos em que 72.1% dos participantes eram do sexo feminino e 27.9% do sexo masculino. Os valores de *Alpha* de Cronbach obtidos em cada dimensão comprovam a consistência interna desta versão, “Aceitação de Si” ($\alpha = .81$), “Crescimento Pessoal” ($\alpha = .78$), “Objetivos na Vida” ($\alpha = .74$), “Relações Positivas com os Outros” ($\alpha = .80$), “Domínio do Meio” ($\alpha = .72$) e “Autonomia” ($\alpha = .66$) (Matos, 2015).

3.4.4 Entrevista Semiestruturada

Para uma melhor compreensão da perceção e vivência corporal dos participantes foi utilizada uma entrevista individual semiestruturada.

Existem várias formas de fazer uma entrevista e para Bardin (2008) as entrevistas tendem a ser classificadas perante o grau de directividade e a «profundidade» do material verbal recolhido, uma vez que o entrevistado utiliza os seus próprios meios de expressão para falar espontaneamente sobre o que viveu, sentiu e pensou relativamente a um determinado tema, a partir do seu próprio sistema de pensamentos, processos cognitivos, emoções, afetos e sistemas de valores e representações (Bardin, 2008).

Para este estudo e no início de cada entrevista, os elementos da amostra foram lembrados sobre o principal objetivo deste estudo e foi-lhes explicado que a entrevista iria centrar-se na apreciação que tinham relativamente ao seu próprio corpo neste período da sua vida. Para tal, foi elaborado um guião de entrevista (tabela 2) constituído por um conjunto de questões orientadoras e sistematizadas com base na revisão da literatura e nos trabalhos de Bruchon-Schweitzer (1987).

Marilou Bruchon-Schweitzer (1987) investigou a dimensionalidade das perceções, dos sentimentos e das atitudes expressas para com a imagem do corpo humano a partir de quatro fatores base, *fechamento/acessibilidade*, que está relacionada com a recetividade, ou não, de experiências corporais de ordem sensorial, sensual e estética; *insatisfação/satisfação*, que opõe as perceções agradáveis do corpo, especificamente os estados emocionais positivos, as propriedades dinâmicas e de higiene, com as perceções desagradáveis; *passividade/atividade*, que opõe as propriedades energéticas do corpo, designadamente a energia, a eficiência física, entre outros, aos atributos opostos; e *tenso/sereno*, que diz respeito a uma dimensão de descontração e serenidade articulada à possibilidade ou não de descargas de tensões e frustrações.

Para aferir a viabilidade das questões colocadas relativamente aos dados que se pretendia obter e dos aspetos relacionados com a sua interpretação, clareza, ambiguidade e imparcialidade, foi realizado um teste-piloto do guião de entrevista, aplicado a duas pessoas idosas institucionalizadas na Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo que não fizeram parte dos participantes.

Tabela 2 - Estrutura do Guião de Entrevista

Temas	Questões
Tema I Imagem Corporal	1. Como é para si o seu corpo? 2. Nos últimos anos o seu corpo sofreu alterações? 3. Dessas alterações, quais foram as que tiveram maior importância na sua vida?
Tema II Impacto no Dia-a-Dia	6. Sente-se com energia no seu dia-a-dia? (O que é que o/a ajuda mais a sentir isso?)
Tema III Experiência Interna do Corpo	4. Quando olha para o seu corpo que pensamentos e sentimentos lhe surgem? 5. Como é ser homem/mulher com a sua idade? 7. Se pudesse falar com o seu corpo o que é que gostaria de lhe dizer?
Tema IV Experiência de Envelhecimento	Como está a ser a sua experiência de envelhecimento?

Em todas as entrevistas realizadas foi assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e recebida autorização prévia para a gravação das mesmas para posterior transcrição e análise de conteúdo segundo a metodologia de Laurence Bardin (2008). Para evitar a influência de terceiros, as entrevistas realizaram-se em locais reservados, tendo durado entre 5 e 35 minutos. A investigadora ao longo da entrevista adotou sempre uma atitude não crítica e não avaliativa, intervindo apenas quando fosse estritamente necessário para clarificar alguma afirmação ou ponto de vista dos participantes.

Contudo, para um dos participantes da amostra o guião de entrevista, na sua perspetiva, continha questões impróprias, pessoais e incoerentes devido às crenças e valores religiosos que adotou ao longo da sua vida negando responder às mesmas. No entanto, encontrava-se disposta a colaborar no trabalho de investigação caso as perguntas fossem reformuladas. Assim, a entrevista para esta participante foi orientada e concretizada a partir da seguinte questão “*Como está a ser a sua experiência de envelhecimento?*”.

Em anexo (Anexo II) está disponível um exemplo de entrevistas realizadas, antes e após a intervenção psicomotora, a um dos participantes do grupo controlo.

3.5 Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora foi, simultaneamente, aplicada aos participantes do grupo experimental, mas em locais diferentes devido à localização geográfica das Estruturas Residenciais da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo.

As sessões tiveram uma duração aproximada de 90 minutos, ocorreram sempre num âmbito grupal e nos locais de institucionalização dos participantes numa sala ampla, calma e sem interrupções.

Os objetivos da intervenção centraram-se nas variáveis em estudo (apreciação corporal, auto-perceção de envelhecimento e bem-estar psicológico), como é possível observar na tabela 3.

As sessões de intervenção psicomotora foram planeadas a pensar nas limitações e dificuldades visuais, motoras e/ou auditivas dos participantes para promover o bem-

estar e o prazer corporal pela prática psicomotora e evitar sentimentos de frustração. Em anexo III encontra-se disponível a planificação geral da intervenção psicomotora.

Muitos planeamentos de sessão foram elaborados na continuidade das sessões anteriores para um maior reforço dos objetivos de trabalho e as atividades foram construídas através da leitura de diferentes artigos de investigação, da consulta de livros, de contos tradicionais, de manuais de jogos e dissertações de mestrado. Em anexo IV são apresentados alguns exemplos de atividades desenvolvidas ao longo do estudo e o exemplo de uma sessão completa.

Tabela 3 - Objetivos da Intervenção Psicomotora

Domínio	Objetivo geral	Objetivo específico
Psicomotor	- Fomentar a apreciação da imagem do corpo	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Promover o gosto e a positividade da imagem do corpo
	- Promover a adaptação e autonomia ao contexto de vida diário	- Combater os desafios diários que comprometam a autonomia psicomotora para obtenção de qualidade de vida
Emocional	- Promover a vivência de emoções positivas	- Valorizar as vivências momentâneas perante as recordações do passado - Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas
	- Melhorar a confiança em si próprio	- Identificar qualidades afetivas em si mesmo
		- Reconhecer capacidades e competências em si próprio - Reconhecer os benefícios da idade e permanecer positivo
Relacional	- Promover momentos de partilha e de interação positiva com os outros	- Diminuir comportamentos de solidão e de isolamento por parte do idoso - Promover a criação de novas relações interpessoais entre os elementos do grupo

A intervenção foi desenvolvida a partir das seguintes ideias-chave:

- A imagem corporal reflete a forma como vemos, pensamos, sentimos e agimos o nosso corpo (Cash & Pruzinsky, 2002, citado por Bailey et al., 2015) influenciada pela sociedade, cultura e valores pessoais (Cobo, 2012);
- As alterações da aparência física e da função corporal no período de envelhecimento influenciam negativamente a organização da personalidade e as relações que o idoso estabelece com os outros e o mundo (Fernandes, 2014);

- Para o desenvolvimento íntegro e positivo da imagem do corpo é necessário que o indivíduo reconheça a sua presença real e que se sinta reconhecido e valorizado pela sua singularidade (Roy & Payette, 2012);
- E a conservação da imagem corporal, pela terapia psicomotora, é fundamental para a organização das percepções, o ajuste das capacidades motoras e o controlo do movimento (Juhel, 2010).

A intervenção psicomotora pretendeu o contacto, o reconhecimento, a apreciação e a estabilização do corpo real dos participantes para o aumento de bem-estar psicológico e a obtenção de uma melhor auto-percepção de envelhecimento.

As sessões decorreram sempre com o grupo sentado em roda, com exceção de algumas sessões em que foi necessário reunir e trabalhar com o grupo numa mesa, mas todas elas sucederam com uma estrutura geral idêntica com a finalidade de criar uma rotina. Cada sessão iniciava com o *diálogo inicial*, onde a psicomotricista cumprimentava os idosos, lembrava com o grupo as sessões anteriores e preparava-os para as atividades que iriam ser realizadas. De seguida, na *sessão propriamente dita*, eram desenvolvidas atividades com base nos objetivos de intervenção a partir de diferentes vivências psicomotoras. Esta parte da sessão foi dividida em dois momentos distintos, um destinado à descoberta, valorização e consciencialização corporal para melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes com recurso à mobilização corporal ativa, à dança e à música, e outro, dirigido à estimulação de outros objetivos de trabalho através de atividades sensoriais, sensoriomotoras e artístico-expressivas. Posto isto, era o momento do *retorno à calma* onde o grupo experienciava momentos de relaxação e de descontração muscular realizados individualmente ou em grupo. E por fim, o *diálogo final* que pretendia colocar as vivências da sessão em palavras.

Como o movimento e a ação promovem o sentido de existência e de realidade (Vandevoorde, 2011), a Gerontopsicomotricidade tem a finalidade de organizar os movimentos corporais do idoso no espaço que o rodeia para uma melhoria da auto-percepção da imagem do seu corpo (Juhel, 2010). No entanto, a reestruturação da consciência de si também necessita da elaboração das perdas e a vivência do corpo real, para as ações possuírem significado e fomentarem o desenvolvimento de uma nova identidade (Fernandes, 2014). Num primeiro momento, as sessões tiveram uma função de “auxílio” para os idosos reconhecerem e consciencializarem-se de todas as partes do

seu corpo (Juhel, 2010) e para entenderem a forma como investem, sentem e vivem o próprio corpo, tanto na dimensão real como imaginária (Fernandes, 2014). Para tal, foram utilizadas inúmeras experiências sensoriais, propriocetivas e cinestésicas, com a finalidade de aceder a estados afetivos e a explorações verbais e não-verbais dos participantes para a consciencialização corporal e a recordação de emoções e memórias pré-conscientes essenciais a este processo (Cash & Pruzinsky, 2002) (Anexo IV – Atividade A).

No idoso, a redescoberta do corpo pela vivência prazerosa de diferentes sensações permitirá o controlo das suas reações tónico-emocionais, a reorganização e a consciência de si e a restauração da sua confiança (Personne, 2011). Assim, a intervenção psicomotora evoluiu no sentido da reparação e do reconhecimento de capacidades e potencialidades individuais para a elevação do “Eu” corporal e da autoconfiança (Anexo IV – Atividade B).

Posteriormente, a intervenção centrou-se na construção de estratégias e na relação que este possui com o meio envolvente para a obtenção de bem-estar e qualidade de vida no dia-a-dia, porque a junção e a estimulação de componentes afetivas, cognitivas e psíquicas permite a consolidação do sentimento de existência do “Eu” corporal pelo indivíduo (Cash & Pruzinsky, 2002) (Anexo IV – Atividade C).

No término da intervenção psicomotora, as relações com os pares foram estimuladas, através de atividades em grupo que envolviam a cooperação, a comunicação e o toque, uma vez que as relações afetivas e sociais são fatores indispensáveis para a organização da imagem do corpo por o ser humano encontrar-se inseparável da sensorialidade, da emoção e, sobretudo, do corpo em relação com os outros (Thiebo, 2008). No trabalho em grupo, os idosos também puderam conversar, comparar situações de vida e sentirem-se menos isolados, que contribui para a elevação da sua autoestima e a revalorização e o (re)narcisar do seu corpo (Personne, 2011) (Anexo IV – Atividade D).

Ao longo das sessões, recorreu-se ao uso da verbalização, pela articulação de pensamentos e emoções, que de acordo com Cash e Pruzinsky (2002) proporciona aos idosos uma sensação de domínio e facilita a perceção da sua imagem corporal (Anexo IV – Atividade E).

Como a psicomotricidade está direcionada para o investimento afetivo do objeto, porque só este registo torna possível o indivíduo exprimir corporalmente os problemas que o afetam, mas sobretudo construir equilibradamente o “Eu” para um funcionamento

interno perfeito (Branco, 2010), os principais mediadores da intervenção foram o corpo e o movimento que estimularam as estruturas perceptivas e práxicas e o envelope corporal do idoso (Fernandes, 2014).

Ao longo da intervenção psicomotora foram utilizados diferentes métodos e técnicas, como a vivência perceptivomotora e sensorial, as técnicas artístico-expressivas e de relaxação, a partilha e reflexão de pensamentos e emoções e as dinâmicas de grupo com incidência na relação social. Estes recursos permitiram experienciar novas e diferentes vivências e sensações corporais, percepções, movimentos e gestos para aumentar novas possibilidades psicomotoras; reconhecer os limites corporais; promover a consolidação e o conhecimento de si; e melhorar as relações consigo próprio e com o meio envolvente.

3.6 Análise de Dados

3.6.1 Tratamento Estatístico

Os dados recolhidos foram analisados por um estatística descritiva e inferencial. Na estatística descritiva foram utilizadas as médias, desvios padrão e intervalos de confiança de 95%.

Através do teste de *Shapiro-Wilk*, constatou-se que a maior parte das variáveis não seguia uma distribuição normal, tendo-se optado por utilizar métodos estatísticos não paramétricos. De forma a serem comparadas as diferentes variáveis entre os grupos no início do estudo (pré-testes) foi utilizado o teste *Mann-Whitney*. O mesmo teste foi utilizado para estudar o efeito das 12 semanas de intervenção, através da comparação das diferenças obtidas por cada um dos grupos (experimental e controlo) nas pontuações registadas no pré e pós-teste. Foi realizada também uma análise intra-grupo para perceber a evolução dentro de cada grupo dos vários itens estudados tendo-se aplicado para o efeito o teste de *Wilcoxon*.

Para o tratamento estatístico, foi utilizado o programa SPSS 22 (*IBM SPSS Statistics*). Para todos os testes estatísticos realizados foi usado um nível de significância de 95% ($p < 0.05$).

3.6.2 Análise de Conteúdo

Para a análise e tratamento dos dados qualitativos recolhidos optou-se pela técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2008).

A análise de conteúdo foi considerada a metodologia mais adequada no tratamento dos dados qualitativos obtidos neste estudo, uma vez que esta é “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens*” (Bardin, 2008, p.40), com o intuito de realizar inferências de conhecimentos no que se refere às condições de produção e eventual receção dessas mensagens. Neste caso, as mensagens analisadas foram as respostas às várias questões das entrevistas realizadas aos participantes. Para referencia-los ao longo da análise utilizou-se como código de identificação a palavra “sujeito”, sendo o GE mencionado no texto como sujeito 1, 2, 3, 6, 8, 9, 13, 15, 16, 17, 20 e 25 e o GC referido como sujeito 4, 5, 7, 10, 11, 12, 14, 18, 19, 21, 22, 23 e 24.

Posteriormente, procedeu-se à categorização e sintetização do discurso integral dos participantes em cada resposta aberta, definindo-se como critério de quantificação a referência do sujeito a uma ideia como unidade mínima de significação, optando-se por cotá-la o número de vezes que esta foi referida pelo sujeito. E as interpretações obtidas pela análise de conteúdo não tomaram como referência os valores pessoais, nem as crenças dos investigadores.

As tarefas de codificação e categorização revelaram-se bastante meticolosas, na medida em que consistiram na transposição de todas as unidades mínimas de significação das transcrições das entrevistas realizadas, para que posteriormente fossem definidas as categorias, sendo-lhes atribuído o significado que se considerou o mais adequado e o código correspondente ao sujeito que elaborou a resposta (Bardin, 2008).

Todos os dados recolhidos e analisados foram organizados em categorias e subcategorias, além de terem sido encontradas o número de vezes que a categoria é referenciada (N°), o número de participantes que referenciam a categoria/subcategoria (n), e a percentagem relativa ao número de participantes que referenciam a categoria/subcategoria (%). Esta percentagem traduz apenas o número de participantes que nomeiam as categorias/subcategorias para uma melhor articulação com os resultados provenientes dos dados quantitativos e facilidade de interpretação dos resultados.

Em anexo (Anexo V) está apresentada a grelha de análise temática e categorial deste estudo constituída pelas categorias e subcategorias e respetivos critérios de análise.

4. Resultados

Nesta seção é apresentada a informação recolhida e os resultados obtidos através de métodos de investigação quantitativa e qualitativa.

O nível de assiduidade nas sessões foi elevado, tendo a frequência de participação variado entre os 93,7% e os 97,2% das sessões realizadas.

4.1 Abordagem Quantitativa

A tabela 4 apresenta os resultados obtidos pelo grupo controlo e grupo experimental na Escala de Apreciação Corporal (EAC) e na Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) nos dois momentos de avaliação.

Tabela 4 - Comparação dos Resultados da EAC e EBEP por grupos (M±DP)

		Pré-teste	Pós-teste	Alteração do pré para o pós-teste (Média 95% IC)	<i>p</i>
<i>Apreciação Corporal</i>					
	GC	3.58±0.72	3.88±0.43	0.30 (0.01, 0.59)*	0.110
	GE	3.77±0.67	3.73±0.43	-0.03 (-0.26, 0.19)	
<i>Bem-Estar Psicológico</i>					
<i>Autonomia</i>					
	GC	4.32±0.55	4.02±0.53	-0.30 (-0.70, 0.09)	0.852
	GE	4.13±0.51	3.88±0.35	-0.25 (-0.58, 0.08)	
<i>Domínio do Meio</i>					
	GC	3.12±0.51 [‡]	3.50±0.57	0.38 (0.07, 0.70)*	0.016
	GE	3.71±0.40	3.60±0.37	-0.11 (-0.33, 0.11)	
<i>Crescimento Pessoal</i>					
	GC	3.82±0.95	3.78±0.72	-0.03 (-0.58, 0.51)	0.320
	GE	3.77±0.59	3.52±0.39	-0.25 (-0.54, 0.04)	
<i>Relações Positivas com os Outros</i>					
	GC	4.06±0.89	3.96±0.80	-0.10 (-0.55, 0.34)	0.810
	GE	4.27±0.84	4.15±0.51	-0.13 (-0.56, 0.30)	
<i>Objetivos de Vida</i>					
	GC	2.87±0.69	2.94±0.80	0.08 (-0.24, 0.39)	0.936
	GE	2.77±0.81	3.02±0.69	0.25 (-0.18, 0.68)	
<i>Aceitação de Si</i>					
	GC	3.90±0.86	3.90±0.55	0.00 (-0.52, 0.52)	0.894
	GE	3.58±0.98	3.63±0.73	0.04 (-0.37, 0.45)	

Legenda. M=Média; DP=Desvio-Padrão; IC=Intervalo de Confiança; GC=Grupo de Controlo; GE=Grupo Experimental. Valor de *p* relativo à comparação (entre grupos) das mudanças registadas ao longo de 12 semanas. Teste *Mann-Whitney*.

**p* <.05 para as mudanças dentro do grupo do pré para o pós-teste. Teste *Wilcoxon*.

[‡]*p* <.05 em comparação com o grupo experimental. Teste *Mann-Whitney*.

Na tabela 4, é possível constatar que na maioria das variáveis não existiram mudanças significativas ao longo de 12 semanas de intervenção. A principal exceção ocorreu, no domínio do meio, item do bem-estar psicológico, e na apreciação corporal onde foram encontradas melhorias no GC e foram encontradas diferenças às 12 semanas entre ambos os grupos. O GE não apresentou mudanças significativas nas variáveis apreciação corporal e bem-estar psicológico após a intervenção psicomotora.

Na tabela 5 são apresentados os resultados obtidos pelo grupo controlo e grupo experimental no Questionário de Perceções de Envelhecimento (QPE) nos dois momentos de avaliação.

Tabela 5 - Comparação dos Resultados da QPE por grupos (M±DP)

		Pré-teste	Pós-teste	Alteração do pré para o pós-teste (Média 95% IC)	p
<i>Auto-Perceção de Envelhecimento</i>					
<i>Duração Crónica</i>					
	GC	3.72±0.53	3.50±0.41	-0.23 (-0.43,-0.02)*	0.810
	GE	3.78±0.30	3.58±0.29	-0.20(-0.36,-0.04)*	
<i>Duração Cíclica</i>					
	GC	3.03±0.50	3.28±0.43	0.25 (-0.09, 0.58)	0.852
	GE	2.98±0.35	3.14±0.36	0.17 (-0.04,0.38)	
<i>Consequências Positivas</i>					
	GC	2.95±0.68	2.88±0.71	-0.06 (-0.59, 0.46)	0.247
	GE	2.97±0.56	3.14±0.83	0.17 (-0.10, 0.43)	
<i>Consequências Negativas</i>					
	GC	4.46±0.49	3.78±0.74	-0.68 (-1.11, -0.24)*	0.123
	GE	4.22±0.57	4.00±0.00	-0.22 (-0.58, 0.15)	
<i>Controlo Positivo</i>					
	GC	3.11±0.63	3.18±0.75	0.08 (-0.33, 0.49)	0.538
	GE	3.32±0.45	3.48±0.50	0.17 (-0.14, 0.48)	
<i>Controlo Negativo</i>					
	GC	2.80±0.40	2.72±0.68	-0.08 (-0.52, 0.37)	0.219
	GE	2.81±0.62	2.33±0.56	-0.48 (-0.84, -0.12)*	
<i>Representações Emocionais</i>					
	GC	2.89±0.73	3.10±0.78	0.21 (-0.34, 0.75)	0.470
	GE	2.88±0.77	2.87±0.76	-0.02 (-0.45, 0.42)	
<i>Identidade (relacionada com a saúde)</i>					
	GC	26.54±25.82	23.44±27.67	-3,10 (-13.20, 7.00)	0.689
	GE	30.73±29.79	32.74±36.86	2.01 (-13.84, 17.86)	

Legenda. IC=Intervalo de Confiança; GC=Grupo de Controlo; GE=Grupo Experimental. Valor de *p* relativo à comparação (entre grupos) das mudanças registadas ao longo de 12 semanas. Teste *Mann-Whitney*.

**p* < .05 para as mudanças dentro do grupo do pré para o pós-teste. Teste *Wilcoxon*.

De acordo com os resultados da auto-perceção de envelhecimento, verificam-se mudanças significativas (diminuição dos scores) dentro dos dois grupos no item duração

crónica. Foram também encontradas mudanças dentro do grupo para o GC no item consequências negativas e para o GE no item controlo negativo; em ambos os casos ocorreu uma diminuição da pontuação do início para as 12 semanas.

No GE, constata-se ainda aumentos nos valores do pós-teste nos itens duração cíclica, consequências positivas, controlo positivo e identidade (relacionada com a saúde), embora as mesmas não tenham sido estaticamente significativas.

4.2 Abordagem Qualitativa

A partir da técnica de análise de conteúdo procedeu-se à categorização e sintetização do discurso integral dos participantes de acordo com as suas respostas às entrevistas realizadas na fase inicial e final.

4.2.1 Tema I – Imagem Corporal

No tema I pretendeu-se averiguar quais as perceções que os participantes têm da imagem do seu corpo e as alterações que este poderá ter sofrido neste período da velhice e a sua importância. Este tema foi abordado através das seguintes questões:

- *“Como é para si o seu corpo?”*
- *“Nos últimos anos o seu corpo sofreu alterações?”*
- *“Dessas alterações, quais foram as que tiveram maior importância na sua vida?”*

Relativamente aos dados do GC (tabela 6) verificamos que, na fase inicial, a imagem corporal é associada, em primeiro lugar, às alterações corporais (n=10; 12,7%); em segundo lugar é relacionada com as referências ao passado (n=8; 10,1%); e em terceiro lugar é caracterizada por dores (n=4; 5,0%) e por doença (n=4; 5,0%). Nas entrevistas finais, verifica-se que este grupo associa primeiramente a imagem corporal às alterações corporais sentidas (n=23; 28,9%); em segundo lugar com a apreciação corporal (n=6; 7,5%); e em terceiro lugar esta é, igualmente, associada às referências ao passado (n=3; 3,8%) e à ausência de alterações (n=3; 3,8%).

Tabela 6 – Imagem Corporal: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (Grupo de Controle)

		GC			
Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo
1. Doença					
	Inicial	15	4	5,0	<i>“(…) o princípio de AVC duas vezes (…) o braço esquerdo ficou um bocadinho apanhado e a perna esquerda também” (Suj. 11)</i>
	Final	6	2	2,5	<i>“(…) fui sempre muito doente” (Suj. 24)</i>
2. Apreciação Corporal					
	Inicial	7	2	2,5	<i>“É bom (…) não sou muito gorda, nem sou muito magra, sou normal.” (Suj.14)</i>
	Final	14	6	7,5	<i>“É normal, porque não me falta nada, não fiz nenhuma operação (…) o corpo está completamente (…) está bom” (Suj. 12)</i>
3. Comparação do corpo com outras pessoas					
	Inicial	-	-	-	-
	Final	2	1	1,3	<i>“Porque vejo pessoas, agora eu já não conto, quando era nova ainda contava. Agora eu sou um trapo ao pé disso” (Suj. 22)</i>
4. Dores					
	Inicial	7	4	5,0	<i>“(…) a idade é muita, (…) e agora vai havendo volta e meia umas gaitazitas, umas dorezinhas”(Suj. 10)</i>
	Final	7	2	2,5	<i>“(…) tenho dores nos joelhos, nas pernas, nos braços, na coluna” (Suj. 18)</i>
5. Espiritualidade/Religião					
	Inicial	3	1	1,3	<i>“(…) graças a Deus não tenho tido mais problemas nenhuns” (Suj. 10)</i>
	Final	3	1	1,3	<i>“(…) Deus que me deixe cá estar até que ele queira (…) tenho muita fé em Deus” (Suj. 11)</i>
6. Referência ao passado (nGCi=8;10,2%) (nGCf=3;3,8%)					
	6.1 Comparação com o corpo jovem/adulto				
	Inicial	12	7	8,8	<i>“Eu não tinha quando era mais nova, eu não era assim” (Suj. 5)</i>
	Final	4	2	2,5	<i>“(…) dantes (…) era mexida (…) muito trabalhadeira” (Suj. 24)</i>
	6.2 Impacto da deficiência				
	Inicial	6	1	1,3	<i>“(…) traumatizado (…) porque era deficiente, era diferente dos outros e (…) proibia-me de certas coisas (…) tinha desgosto de ser assim e não me sentia à vontade” (Suj. 18)</i>
	Final	1	1	1,3	<i>“É um corpo mutilado, porque eu nasci deficiente (…) tenho várias mazelas” (Suj. 18)</i>
7. Alterações corporais (nGCi=10;12,7%) (nGCf=23;28,9%)					
	7.1 Motricidade				
	Inicial	14	5	6,3	<i>“Fiquei mais velha (…) não posso andar, não sou capaz de me deitar, não sou capaz de nada.” (Suj. 22)</i>
	Final	13	7	8,8	<i>“(…) não me sinto com força (…) falha em tudo no corpo, tudo, pernas (…) braços” (Suj. 23)</i>
	7.2 Sensoriais				
	Inicial	-	-	-	-
	Final	3	2	2,5	<i>“(…) agora é esta vista, via bem (…) deixei de ver” (Suj. 12)</i>
	7.3 Físicas				

	Inicial	1	1	1,3	<i>“Gorda! (...) gostava de ser mais magra” (Suj. 24)</i>
	Final	1	1	1,3	<i>“(...) tenho engordado muito, porque não faço nada” (Suj. 10)</i>
7.4 Consequências					
	Inicial	7	3	3,8	<i>“(...) foi fraqueza, foi mais desgosto (...) foi faltar aquilo que eu gostava” (Suj. 23)</i>
	Final	29	8	10,0	<i>“Eu dantes também tinha problemas (...) e depois passava (...) agora (...) são tantas e nunca mais me deixam (...) comecei a andar muito mais ruim, depois não podia estar sozinha” (Suj. 7)</i>
7.5 Causas atribuídas					
	Inicial	-	-	-	-
	Final	9	4	5,0	<i>“(...) tive pedra na bexiga (...) fui operado a uma hérnia, fui operado a esta perna” (Suj. 18)</i>
7.6 Linguagem					
	Inicial	1	1	1,3	<i>“(...) a minha fala parece que está presa aqui na goela (...)” (Suj. 5)</i>
	Final	-	-	-	-
7.7 Sexualidade					
	Inicial	-	-	-	-
	Final	1	1	1,3	<i>“(...) sexualidade (...) foi o que perdi mais” (Suj. 23)</i>
9. Ausência de alterações corporais					
	Inicial	1	1	1,3	<i>“Acho que não, nunca dei por isso” (Suj. 21)</i>
	Final	3	3	3,8	<i>“Não” (Suj. 10)</i>
10. Resiliência					
	Inicial	4	2	2,5	<i>“Se for a pensar que estou doente (...) não tinha coragem para nada. Mas tenho!” (Suj. 11);</i> <i>“(...) a gente tem de poupar o nosso corpo (...) evitar trabalhos pesados (...) se a gente poupar isso, vive mais e</i>
	Final	5	2	2,5	<i>vive melhor sem dores, com menos dores (...) se a gente fizer aquilo que não possa, damos cabo de nós mais depressa” (Suj. 10)</i>
11. Dor psicológica					
	Inicial	15	2	2,5	<i>“Sofri dois grandes desgostos (...) faleceu-me o meu filho (...) acabou-se a minha vida (...) tive muita pena do meu marido (...) era a minha companhia, era a minha casa, era a minha vida (...) custa-me muito, muito, muito (...) não desejo a ninguém” (Suj. 19)</i>
	Final	10	2	2,5	<i>“(...) vim para aqui e depois aqui não posso sair deste aperto” (Suj. 7)</i>
13. Fatores externos					
	Inicial	-	-	-	-
	Final	3	1	1,3	<i>“(...) tenho saudades da minha casa e da minha vida e das minhas coisinhas, já não fazia tudo, mas ia fazendo o meu comerzinho e estar na minha casa” (Suj. 19)</i>
Total		207	80	100	

Legenda. GC=Grupo de Controlo; N^o=Número de ocorrências; n=Número de participantes; %=Relativa ao número de participantes que referem a categoria/subcategoria; nGCi=Número de participantes do GC no momento inicial; nGCf=Número de participantes do GC no momento final.

Analisando as subcategorias mais identificadas no momento inicial da avaliação pelo GC, salienta-se a referência ao passado pela evocação do corpo jovem/adulto (n=7; 8,8%). De todas as subcategorias das alterações corporais, destacam-se as mudanças sentidas ao nível da motricidade (n=5; 6,3%) e as consequências das alterações corporais (n=3; 3,8%).

Nas entrevistas finais do GC, as subcategorias mais identificadas foram a associação da imagem corporal com as consequências das alterações corporais (n=8; 10,0%), em conjunto com as alterações sentidas na motricidade (n=7; 8,8%). Da categoria referência ao passado, a subcategoria que mais se destaca é a comparação com o corpo jovem/adulto (n=2; 2,5%).

Relativamente aos dados provenientes do GE (tabela 7) verificamos que as entrevistas iniciais associam a imagem do corpo a alterações corporais (n=8; 8,8%); em segundo lugar é referida como apreciação corporal (n=6; 6,5%); e em terceiro lugar esta é relacionada com referências ao passado (n=5; 5,4%), doença (n=5; 5,4%) e dores (n=5; 5,4%). Na análise final, a imagem corporal é associada em primeiro lugar às alterações corporais (n=16; 17,4%); em segundo lugar com a apreciação corporal (n=8; 8,7%); e em terceiro lugar com a presença de dores (n=4; 4,3%).

Fazendo referência às subcategorias momento inicial de avaliação do GE, evidencia-se a associação de referência ao passado com a comparação com o corpo jovem/adulto (n=4; 4,3%). De todas as subcategorias das alterações corporais, destacam-se, as consequências das alterações corporais (n=3; 4,0%).

Observando, a análise final do GE, as subcategorias mais nomeadas foram o reconhecimento da imagem corporal com as alterações sentidas ao nível da motricidade (n=6; 6,5%), seguido das consequências das mudanças corporais (n=4; 4,3%). A subcategoria com maior relevância na categoria referência ao passado é a comparação com o corpo jovem/adulto (n=3; 3,3%).

4.2.2 Tema II – Impacto no Dia-a-Dia

No tema II (Impacto no Dia-a-Dia) pretendeu-se determinar o sentimento de energia dos participantes no seu quotidiano. O tema foi abordado através de uma questão principal:

- *“Sente-se com energia no seu dia-a-dia? (O que é que o/a ajuda mais a sentir isso?)”*.

Tabela 7 – Imagem Corporal: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (Grupo Experimental)

GE					
Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo
1. Doença					
	Inicial	18	5	5,4	“O meu corpo para mim é só doença” (Suj. 6)
	Final	6	3	3,3	“(…) foi a doença com a bronquite, eu tive quase morto” (Suj. 17)
2. Apreciação Corporal					
	Inicial	13	6	6,5	“(…) o meu corpo neste momento está a funcionar bem” (Suj. 3)
	Final	25	8	8,7	“(…) tenho tido um corpo bom, bom, bom, bom (...) ando muito contente comigo” (Suj. 16)
3. Comparação do corpo com outras pessoas					
	Inicial	-	-	-	-
	Final	5	2	2,2	“(…) vejo senhoras tão altas (...) se (...) tivessem menos um bocadinho (...) servia para mim” (Suj. 20)
4. Comunicação não-verbal: risos					
	Inicial	6	3	3,3	“Eu hoje já tou velha (risos)” (Suj. 15)
	Final	-	-	-	-
5. Dores					
	Inicial	32	5	5,4	“(…) uns dias com mais dores, outros menos dores” (Suj. 2)
	Final	9	4	4,3	“(…) dores no corpo (...) aqui nos rins, nos braços, nas pernas” (Suj. 3)
6. Espiritualidade/Religião					
	Inicial	3	3	3,3	“Graças a Deus não tenho sido doente” (Suj. 16)
	Final	9	3	3,3	“(…) peço a Nossa Senhora que me ajude” (Suj. 20)
7. Referência ao passado					
(nGEi=5;5,4%) (nGEf=3;3,3%)	7.1 Comparação com o corpo jovem/adulto				
	Inicial	14	4	4,3	“(…) em nova era muito, muito (...) mais magrinha que você (...)” (Suj. 6)
	Final	12	3	3,3	“(…) foi bom, noutra tempo (...) agora (...) tenho queixas! (...) mesmo assim considero bom” (Suj. 13)
	7.2 Impacto da deficiência				
	Inicial	3	1	1,1	“(…) dá-me muito desgosto ser assim, dá-me tristeza (...)” (Suj. 9)
	Final	-	-	-	-
8. Alterações corporais					
(nGEi=8;8,8%)	8.1 Motricidade				
	Inicial	5	2	2,2	“(…) não era capaz de me suster em pé (...) agora tenho de andar na cadeira” (Suj. 8)
(nGEf=16;17,4%)	Final	10	6	6,5	“(…) vai faltando energia, vai faltando as forças” (Suj. 17)
	8.3 Sensoriais				
	Inicial	7	1	1,1	“(…)de um dia para o outro comecei a estranhar que não via bem (...) comecei a ver tudo só uma sombra” (Suj. 15)
	Final	1	1	1,1	“(…) tenho desgosto (...) de eu ouvir mal (...) estão as pessoas a dizer as coisas e eu não sei o que é” (Suj. 16)

8.4 Físicas				
Inicial	6	2	2,2	“(…) tenho mais barriga (…)
Final	3	2	2,2	quase não tenho maminhas” (Suj. 15)
8.6 Consequências				
Inicial	9	3	3,3	“(…) não tinha rugas e agora tenho muitas” (Suj. 20)
Final	12	4	4,3	“(…) tive outras (…)
8.7 Causas atribuídas				
Inicial	-	-	-	doenças (…)
Final	5	3	3,3	curavam-se e esta não (…)
9. Ausência de alterações corporais				
Inicial	2	2	2,2	“(…) andei (…)
Final	1	1	1,1	a fazer tratamento (…)
10. Resiliência				
Inicial	-	-	-	mas não resultou” (Suj. 1)
Final	10	3	3,3	“(…) antes fazia tudo e agora não posso, não consigo” (Suj. 8)
11. Dor psicológica				
Inicial	12	4	4,3	“(…) não sei se é do tempo, se é da idade (…)
Final	13	4	4,3	muitas vezes é por andar aborrecido” (Suj. 3)
12. Presença de habilidades e capacidades				
Inicial	-	-	-	“- Não me lembro” (Suj. 3)
Final	8	3	3,3	“- Não, não” (Suj. 1)
13. Fatores externos				
Inicial	-	-	-	“(…) faço um esforço para isso não parar (…)
Final	4	1	1,1	a minha força é muito grande” (Suj. 25)
Total				
	263	9	100	
		2		

Legenda. GE=Grupo Experimental; N^o=Número de ocorrências; n=Número de participantes; %=Relativa ao número de participantes que referem a categoria/subcategoria; nGEi=Número de participantes do GE no momento inicial; nGEf=Número de participantes do GE no momento final.

De modo geral, os participantes mencionaram neste tema, comportamentos de inação, de presença de energia e de espiritualidade/religião para explicar o impacto no seu dia-a-dia. Perante as categorias apresentadas, é relativamente à inação (consequências da inatividade e causas da inatividade) e à presença de energia (comportamentos e pensamentos de energia e fonte de energia) que se verificam a existência de subcategorias.

Relativamente aos dados do GC (tabela 8) verificamos que nas entrevistas iniciais o impacto no dia-a-dia, associa-se, primeiramente, com a presença de energia (n=8; 23,5%), de seguida com comportamentos de inação (n=7; 20,6%), e por fim, com as crenças espirituais (n=1; 2,9%). Nas entrevistas finais, este tema continua a associar-se com a presença de energia (n=9; 26,5%); em segundo lugar com a inação (n=8; 23,6%); e em terceiro lugar com a espiritualidade/religião (n=1; 2,9%).

Quanto às subcategorias da avaliação inicial das entrevistas do GC, destaca-se a associação entre a fonte de energia (n=5; 14,7%) e a presença de energia, seguida dos comportamentos e pensamentos de energia (n=3; 8,8%). Ao nível da inação destacam-se as consequências da inatividade (n=4; 11,8%) e as causas dos comportamentos de inação (n=3; 8,8%).

Referindo o momento final deste grupo, os comportamentos e pensamentos de energia (n=5; 14,7%) demonstram um maior destaque relativamente à subcategoria fonte de energia (n=4; 11,8%). Quanto à categoria inação, o impacto no dia-a-dia foi relacionado, igualmente, com as consequências da inatividade (n=4; 11,8%) e as causas desta mesma inação (n=4; 11,8%).

Relativamente aos dados provenientes do GE (tabela 9) verificamos que, nas entrevistas iniciais, o impacto no dia-a-dia é associado, inicialmente, com a presença de energia (n=7; 25,9%) e posteriormente com a inação (n=5; 18,5%). Após a intervenção psicomotora, este mesmo grupo demonstra, novamente, uma relação maioritária entre o impacto no dia-a-dia e a presença de energia (n=11; 40,7%); em segundo lugar com a inação (n=3; 11,1%); e em terceiro lugar com a espiritualidade/religião (n=1; 3,7%).

Quanto às subcategorias mais nomeadas na avaliação inicial das entrevistas do GE, salienta-se a relação entre o tema II e os comportamentos e pensamentos de energia (n=5; 18,5%), sendo a subcategoria fonte de energia menos referida (n=2; 7,4%). Da categoria inação, os participantes do grupo de intervenção referiram com maior destaque a subcategoria consequências da inatividade (n=4; 14,8%), seguido das causas da inatividade (n=1; 3,7%). Passando para a análise das entrevistas finais do GE, a subcategoria que mais se evidencia na associação com o impacto no dia-a-dia são os comportamentos e pensamentos de energia (n=8; 29,6%).

Tabela 8 – Impacto no Dia-a-Dia: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (Grupo de Controle)

GC					
Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo
1. Inação (nGCi=7; 20,6%) (nGCf=8; 23,6%)	1.1 Consequências da inatividade				
	Inicial	10	4	11,8	“(…) já não tenho (…) tenho muitas dores nas costas (…) vai tudo a derrubar (…) tudo o que é ruim (…) veio ter comigo” (Suj. 5)
	Final	15	4	11,8	“Muito poucachinha. Não tenho mesmo para coisa nenhuma (…) é eu querer e não poder” (Suj. 7)
	1.2 Causas da inatividade				
	Inicial	11	3	8,8	“(…) sinto falta de força (…) a cabeça não anda bem (…) é tudo, não anda nada bem” (Suj. 22)
	Final	9	4	11,8	“(…) isto é quebrando, quebrando, quebrando conforme a idade, passando o tempo, o corpo vai enfraquecendo sempre” (Suj. 23)
2. Presença de Energia (nGCi=8; 23,5%) (nGCf=9; 26,5%)	2.1 Comportamentos e pensamentos de energia				
	Inicial	16	3	8,8	“Mais ou menos (…) deito-me sozinho e levanto-me sozinho. Ainda faço a barba, não preciso lá de ninguém lá de roda de mim (…) é uma riqueza que a gente tem” (Suj. 21)
	Final	12	5	14,7	“Ainda sentia para estar na minha casa, sentia” (Suj. 19)
	2.2 Fonte de energia				
	Inicial	13	5	14,7	“(…) de manhã quando me levanto da cama penso que não sou capaz de nada, mas (…) com as minhas forças (…) consegui lavar-me e ajeitar-me” (Suj. 7)
	Final	14	4	11,8	“(…) dias em que vejo a minha família e fico muito contente. Quando vem alguma pessoa que eu goste também fico contente, mas depois fico triste” (Suj. 24)
3. Espiritualidade/Religião					
	Inicial	1	1	2,9	“(…) graças a Deus já faço tudo de pé” (Suj. 11)
	Final	2	1	2,9	“(…) Deus não se lembre de mim muito tempo, que me deixe cá estar que estou muito contente com ele” (Suj. 11)
Total		103	34	100	

Legenda. GC=Grupo Controle; Nº=Número de ocorrências; n=Número de participantes; %=Relativa ao número de participantes que referem a categoria/subcategoria; nGCi=Número de participantes do GC no momento inicial; nGCf=Número de participantes do GC no momento final.

Tabela 9 – Impacto no Dia-a-Dia: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (Grupo Experimental)

GE					
Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo
1. Inação (nGEi=5; 18,5%) (nGEf=3; 11,1%)	1.1 Consequências da inatividade				
	Inicial	13	4	14,8	“(…) era uma pessoa que não morria nada nas mãos (…) hoje não tenho energia nenhuma para fazer nada.” (Suj. 1)
	Final	9	3	11,1	“(…) energia para quê? (…) sento-me no cadeirão vejo ali as pessoas passarem umas para baixo, outras para cima” (Suj. 8)
	1.2 Causas da inatividade				
	Inicial	5	1	3,7	“(…) tive uma vida muito cansativa, mas tive sempre energia (…) agora já não, agora já não” (Suj. 20)
	Final	-	-	-	-
2. Presença de Energia (nGEi=7; 25,9%) (nGEf=11; 40,7%)	2.1 Comportamentos e pensamentos de energia				
	Inicial	19	5	18,5	“Só para fazer malha ou renda sentada, porque de resto é uma dor aqui, uma dor nas costas (…) não tenho vontade de nada” (Suj. 15)
	Final	30	8	29,6	“(…) às vezes penso (…) não me trocava por aquela pessoa que anda e tem boas pernas (…) porque (…) não sabem fazer nada (…) e ainda sou capaz de fazer muita coisa de mão (…) e até com a cadeira coisas de casa, sinto-me com coragem disso!” (Suj. 9)
	2.2 Fonte de energia				
	Inicial	9	2	7,4	“(…) sinto-me satisfeito, porque vejo pessoas com menos idade (…) coitados estão ali (…) posso estar muito contente com a sorte que tenho tido” (Suj. 17)
	Final	5	3	11,1	“(…) pensam ali que eu estou cheia de saúde (…) eu faço é tudo para não me entregar aquilo que tenho” (Suj. 20)
3. Espiritualidade/Religião					
Inicial		-	-	-	-
Final		4	1	3,7	“Pedi muito a Nossa Senhora da Visitação e a Nossa Senhora de Fátima que me ajudasse a lavar sozinha” (Suj. 20)
Total		94	27	100	

Legenda.. GE=Grupo Experimental; Nº=Número de ocorrências; n=Número de participantes; %=Relativa ao número de participantes que referem a categoria/subcategoria; nGEi=Número de participantes do GE no momento inicial; nGEf=Número de participantes do GE no momento final.

Dentro da categoria presença de energia, a subcategoria fonte de energia (n=3; 11,1%) foi igualmente mencionada com a subcategoria consequências da inatividade (n=3; 11,1%).

4.2.3 Tema III – Experiência Interna do Corpo

No tema III (Experiência Interna do Corpo) pretendeu-se analisar a experiência, os sentimentos e os pensamentos dos participantes relativamente ao seu corpo atual e à sua idade. O tema foi abordado através de três questões principais:

- *“Quando olha para o seu corpo que pensamentos e sentimentos lhe surgem?”*
- *“Como é ser homem/mulher com a sua idade?”*
- *“Se pudesse falar com o seu corpo o que é que gostaria de lhe dizer?”*

No geral, a Experiência Interna do Corpo foi descrita a partir das seguintes categorias, e respetivas subcategorias, perceção interna negativa (insatisfação, dependência, tristeza), perceção interna positiva (satisfação e autonomia), presença de desejos (saúde, habilidade e funcionalidade, corpo e vida nova, estabilidade e vontade de voltar ao passado), sentimentos e pensamentos (morte, condição atual e gratidão), situações de comparação (fases da vida, corpo e idade de outros e corpo jovem/adulto) e espiritualidade/religião.

Relativamente aos dados do GC (tabela 10) verificamos que as entrevistas iniciais, associam, em primeiro lugar, a experiência interna do corpo com os seus desejos (n=9; 14,8%); em segundo lugar com uma perceção interna negativa (n=6; 9,8%); e em terceiro lugar compararam este tema com as diferentes fases da vida e com o corpo e idade de outros (n=5; 8,2%). Numa pós-análise, o GC associou a experiência interna do seu corpo com a presença de uma perceção interna negativa (n=12; 19,7%); em segundo lugar, observou-se a comparação deste tema com o corpo jovem/adulto e com o corpo e idade de outras pessoas (n=9; 14,7%); e por fim, em terceiro lugar, a experiência interna do corpo foi relacionada com desejos (n=6; 6,5%).

Relativamente às subcategorias das entrevistas iniciais, as que mais se destacam no GC são a satisfação (n=4; 6,6%) associada à perceção interna positiva; a comparação com diferentes fases da vida (n=4; 6,6%) pertencente à categoria comparação; e a nomeação de desejos de habilidade e funcionalidade (n=4; 6,6%). Por outro lado, a presença de dependência (n=3; 4,9%), quando nomeada a perceção interna negativa, e a referência a desejos de saúde (n=3; 4,9%) foram outras das subcategorias mais referidas pelos participantes deste grupo.

Tabela 10 – Experiência Interna do Corpo: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (Grupo de Controle)

GC					
Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo
1. Percepção interna negativa (nGCi=6; 9,8%) (nGCf=12; 19,7%)	1.1 Insatisfação				
	Inicial	9	2	3,3	<i>“(…) uma velha (…) penso (…) que já não sou nada” (Suj. 7)</i>
	Final	13	5	8,2	<i>“Cada vez mais velha (…) deixei de fazer as coisas e (…) comecei a perder tudo (…) cada vez estou mais velha e perco o espírito que eu tinha” (Suj. 5)</i>
	1.2 Dependência				
	Inicial	11	3	4,9	<i>“(…) com a minha idade (…) sou um homem sozinho (…) não tenho atividades nenhuma que dê para fazer isto ou fazer aquilo, não posso fazer nada (…) fazem-me a barba, fazem tudo, sou um gaiato pequeno” (Suj. 12)</i>
	Final	19	5	8,2	<i>“(…) agora não consigo fazer nada! Eu custo a ir daqui além” (Suj. 22)</i>
	1.3 Tristeza				
Inicial	1	1	1,6	<i>“Sinto é tristeza (…) porque já não sou capaz de fazer aquilo que fazia” (Suj. 23)</i>	
Final	2	2	3,3	<i>“(…) uma mulher com a minha idade acaba por ter uma vida triste (…) estou mais velha (…) se eu não tivesse a vida que tenho sentia-me melhor” (Suj. 19)</i>	
2. Percepção interna positiva (nGCi=4; 6,6%) (nGCf=3; 4,9%)	2.1 Satisfação				
	Inicial	18	4	6,6	<i>“(…) não sou desmorcido. Penso a ver se luto para me por melhor (…) nunca desmorci quando me diziam que morria e nunca tive medo de morrer” (Suj. 10)</i>
	Final	6	2	3,3	<i>“(…) não sou velho demais (…) tenho 83 anos, quer dizer não é velho e então considero-me ainda normal com a idade que tenho” (Suj. 12)</i>
	2.2 Autonomia				
Inicial	-	-	-	-	-
Final	2	1	1,6	<i>“(…) faço a minha vidinha (…) ainda vou indo para a idade que tenho que é uma idade já avançada” (Suj. 10)</i>	
3. Espiritualidade/Religião					
Inicial		8	1	1,6	<i>“(…) Deus tem o nosso destino para ser manajeiro (…) ainda estou a fazer a minha vida graças a Deus com esta idade (…) faço a minha vida, trato de tudo graças a Deus, ainda estou a trabalhar para tratar de mim (…) Deus me ajude é o que posso fazer” (Suj. 10)</i>
Final		6	1	1,6	<i>“(…) o meu corpo graças a Deus ainda está bom, ainda está rijo (…) Deus me ajude sempre para o resto (…) até eu viver! Continuar é o que eu peço a Deus” (Suj. 10)</i>
4. Desejos (nGCi=9; 14,8%) (nGCf=6; 6,5%)	4.1 Saúde				
	Inicial	10	3	4,9	<i>“(…) gostava de ter saúde e não ter estas dores” (Suj. 5)</i>
	Final	-	-	-	-
	4.2 Habilidade e Funcionalidade				
Inicial	13	4	6,6	<i>“(…) era estar bom (…) se tivesse uma (perna) como tenho agora eu tava novo” (Suj. 21)</i>	

	Final	6	3	4,9	<i>“Cura-te todo para eu poder andar (...) às vezes sonho que ando a andar por aí” (Suj. 24)</i>	
4.3	Corpo e vida nova					
	Inicial	6	2	3,3	<i>“Que me arranja-se outra vida (...) que não tivesse arranjado tantos desgostos como eu tenho e como eu tive” (Suj. 19)</i>	
4.4	Estabilidade					
	Final	-	-	-	-	
	Inicial	-	-	-	-	
	Final	6	2	3,3	<i>“(…) vá mantendo o juízo que tem (...) estou a chegar aos 90” (Suj. 11)</i>	
4.5	Voltar ao passado					
	Inicial	-	-	-	-	
	Final	2	1	1,6	<i>“(…) voltar ao tempo antigo, isso é que eu gostava” (Suj. 23)</i>	
5.	Sentimentos e pensamentos (nGCi=3; 4,9%) (nGCf=2; 3,2%)					
	5.1	Morte				
		Inicial	6	2	3,3	<i>“Já não estou cá a fazer nada (...) gostava era de me deixar dormir e já não acordar (...) não sentir a minha morte” (Suj. 5)</i>
		Final	3	1	1,6	<i>“(…) já chega para viver, agora é acabar com o resto e levar-me para o (...)” (Suj. 7)</i>
		5.2	Condição atual			
		Inicial	4	1	1,6	<i>“(…) estou velho (...) é assim a vida (...) é o destino” (Suj. 18)</i>
		Final	2	1	1,6	<i>“Agora só penso em descansar e mais nada” (Suj. 10)</i>
6.	Comparação (nGCi=5; 8,2%) (nGCf=9; 14,7%)					
	6.1	Fases da vida				
		Inicial	13	4	6,6	<i>“Aos 18,20 anos é que é ser homem (...) eu tinha saúde (...) agora já não tenho” (Suj. 21)</i>
		Final	-	-	-	
	6.2	Corpo e idade de outros				
		Inicial	3	1	1,6	<i>“Já não se é mulher (...) as mulheres (...) sabe tudo e faz tudo (...) e eu e outras mais que estão como eu, o que podem fazer? (...) nada” (Suj. 22)</i>
		Final	8	3	4,9	<i>“(…) sentir-me triste de não ser como as outras pessoas” (Suj. 24)</i>
	6.3	Corpo jovem e adulto				
		Inicial	-	-	-	-
		Final	15	6	9,8	<i>“(…) M. já não és M. (...) porque a cara já não está como era, que ela era muito bonita (...) e agora já não acho a cara bonita (...) ao que eu era (...) era com muita genica, com muita genica e com muita vontade e muita força e agora tudo isso acaba” (Suj. 22)</i>
	Total	192	61	100		

Legenda. GC=Grupo de Controlo; Nº=Número de ocorrências; n=Número de participantes; %=Relativa ao número de participantes que referem a categoria/subcategoria; nGCi=Número de participantes do GC no momento inicial; nGCf=Número de participantes do GC no momento final.

Passando para a análise das subcategorias das entrevistas finais deste grupo, a experiência interna do corpo é fortemente relacionada com as comparações realizadas sobre o corpo jovem e adulto (n=6; 9,8%). As subcategorias insatisfação (n=5; 8,2%) e dependência (n=5; 8,2%), que associam este tema com percepção interna negativa, também são bastante nomeadas pelo grupo.

Relativamente aos dados provenientes do GE (tabela 11) verificamos que nas entrevistas iniciais, o tema III é nomeado, em primeiro lugar, como uma percepção interna negativa (n=9; 11,7%); em segundo lugar, com os mesmos valores, a experiência interna do corpo é relacionada com a presença de desejos (n=8; 10,4%) e de sentimentos e pensamentos (n=8; 10,4%); e em terceiro lugar, relacionada a uma percepção interna positiva (n=5; 6,5%).

Nas entrevistas finais, observa-se que o tema III é referido em primeiro lugar como uma percepção interna negativa (n=11; 14,3%); em segundo lugar, como uma experiência associada a desejos (n=9; 11,7%) e a situações de comparação do corpo jovem/adulto e do corpo e idade de outros (n=9; 11,7%); e em terceiro lugar, relacionada a uma percepção interna positiva (n=5; 6,5%).

Através da tabela 11 observamos que a subcategoria com maior destaque na pré-análise é a que relaciona a satisfação corporal (n=5; 6,5%) com a experiência interna do corpo, referente à categoria percepção interna positiva. No entanto, a subcategoria insatisfação (n=4; 5,2%) pertencente à categoria percepção interna negativa mereceu igual destaque à subcategoria condição atual (n=4; 5,2%) que associa a experiência interna do corpo com sentimentos e pensamentos.

Na pós-análise a subcategoria mais referida pelo GE está relacionada com a presença de desejos de habilidade e funcionalidade (n=7; 9,1%). Destaca-se ainda a relação entre a experiência interna do corpo com a subcategoria comparação com o corpo e idade de outras pessoas (n=5; 6,5%).

4.2.4 Tema IV – Experiência de Envelhecimento

No tema IV (Experiência de Envelhecimento) pretendeu-se analisar informações sobre o modo como está a decorrer este período da sua vida. A análise partiu das respostas de um único participante, pertencente ao grupo controlo, por considerar as questões do guião de entrevista, impróprias, pessoais e incoerentes. O tema foi abordado através de uma questão:

- *“Como está a ser a sua experiência de envelhecimento?”*.

Tabela 11 – Experiência Interna do Corpo: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens (Grupo Experimental)

GE							
Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo		
1. Percepção interna negativa (nGEi=9; 11,7%) (nGEf=11; 14,3%)	1.1 Insatisfação	Inicial	18	4	5,2	<i>“(…) não é preciso estarem (…) a dizer que eu estou um bocado forte, a ver se emagrecia” (Suj. 3)</i>	
		Final	12	4	5,2	<i>“É um velhote, é uma pessoa já velha que não tem habilidade para nada, acaba-se tudo, a vida de novo acaba por completo. A gente tem de se governar com a vida de velhice” (Suj. 13)</i>	
	1.2 Dependência	Inicial	7	2	2,6	<i>“(…) sinto-me chateada, aborrecida. Não poder andar e ter que andar a dar trabalho” (Suj. 1)</i>	
		Final	10	3	3,9	<i>“(…) sinto-me mal no aspeto (…) de sentir as dores que tenho (…) o meu maior desgosto é se fico acamada um dia e andar numa cadeira de rodas” (Suj. 25)</i>	
	1.3 Tristeza	Inicial	6	3	3,9	<i>Ora tristeza (…) andava tão bem e agora não posso andar (…) corria tudo (…) ia podar, ia apanha uva e essas coisas todas, ceifava (…) agora não sou capaz de nada (…) estou aqui” (Suj. 8)</i>	
		Final	14	4	5,2	<i>É triste não poder fazer nada” (Suj. 6)</i>	
	2. Percepção interna positiva (nGEi=5; 6,5%) (nGEf=5; 6,5%)	2.1 Satisfação	Inicial	19	5	6,5	<i>“(…) os anos (…) passam e (…) no meu corpo uns dias melhores, outros dias piores, mas eu aceito isso com a idade” (Suj. 2)</i>
			Final	13	3	3,9	<i>“(…) de idade não me sinto mal, sinto que estou bem com a idade que tenho (…) o meu espírito não sente os 82 anos (…) parece que tenho um espírito de 60 anos (…) sinto o meu corpo velho (…) a minha idade trás isso” (Suj. 25)</i>
		2.2 Autonomia	Inicial	-	-	-	-
Final			9	2	2,6	<i>“(…) ainda vou tendo tacto, ainda esta semana tive de arranjar a saia (…) essas coisas ainda vou fazendo (…) gosto de ler, rezo as minhas orações” (Suj. 20)</i>	
3. Espiritualidade/Religião		Inicial	5	2	2,6	<i>“Peço tanta vez a Deus que me ponha boa, mas não pode ser” (Suj. 8)</i>	
		Final	9	4	5,2	<i>“(…) dou graças a Deus de ainda estar como estou. Todos os dias peço a Nossa Senhora que eu não perca a pouca memória e as forças que tenho (…) para eu esperar aquilo que Deus me tem destinado” (Suj. 20)</i>	
4. Desejos (nGEi=8; 10,4%) (nGEf=9; 11,7%)	4.1 Saúde	Inicial	4	3	3,9	<i>“(…) que tivesse saúde e que não fosse assim como é, tão desajeitado” (Suj. 6)</i>	
		Final	-	-	-	-	
	4.2 Habilidade e Funcionalidade	Inicial	6	3	3,9	<i>“Dizia que queria ser como as outras senhoras e andar bem” (Suj. 9)</i>	
		Final	15	7	9,1	<i>“(…) quando não tenho dores que continue assim” (Suj. 25)</i>	

	4.3 Corpo e vida nova					
	Inicial	8	2	2,6	<i>“Olha que não me desse tantas dores” (Suj. 25)</i>	
	Final	-	-	-		-
	4.4 Estabilidade					
	Inicial	-	-	-		-
	Final	5	2	2,6	<i>“(…) vai mantendo sempre fixe (…) gostava que ele fosse sempre mantendo com energia e capaz, e já não quero mais do que tenho” (Suj. 17)</i>	
5. Sentimentos e pensamentos (nGEi=8; 10,4%) (nGEf=4; 5,2%)	5.1 Morte					
	Inicial	4	2	2,6	<i>“Penso é muita vez acabar com a vida” (Suj. 15)</i>	
	Final	6	2	2,6	<i>“(…) tive uma altura sentia-me tão triste, tão triste, tão triste que até pensei em suicidar-me” (Suj. 20)</i>	
	5.2 Condição atual					
	Inicial	14	4	5,2	<i>“(…) com 91 anos considero-me velho” (Suj. 13)</i>	
	Final	5	2	2,6	<i>“(…) penso que ainda era capaz de orientar uma casa (…) se não fosse a minha infelicidade de não ver (…) era capaz de fazer muita coisa” (Suj. 25)</i>	
	5.3 Gratidão					
	Inicial	5	2	2,6	<i>“(…) estamos bem (…) ainda posso agradecer ao meu corpo, ao coração que ainda está a funcionar bem” (Suj. 17)</i>	
	Final	-	-	-		-
6. Comparação (nGEi=3; 3,9%) (nGEf=9; 11,7%)	6.1 Fases da vida					
	Inicial	3	1	1,3	<i>“(…) com esta idade já não é novo, já não pode fazer o que fazia, embora (…) a minha vida era sempre no campo sempre a trabalhar (…) hoje já não podia fazer isso (…) não é (…) como gostaria que fosse mas não pode ser sempre” (Suj. 17)</i>	
	Final	-	-	-		-
	6.2 Corpo e idade de outros					
	Inicial	6	2	2,6	<i>“Da minha idade há muitas pessoas que tã em casa e fazem tudo e não posso fazer” (Suj. 8)</i>	
	Final	15	5	6,5	<i>“(…) há muitos da minha idade que estão piores do que eu” (Suj. 17)</i>	
	6.3 Corpo jovem e adulto					
	Inicial	-	-	-		-
	Final	14	4	5,2	<i>“(…) já não tenho a energia que tinha” (Suj. 16)</i>	
	Total	232	77	100		

Legenda. GE=Grupo Experimental; N°=Número de ocorrências; n=Número de participantes; %=Relativa ao número de participantes que referem a categoria/subcategoria; nGEi=Número de participantes do GE no momento inicial; nGEf=Número de participantes do GE no momento final.

Como os resultados obtidos correspondem a um único participante, será feita uma descrição escrita dos resultados obtidos. Para este participante, a experiência de envelhecimento é encarada como um momento de referência ao passado e da velhice.

A categoria referência ao passado é associada a momentos como o noivado, a formação acadêmica e a situação profissional.

“Estive noiva, o noivo morreu-me um mês antes de casar (...) fiquei abalada (...) era muito nova (...) estava tudo preparado para casar” (Suj. 4)

A categoria velhice está relacionada com o processo de institucionalização, as mudanças corporais sentidas, as diferenças em relação ao corpo adulto, às dificuldades de aceitação do processo de envelhecimento e às crenças religiosas.

“(...) custou-me muito (...) temos que aceitar, mas custa, custa muito (...) quando se tem uma vida ativa como eu tive, agora custa tanto, tanto” (Suj. 4)

Numa análise final, a categoria de referência ao passado é associada a uma visão da vida e a momentos como o noivado e a situação profissional.

“Ao longo da vida passei por momentos bons e momentos maus” (Suj. 4)

Na categoria velhice relaciona-se os dados recolhidos com o processo de institucionalização, as mudanças corporais sentidas, as diferenças em relação ao corpo adulto, às dificuldades de aceitação da velhice, às crenças religiosas e aos comportamentos de inação.

“(...) agora estou mais velha (...) as forças a faltarem, as dificuldades em andar (...) a perda de vontade (...) a minha coluna está muito diferente, sinto (...) pelas (...) dificuldades em andar” (Suj. 4)

“(...) tenho que aceitar, porque sou católica (...) Deus quis assim e eu tenho que aceitar como católica que sou” (Suj. 4)

5. Discussão de Resultados

O presente estudo teve a finalidade de estudar a influência de uma intervenção psicomotora na apreciação corporal, auto-percepção de envelhecimento e bem-estar psicológico de 25 idosos institucionalizados. Para tal, foi desenvolvida uma intervenção psicomotora dirigida a pessoas idosas e focada sobre vários domínios, utilizando-se diferentes mediadores ao longo das sessões.

Neste capítulo, inicialmente será efetuada uma discussão dos resultados quantitativos e posteriormente dos dados qualitativos. No final, será apresentada uma relação entre os resultados e informações recolhidas através das duas metodologias escolhidas a fim de entender o seu enriquecimento e pertinência para o presente trabalho.

5.1 Quantitativos

Após análise e comparação dos resultados quantitativos obtidos, o GE apresentou mudanças significativas dentro do grupo nos itens duração crónica e controlo negativo (auto-percepção de envelhecimento), enquanto o GC obteve diferenças significativas na apreciação corporal, no domínio do meio (bem-estar psicológico) e na duração crónica e consequências negativas (auto-percepção de envelhecimento).

Ao fim das 12 semanas de intervenção psicomotora o único resultado em que existiram diferenças inter-grupo estaticamente significativas foi no item domínio do meio (bem-estar psicológico) no GC. Embora este resultado não tenha derivado das sessões de psicomotricidade, algum fator de vida pessoal dos elementos do GC pode ter contribuído para tal.

O pós-teste da duração crónica do GE terá sido influenciado pela intervenção psicomotora. Este item está relacionada com a consciência individual crónica da pessoa sobre o seu envelhecimento e a sua experiência de envelhecer ao longo do tempo (Barker et al., 2007). As sessões de intervenção psicomotora centraram-se na preparação do grupo para o seu momento atual de vida através da aprendizagem de estratégias e capacidades que proporcionassem a continuação de uma vida funcional para o reforço de um envelhecimento satisfatório (Sinovas & Miguelsanz, 2010), que auxiliou na

diminuição da inatividade e da presença de uma saúde debilitada característicos deste item (Barker et al., 2007).

De forma geral, os instrumentos de avaliação aplicados não mostram efeitos da intervenção sobre as dimensões estudadas do GE e tal pode dever-se a questões relacionadas com o tamanho da amostra, a adequabilidade dos instrumentos, o tempo de duração da intervenção, entre outros aspetos.

O baixo número de participantes pode ter sido um fator impeditivo para a obtenção de dados mais significativos nas variáveis estudadas, até porque a presença de uma amostra mais significativa e representativa da população estudada permite uma maior validade externa da investigação.

Outro aspeto que pode ter influenciado os resultados, pode estar relacionada com a versão da Escala de Bem-Estar Psicológico utilizada nesta investigação. O bem-estar psicológico, relacionado com o funcionamento psicológico positivo, tem revelado enorme aplicabilidade no campo da gerontologia, devido às inúmeras ameaças que a pessoa idosa pode sofrer ao longo do seu envelhecimento, que estão associadas ao bem-estar, e por este processo requerer uma adaptação bem-sucedida (Fonseca, 2014; Matos, 2015). Embora existam diversas adaptações da escala original para a língua portuguesa para várias populações (incluindo a população idosa), todas elas revelaram baixo índice de ajustamento, tornando-se num instrumento pouco fiável na sua aplicabilidade. Assim, recorreu-se à versão de 24 itens de Matos (2015) que demonstrou bons índices de ajustamento aquando o estudo da sua qualidade psicométrica, no entanto, esta foi analisada a partir de uma amostra de trezentos e noventa e oito professores recrutados em escolas primárias e secundárias com uma idade média de 41 anos. Será importante que no futuro a Escala de Bem-Estar Psicológico possa ser aferida para a população idosa.

Os instrumentos quantitativos foram aplicados a todos os participantes de forma hetero-administrada pela psicóloga da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Novo, de modo a facilitar a compreensão das questões e devido à analfabetização de alguns elementos da amostra. No entanto, a psicóloga partilhou a sua dificuldade em administrar os instrumentos de avaliação, devido à escrita complexa de algumas questões para esta faixa etária que resultou, em muitos casos, na omissão de respostas. O nível de concordância dos participantes perante as escalas de Likert dos instrumentos gerou também algumas confusões na resposta das afirmações.

Como as Estruturas Residenciais da Santa Casa da Misericórdia localizam-se em freguesias diferentes, a intervenção psicomotora foi realizada a dois grupos e em dois locais e momentos diferentes, mas sempre com procedimentos e sessões de intervenção iguais. Esta situação em conjunto com a assiduidade dos participantes que variou, ligeiramente, nas estruturas residenciais poderá ter influenciado os resultados. Contudo, o curto período de intervenção psicomotora (12 semanas) pode ter influenciado também os dados dos participantes do grupo experimental, devido aos extensos objetivos de intervenção programados.

Referindo ainda a intervenção psicomotora, esta poderá ter desestabilizado a vivência dos participantes em relação aos seus corpos, havendo dificuldade em integrar todas as novas experiências pelas dificuldades sensoriais (visuais e auditivas) e pelos défices motores, mas sobretudo pelas diferenças interpessoais. Por outro lado, poderiam ter sido exploradas mais algumas componentes da intervenção como, a somatognosia através da representação ativa e dinâmica do corpo no espaço, o autoconhecimento e a autorreflexão pessoal do sentido e do vivido.

Apesar de tudo isto, existem aspetos específicos e idiossincráticos que dificilmente podem ser captados numa abordagem quantitativa em relação aos métodos qualitativos que são mais fáceis de entender e registar pelos aspetos fenomenológicos e de experiência subjetiva individual.

Perante todas as limitações referidas anteriormente, sugere-se que no futuro seja desenvolvida uma intervenção psicomotora durante um período de maior tempo e que se procure incluir um maior número de pessoas idosas institucionalizadas, na tentativa de obter resultados mais representativos e conclusivos. A escolha dos instrumentos de avaliação deverá também incidir sobre escalas e/ou questionários direcionados e adaptados linguisticamente a esta faixa etária para uma melhor compreensão e capacidade de resposta, além de que seria importante construir instrumentos de investigação quantitativos que revelem propriedades psicométricas adequadas para as variáveis em estudo.

5.2 Qualitativos

Para melhor compreender a perceção e vivência corporal dos participantes foi realizada uma entrevista individual semiestruturada.

A imagem corporal diz respeito à percepção dinâmica que o indivíduo tem do seu próprio corpo, sendo na velhice que ocorrem as maiores mudanças. Estas mudanças levam a uma alteração drástica do sentimento de si, em que o seu corpo não é mais reconhecido nas fotografias antigas e as suas formas de vida são totalmente transformadas (Troll & Skaff, 1997) vivendo estas recordações na sua memória, como observamos nos comentários seguintes:

“(...) M. já não és M. (...) porque a cara já não está como era, que ela era muito bonita (...) e agora já não acho a cara bonita (...) ao que eu era (...) era com muita genica, com muita genica e com muita vontade e muita força e agora tudo isso acaba” (Suj. 22);

“(...) gostava de andar, gostava de ser mais magra um bocadinho e ser como era dantes, se a menina vir fotografias minhas nem acredita que sou eu (...) como é que uma pessoa modifica tanto” (Suj. 24).

De acordo com Goodpaster et al. (2006), as mudanças sucedem ao nível da aparência física e da funcionalidade do corpo, que inclui o aumento de peso, as alterações musculares, a perda de cabelo, as dificuldades em ver e ouvir, entre outras. Nas entrevistas efetuadas, os participantes do GC e do GE relacionaram, claramente, a imagem corporal às alterações corporais sentidas nesta etapa da vida, sendo, maioritariamente, reconhecidas as mudanças físicas (e.g., aumento de peso, aparecimento de rugas, perda de cabelo), sensoriais (e.g., alterações na visão e audição) e da motricidade (e.g. diminuição da força muscular, mobilidade). Apesar destas mudanças poderem indicar um distanciamento face a uma imagem do corpo ideal, a apreciação da saúde e da funcionalidade corporal e a aceitação do processo de envelhecimento são aspetos que contribuem para a presença de uma imagem corporal positiva (Tiggemann, 2015, citado por Bailey et al., 2016).

No contexto da análise anterior, os participantes abordaram também as causas (e.g., quedas, trabalho desgastante, envelhecimento) e as consequências (e.g., sofrimento, dores, incapacidade, dependência) das alterações corporais. Em contrapartida, alguns participantes referiram a ausência de modificações corporais nos últimos anos.

Contudo, as pessoas idosas tendem a valorizar menos as transformações físicas e a centrar-se mais na competência do seu corpo (Bailey et al., 2016). Na tabela 10 e 11 observamos os anseios de habilidade e funcionalidade por parte dos participantes, sobretudo pelo GE no momento final que também, exclusivamente no final, associa a

presença de habilidades e capacidades com a imagem corporal. Estes resultados fazem-nos sugerir claramente a influência da intervenção psicomotora realizada no reconhecimento de capacidades e competências em si próprio, tendo sido neste estudo fomentada a partir da valorização corporal, do reconhecimento das dificuldades diárias e da aprendizagem de estratégias para a autonomia funcional (Nuñez & González, 2001; Sinovas & Miguelsanz, 2010) com vista a melhorar a apreciação corporal, o bem-estar psicológico e a auto-perceção de envelhecimento, uma vez a Psicomotricidade incide sobre o sentir, o agir e o pensar (Oliveira, Carvalho e Cardoso, 2015).

Outro autor verificou também a importância da capacidade física em detrimento da aparência, uma vez que a perda de capacidade física foi entendida como uma perda de independência, bem-estar e identidade (Jankowski et al., 2014, citado por Bailey et al., 2016). Assim, o reconhecimento de uma percepção interna positiva entendida como autonomia (tabela 11) e o crescente número de referências à presença de comportamentos e pensamentos de energia (tabela 9), na avaliação final do GE, demonstra uma vez mais os efeitos compensatórios da Psicomotricidade como terapia de intervenção que auxilia a pessoa idosa no investimento, sentimento e vivência do seu próprio corpo (Fernandes, 2014) e na sua autonomia funcional (Nuñez & González, 2001).

Apesar disto, o amor, o respeito, a aceitação e a apreciação do próprio corpo já era observado antes da intervenção por parte dos participantes (tabela 6 e 7), mas na análise dos resultados finais verificou-se um aumento do número de relações entre a imagem corporal e a apreciação corporal. A certo momento, a experiência interna do corpo também foi relacionada a uma percepção interna positiva entendida como satisfação (e.g., corpo, idade e saúde), contudo esta subcategoria evidenciou uma diminuição no número de referências na análise final de ambos os grupos. Embora exista alguma controvérsia relativamente à (in)satisfação corporal durante a velhice (Roy & Payette, 2012), a amostra revelou, desde o início, a presença de satisfação e de uma percepção positiva da imagem corporal, que vai de encontro com Tiggemann e McCourt (2013) de que o aumento da idade está associado com níveis crescentes de apreciação corporal. Assim, o aumento do número de relações entre a imagem corporal e a apreciação corporal, após as 12 semanas de intervenção no GE, pode ser explicado pelas sessões de psicomotricidade que promoveram o gosto e a positividade da imagem corporal e também o relacionamento social.

Ficou ainda evidente no discurso dos participantes, a relação entre a imagem corporal e a resiliência, que se refere às características pessoais dos sujeitos que lhes permite prosperar perante a adversidade (Bonanno, 2004, citado por Bailey, Gammage, van Ingen, & Ditor, 2015). Na análise inicial, esta capacidade só foi nomeada pelo GC, mas nas entrevistas finais observou-se esta mesma categoria no GE. Tal resultado parece evidenciar os efeitos da Psicomotricidade, porque a presença da resiliência contribui também para uma percepção positiva da imagem corporal pela facilidade de aceitação da situação atual e do seu corpo (Bailey et al., 2015). Esta afirmação surge associada à diminuição dos valores da categoria sentimentos e pensamentos sobre a condição atual observadas no GE.

Como referido anteriormente, a perda gradual de capacidades motoras leva à perda de autonomia (Jankowski et al., 2014, citado por Bailey, 2016) que consequentemente conduz à inatividade da pessoa idosa, sem esquecer que as alterações corporais e problemas sentidos ao longo do envelhecimento contribuem também para a inatividade e a adoção de um estilo de vida sedentário (Vago & Lovecchio, 2014). Muitos participantes desta investigação relacionaram o impacto no dia-a-dia com os comportamentos de inação que sentem, identificando como principais consequências e causas, a falta de energia, as dores em diferentes zonas corporais e a incapacidade de realizar certas atividades autonomamente, devido às profissões que exerceram (maioritariamente trabalhos de campo), ao declínio funcional sentido no sistema músculo-esquelético e ao sedentarismo. Consequente à intervenção psicomotora, o GE demonstrou uma diminuição do número de referências e de ocorrências da categoria inação e um aumento das relações entre o impacto no dia-a-dia e a presença de energia (tabela 9).

Durante o envelhecimento, as pessoas idosas podem enfrentar ainda uma perda de saúde que, muitas vezes, leva a uma rutura da identidade pelo aparecimento de doença e incapacidade que pode contribuir para o desenvolvimento pobre de uma saúde física e mental (Clarke & Korotchenko, 2011). Nesta investigação, os participantes relacionaram a presença de doença (e.g., Acidente Vascular Cerebral, Doença de Parkinson, Bronquite) e de dores (e.g., coluna, pernas, braços) com a imagem corporal. Apesar disto, os grupos relataram ainda na fase inicial, desejos de saúde quando associados com a experiência interna do corpo, confirmando a importância da presença de saúde em detrimento da atratividade física pela população idosa (Hurd, 2000, citado por Bailey et al., 2016). Após as 12 semanas de intervenção, observou-se no grupo

experimental uma diminuição dos valores da categoria doença (tabela 7), a cessação da subcategoria desejos de saúde e o surgimento de uma nova subcategoria identificada como desejos de estabilidade (tabela 11).

Ao longo da vida a imagem corporal regista ainda várias ameaças e desafios, devido às restrições nas atividades sociais e pessoais e nas mudanças familiares (Tiggemann, 2004). Nesta investigação, os participantes relacionaram a imagem corporal com a presença de dor psicológica relativa a acontecimentos do passado e da vida atual (e.g., incapacidade funcional, morte de familiares, institucionalização). As influências familiares são mediadores cruciais no desenvolvimento da imagem corporal (Cash & Pruzinsky, 2002), mas tendo em conta que todos os participantes se encontram institucionalizados, este processo pode ter provocado um corte na história de vida e uma possível rutura entre a pessoa idosa e a sua família, a sua casa e os seus hábitos diários (Daniel, 2006; Simões et al., 2014), que acaba por influenciar negativamente a sua auto-perceção, o seu bem-estar psicológico e a sua qualidade de vida (Troll & Skaff, 1997; Lobo & Pereira, 2007). Aquando das entrevistas finais do GE observou-se uma manutenção dos valores de referência da categoria dor psicológica (tabela 7).

Foram várias as comparações dos participantes relativamente ao corpo e idade de outras pessoas, às diferentes fases da sua vida ou então sobre o corpo jovem e adulto. Esta última caracterização remete para a nostalgia do corpo mais jovem, expondo a insatisfação para com o corpo atual (Bailey et al., 2016). Quando referenciada a experiência interna do corpo (tabela 10 e 11) os grupos nomearam, unicamente, no momento inicial desejos de um corpo e vida nova, mas o GC referenciou no final desejos de voltar ao passado. Todavia, a literatura tem verificado que as pessoas com mais idade se sentem mais jovens do que realmente são, apesar das alterações negativas associadas à idade (Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008), como observamos no comentário seguinte:

“(...) estou aqui que é uma maravilha (...) estou bem (...) não penso que tenho 79 anos (...) estou muito bem (...) olho para o meu corpo e penso que tenho para aí 40 anos” (Suj. 11);

“(...) de idade não me sinto mal, sinto que estou bem com a idade que tenho (...) o meu espírito não sente os 82 anos (...) parece que tenho um espírito de 60 anos (...) sinto o meu corpo velho, é claro que tem de estar, faz parte da idade (...) a minha idade trás isso” (Suj. 25).

No tema Experiência Interna do Corpo, existe ainda uma associação com a perceção interna negativa, especificamente com a tristeza, a dependência e a

insatisfação corporal, que poderá estar ligada a uma baixa autoestima (Stice, 2001, citado por Homan & Boyatzis, 2009). No GC constata-se um aumento do número de nomeações e de ocorrências (tabela 10), enquanto no GE existe uma manutenção do número de pessoas e uma redução no número de ocorrências ao nível da insatisfação (tabela 11). A manutenção destes valores poderá dever-se à intervenção psicomotora que recaiu sobre a promoção da confiança dos participantes, no entanto Tiggemann (2004) sugere que a insatisfação corporal tende a permanecer estável em todo o ciclo de vida, que vai de encontro com a citação deste elemento do grupo experimental, “(...) *o meu corpo é muito feio (...) nunca gostei de ser pequena (...)*” (Suj. 20).

A imagem corporal é um constructo que se encontra em constante mudança devido ao estado de espírito, à experiência física e ao meio ambiente do indivíduo (Janelli, 1993; Croll, 2005). Neste estudo os participantes relacionaram a influência dos meios de comunicação e as saudades que sentem pela sua casa, como fatores externos associados à imagem corporal e a literatura confirma que a apresentação de imagens irrealistas pelos meios de comunicação são o principal contribuinte para os elevados níveis de insatisfação corporal (Cash & Pruzinsky, 2002).

Nesta investigação participaram duas pessoas idosas com deficiência física. Embora a falta de pesquisas sobre a imagem positiva do corpo de pessoas com deficiências físicas constitua uma limitação na literatura, Taleporos & McCabe (2002), afirmam que pessoas com deficiência física ajustam gradualmente as suas diferenças corporais, aceitando cada vez mais as suas deficiências ao longo do tempo. Esta situação vai de encontro com os resultados obtidos, uma vez que o impacto da deficiência só foi nomeada quando a imagem corporal foi associada a referências passadas, não sendo referenciada pelo GE na avaliação final.

Num único momento da avaliação e por um único participante, do grupo controlo, a imagem corporal foi associada a alterações sentidas ao nível da sexualidade, “(...) *sexualidade (...) foi o que perdi mais*” (Suj. 23). Apesar do estereótipo da pessoa idosa assexuada, pesquisas demonstram que estes indivíduos, valorizam o sexo e consideram-no importante para as suas vidas, mas o declínio desta função pode dever-se ao aparecimento de problemas de saúde que não implica a perda concomitante de desejo sexual (Clarke & Korotchenko, 2011).

Todos os temas na análise qualitativa foram relacionados, em algum momento, com a espiritualidade/religião, referindo-se a esta como meio de preservação à condição atual do seu corpo, fonte impulsionadora e de auxílio para o quotidiano ou então como

um corpo alvo de intervenção divina. Vários estudos partilham a ligação saudável existente entre a religião e a imagem corporal, porém são poucos os que se centram na análise destas variáveis junto da população idosa (Homan & Boyatzis, 2009). Todavia Boyatzis, Kline e Backof (2007) referem os efeitos positivos da religião sobre a imagem corporal na velhice, talvez por a nomeação de qualidades especiais relativas à espiritualidade/religião promoverem uma maior satisfação corporal (Mahoney et al., 2005). No entanto, as ligações da espiritualidade/religião também podem resultar das preocupações derivadas do declínio da aparência física durante o envelhecimento (Boyatzis & Manning, 2005, citado por Homan & Boyatzis, 2009). No geral, prevê-se que a presença de uma maior religiosidade estará relacionada a uma maior satisfação corporal e menor ansiedade sobre uma aparência resultante do envelhecimento por parte das pessoas idosas, promovendo o otimismo, a confiança, a felicidade, o conforto e a liberdade (Homan & Boyatzis, 2009; Wood-Barcalow et al., 2010).

Fazendo uma breve análise dos resultados do tema IV verificamos que o sujeito 4 tem experienciado através do corpo as realidades físicas e sociais do envelhecimento (Algars et al., 2009; Clarke & Korotchenko, 2011) pelas mudanças, essencialmente sentidas, na mobilidade que contribuiu para a sua dependência física, “(...) *aqueles anos que estive em Fátima (...) foram ótimos, eu ia fazer os recados aquela gente toda (...) já vê a diferença de vida que eu tenho agora, agora não posso nada*” (Suj. 4).

O descontentamento corporal nomeado nas entrevistas resulta do declínio das suas capacidades funcionais que estão intimamente relacionados com a identidade e a autoestima, podendo ser amplificados pela perda de papéis sociais (Clarke & Korotchenko, 2011). No entanto, o principal facilitador para a valorização pessoal e a aceitação corporal desta participante têm sido as suas crenças religiosas, “(...) *custou-me muito (...) temos que aceitar, mas custa, custa muito (...) quando se tem uma vida ativa como eu tive, agora custa tanto, tanto (...) sou católica tenho obrigação disso, embora custe a aceitar (...) tenho de aceitar é o meu dever, Deus quis assim e pronto*” (Suj. 4).

Para terminar, a experiência interna do corpo foi ainda associada a diferentes sentimentos e pensamentos, uma vez que a imagem corporal reflete a forma como o ser humano sente e pensa o seu corpo (Bailey et al., 2015). No momento inicial foram mencionados sentimentos de gratidão pelos participantes do GE, enquanto os sentimentos de morte e da condição corporal atual foram referidos nos dois momentos de avaliação por ambos os grupos.

A investigação qualitativa deste estudo revelou melhorias da intervenção psicomotora nas referências do GE à imagem corporal, impacto no dia-a-dia e experiência interna do corpo.

Assim, a utilização desta abordagem qualitativa permitiu um conhecimento mais aprofundado das concepções e vivências dos participantes, relativamente à sua percepção corporal. No entanto, entende-se como uma limitação da análise o reduzido número de participantes da amostra tratada.

5.3 Análise Conjunta dos Dados Quantitativos e Qualitativos

O envelhecimento e as alterações corporais levam ao surgimento de diferentes tipos de problemas, tornando-se essencial a presença de uma imagem positiva do corpo que promove a saúde física e emocional, fortalece a autoestima e reduz a vulnerabilidade a possíveis danos (Román et al., 2014). Por isso, a análise da imagem corporal pode ser importante para a compreensão dos aspetos do envelhecimento e da identidade (Román et al., 2014).

Assim, o presente estudou a influência de uma intervenção psicomotora na apreciação corporal, auto-percepção de envelhecimento e bem-estar psicológico num grupo de pessoas idosas institucionalizadas. A intervenção psicomotora desenvolvida centrou-se na reestruturação da consciência de si perante a vivência corporal, o reconhecimento de capacidades e competências, a restauração da confiança e a melhoria do meio envolvente e das relações interpessoais.

Para este estudo quasi-experimental foi seguida uma abordagem quantitativa e qualitativa, de um modo a se obter uma perspetiva diferenciada sobre os fenómenos estudados, conseguindo-se assim uma complementaridade de dados e uma maior riqueza na investigação. Os resultados quantitativos não demonstraram um efeito estatisticamente significativo da intervenção psicomotora no GE, sendo no entanto importante considerar que a literatura considera que as investigações qualitativas podem ser mais apropriadas do que as abordagens quantitativas no estudo das vivências e percepções da imagem corporal. Isto sucede porque a coocorrência das imagens do corpo pode ser um fenómeno muito complexo e as entrevistas podem render informações mais profundas sobre as experiências da imagem corporal, além deste instrumento de avaliação ser uma ferramenta eficaz para criar um ambiente para os participantes

partilharem mais abertamente a delicadeza deste assunto (Liamputtong, 2009, citado por Bailey, Cline, & Gammage, 2016).

Desde o início que o GE revelou uma apreciação da sua imagem corporal e após as 12 semanas de intervenção, os resultados quantitativos demonstraram uma manutenção dos valores desta variável, mas a análise qualitativa (tabela 7) indicou um ligeiro aumento da relação estabelecida entre a imagem do corpo e a apreciação corporal, como podemos apreender nas seguintes frases:

“(...) gosto do meu corpo” (Suj. 9);

“(...) tenho tido um corpo bom, bom, bom, bom (...) ando muito contente comigo” (Suj. 16);

“(...) para a idade que tenho ainda me sinto bem (...) ainda me sinto com energia” (Suj. 17);

“(...) valorizo, porque ainda consigo fazer muito” (Suj. 25).

Relativamente ao bem-estar psicológico alguns dos seus itens revelaram quantitativamente um aumento dos valores do pré para o pós-teste, designadamente os objetivos de vida e a aceitação de si porém estas mudanças não foram estatisticamente significativas para o GE. Relacionando os resultados de ambas as metodologias, observou-se um aumento de confiança no GE traduzidas pela relação entre a imagem corporal com a presença de habilidades e capacidades e com a diminuição de referências ao passado e de pensamentos e sentimentos inerentes à condição atual. Estas categorias e subcategorias podem estar diretamente relacionadas com o item aceitação de si, porque diz respeito à aceitação da vida passada, das qualidades pessoais e dos múltiplos aspetos do *self* (Novo, 2003; Matos, 2015). Alguns exemplos da presença de habilidades e capacidades pelos participantes:

“(...) dobrar os guardanapos como fazia ainda faço, a roupita também, umas meias, umas cuecas (...) ainda faço” (Suj. 8);

“(...) vou dando uns passeiozinhos aos bocadinhos” (Suj. 13);

“(...) tomei o meu duchezinho sozinha, vim para o quarto sozinha agarrada às paredes e só me calçaram os sapatos e untaram os pés (...) e vestiram-me a cuequinha de baixo (...) fiquei satisfeita, porque fui capaz de fazer (...) ainda sou capaz de mexer nas coisas e (...) fazer qualquer coisa e a tato com as minhas mãos acho as coisas e vou fazendo” (Suj. 25).

Ao longo das sessões de intervenção promoveu-se a adaptação e a autonomia do contexto de vida diária do GE, facilmente observada pelo aumento de referências à

categoria presença de energia em detrimento da categoria inação, pelo aumento do número de verbalizações direcionadas para a presença de comportamentos e pensamentos de energia. Por outro lado, o discurso do grupo levou ao surgimento da categoria resiliência e da subcategoria autonomia. Tudo isto vai de encontro com o item objetivos de vida, mas também com a autonomia, o crescimento pessoal e o domínio do meio que sofreram ligeiras diminuições do pré para o pós-teste. Alguns exemplos das categorias e subcategorias nomeadas:

“É estimá-lo mais que possa” (Suj. 16);

“(...) faço um esforço para isso não parar (...) a minha força é muito grande” (Suj. 25);

“(...) ainda tenho muitos dias que parece que vou trabalhar (...) se tivesse em casa (...) fazia ainda a minha vida” (Suj. 15);

“(...) para a idade que tenho não sinto muitas dores, não sinto muito cansaço (...) não estou desgostoso com a vida e com o corpo que tenho (...) ainda dou a volta à cidade toda sempre que é preciso” (Suj. 17);

“(...) ainda vou tendo tacto, ainda esta semana tive de arranjar a saia (...) essas coisas ainda vou fazendo (...) gosto de ler, rezo as minhas orações” (Suj. 20).

As relações positivas com os outros tem em conta o interesse e a preocupação do indivíduo com a sua esfera pessoal e com a sua perceção pessoal para o estabelecimento de relações satisfatórias e significativas com os pares (Novo, 2003; Matos, 2015). Embora as entrevistas não tenham focado diretamente a temática das relações interpessoais, alguns elementos do GE realçaram a pertinência das interações para a sua funcionalidade, autonomia e energia diária, que confirma a sua influência das relações para o seu bem-estar psicológico, nomeadamente:

“(...) se tiver aqui estou (...) sentado a dormir (...) perdia mais energia (...) mais desenvolvimento (...) se eu vou (...) para o centro de dia é tudo malta que tem mais vida (...) mais saúde (...) ando para trás para diante, jogo às cartas ou converso (...) com pessoas que foram criados comigo, um diz uma anedota, outro diz coisas passadas e depois estamos na risota (...) isso é que me faz ter energia” (Suj. 2);

“(...) mas vou daqui para cima a andar (...) venho para baixo (...) faço a minha vida, e lá mais eles jogo às cartas” (Suj. 13).

Relativamente à auto-perceção de envelhecimento, o GC demonstrou mudanças significativas nos itens duração crónica e consequências negativas e o GE nos itens

duração crónica e controlo negativo. No entanto, o GE revelou um aumento ou estabilidade, não significativos, nos valores de alguns itens do pré para o pós-teste, especificamente a duração cíclica, as consequências positivas, o controlo positivo, as representações emocionais e a identidade.

A duração cíclica tem em conta as oscilações da experiência de envelhecimento vividas e sentidas pela pessoa idosa de forma consciente (Barker et al., 2007) que remete para o aumento do número de afirmações e de ocorrências da categoria presença de energia por parte do GE após a avaliação qualitativa final. As mudanças ocorridas na duração crónica devem-se pelo surgimento da subcategoria autonomia, pela diminuição da categoria inação e extinção da subcategoria desejos de saúde, uma vez que este item tem sido associado à inatividade e à presença de uma saúde debilitada (Barker et al., 2007).

“(...) às vezes penso (...) não me trocava por aquela pessoa que anda e tem boas pernas (...) porque (...) não sabem fazer nada (...) e ainda sou capaz de fazer muita coisa de mão (...) e até com a cadeira coisas de casa, sinto-me com coragem disso!” (Suj. 9).

As crenças sobre o impacto de envelhecimento na vida do idoso em diferentes domínios refere-se à dimensão consequências da auto-perceção de envelhecimento diretamente ligada ao bem-estar subjetivo (Barker et al., 2007). O GE associou as diversas alterações corporais sentidas com a imagem corporal, todavia verificou-se um aumento desta categoria após a intervenção, sobretudo ao nível da motricidade podendo explicar os valores do item consequências negativas. Por outro lado, o item consequências positivas pode relacionar-se com a presença de habilidades e capacidades e também com as subcategorias comportamentos e pensamentos de energia e desejos de estabilidade, uma vez que parte do pressuposto que envelhecer pode trazer coisas boas (Barker et al., 2007), como por exemplo:

“(...) vai mantendo sempre fixe (...) gostava que ele fosse sempre mantendo com energia e capaz, e já não quero mais do que tenho” (Suj. 17).

Quanto às crenças sobre a forma pessoal de lidar com a experiência de envelhecimento, verifica-se uma relação entre o item controlo positivo e a capacidade de resiliência que surgiu na avaliação final do GE, sabendo que ambas se relacionam com a capacidade e a perceção de controlo que lhes permite prosperar e controlar perante as adversidades da experiência de envelhecimento podendo facilitar o bem-estar

durante todo o ciclo de vida (Barker et al., 2007). No entanto, esta capacidade foi referida por um baixo número de elementos do GE que poderá explicar os resultados quantitativos do pós-teste.

Ao longo da análise qualitativa a experiência interna do corpo foi assumida pela presença de sentimentos e pensamentos, e o item representações emocionais compreende a resposta emocional gerada pelo envelhecimento representada por emoções negativas como a preocupação, a ansiedade, a depressão, medo, angústia e tristeza (Barker et al., 2007). Embora estas respostas emocionais não tenham sido especificamente observadas nas entrevistas do GE, os elementos revelaram a presença de sentimentos e pensamentos de morte, de gratidão e relativos à condição atual que revelou uma diminuição das cotações gerais desta categoria após a intervenção.

“(...) tive uma altura sentia-me tão triste, tão triste, tão triste que até pensei em suicidar-me” (Suj. 20).

O item identidade relaciona o envelhecimento e as alterações ocorridas ao nível da saúde (Barker et al., 2007). Na análise qualitativa foram várias as referências ao tema da saúde, em que o tema imagem corporal foi associada à presença de doença e a experiência interna foi inicialmente associada a desejos de saúde, mas após a intervenção psicomotora constatou-se, respetivamente, uma diminuição e cessação da categoria e subcategoria.

“(...) eu tenho muita doença (...) em nada me sinto bem (...) tem-se agravado cada vez mais as minhas doenças todas” (Suj. 6).

Limitações e contributos

Ao longo da investigação, surgiram várias limitações que podem ter influenciado os resultados apresentados, mas que podem ser melhoradas com algumas recomendações. A primeira limitação relaciona-se com o número relativamente baixo de participantes no que toca à abordagem quantitativa do tema. Assim, uma amostra mais significativa e representativa desta faixa etária poderia permitir a obtenção de resultados mais conclusivos e uma maior validade externa da investigação. A falta de estudos com o mesmo objetivo e população alvo desta investigação, também limitou fortemente o presente trabalho em termos de revisão da literatura e da comparação de resultados. O facto dos instrumentos de avaliação utilizados (questionários e escalas) não se encontrarem direccionadas ou estarem desajustados linguisticamente para esta

população revelou-se outra limitação deste estudo. O tempo de intervenção psicomotora (12 semanas) poderá também ter sido insuficiente para a obtenção de resultados mais robustos, tendo em consideração os objetivos de intervenção.

Para finalizar, o presente estudo faz várias contribuições significativas para a literatura da psicomotricidade e da imagem corporal. Em primeiro lugar, aumenta a compreensão relativamente à perceção e vivência corporal de pessoas idosas institucionalizadas. Os relatos das entrevistas não só exploraram a relação entre o processo de envelhecimento e a imagem corporal, mas também a influência desta relação na auto-perceção de envelhecimento e no bem-estar psicológico. Este estudo contribuiu também para aumentar o conhecimento em gerontopsicomotricidade, uma área em que ainda se encontram poucos estudos publicados, designadamente relacionados com a imagem corporal e que incluam pessoas com idades bastante avançadas (com mais de 73 anos de idade e institucionalizadas). Um último aspeto positivo deste trabalho, foi a recolha de informação através de ferramentas qualitativas e quantitativas, o que permitiu uma compreensão mais aprofundada sobre o objeto de estudo.

6. Conclusão

Este trabalho centrou-se sobre o papel de uma Intervenção Psicomotora com Idosos Institucionalizados, colocando o enfoque na Apreciação Corporal, Auto-Percepção de Envelhecimento e Bem-Estar Psicológico. A investigação integrou uma abordagem quantitativa e qualitativa, no sentido de se conseguir uma maior compreensão do tema estudado.

Através dos métodos quantitativos utilizados, de um modo geral não se encontraram melhorias estatisticamente significativas nos resultados do GE após a intervenção psicomotora nas variáveis estudadas. A análise intergrupos apenas encontrou uma diferença intergrupos às 12 semanas na dimensão “Domínio do Meio” (Escala de Bem-Estar Psicológico), em que o GC registou uma mudança positiva. A análise intragrupo revelou que após as dozes semanas de intervenção psicomotora o GE demonstrou mudanças significativas nas dimensões “duração crónica” e “controlo negativo” da auto-percepção de envelhecimento, enquanto o GC revelou diferenças significativas às 12 semanas nas dimensões “duração crónica” e “consequências negativas” (auto-percepção de envelhecimento), “domínio do meio” (bem-estar psicológico) e na apreciação corporal.

No recurso à análise de conteúdo das entrevistas, o GE revelou mudanças positivas nos resultados após a intervenção psicomotora: (i) na associação da imagem corporal com o aumento de referências às categorias apreciação corporal, resiliência e presença de habilidades e capacidades e a redução das categorias doença, dores, referências ao passado e ausência de alterações corporais; (ii) na relação do impacto no dia-a-dia com a redução do número de verbalizações à categoria inação e o aumento das alusões e ocorrências à categoria presença de energia; e (iii) nas representações da experiência interna do corpo com a subcategoria autonomia, desejos de saúde, desejos de estabilidade e sentimentos e pensamentos sobre a condição atual.

Em síntese, embora não tenham sido encontradas diferenças quantitativas significativas nos efeitos da intervenção psicomotora na apreciação corporal, auto-percepção de envelhecimento e bem-estar psicológico nos participantes do GE, a metodologia qualitativa demonstrou mudanças positivas neste mesmo grupo, ao nível da imagem corporal, do impacto no dia-a-dia e na experiência interna do corpo.

7. Bibliografia

- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. Em A. M. Fonseca, *Envelhecimento, Saúde e Doença* (pp. 63-92). Lisboa: Coisas de Ler.
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Predictors and Health-Related Outcomes of Positive Body Image in Adolescent Girls: A Prospective Study. *Dev Psychol*, 52(3), 463–474. <http://doi.org/10.1037/dev0000095>
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Bailey, K. A., Cline, L. E., & Gammage, K. L. (2016). Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body Image*, 17, 88–99. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.007>
- Bailey, K. A., Gammage, K. L., van Ingen, C., & Ditor, D. S. (2015). “It’s all about acceptance”: A qualitative study exploring a model of positive body image for people with spinal cord injury. *Body Image*, 15, 24–34. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.010>
- Baldaia, A. (2013). A atividade física e o seu contributo para o envelhecimento. *Actas de Gerontologia*, 1, 1–8.
- Baltes, P. B. (1997). On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny - Selection, Optimization, and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist*, 52(4), 366–380. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366>
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology : Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471–507. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.471>
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barker, M., O’Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(1), 9. <http://doi.org/10.1186/1471-2318-7-9>

- Boyatzis, C., Kline, S., & Backof, S. (2007). Experimental Evidence that Theistic-Religious Body Affirmations Improve Women ' s Body Image. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(4), 553–564.
- Branco, M. (2010). João dos Santos – Saúde Mental e Educação. Lisboa: Coisas de Ler.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the Body-Image: The Body-Image Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 887–892.
- Carrilho, L., Gameiro, C., & Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras : Estudo numa população institucionalizada. *Análise Psicológica*, 1(XXXIII), 121–135. <http://doi.org/10.14417/ap.736>
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. http://doi.org/10.1007/SpringerReference_223404
- Clarke, L. H., & Korotchenko, A. (2011). Aging and the Body: A Review. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 30(3), 495–510. <http://doi.org/10.1017/S0714980811000274>
- Claudino, A., Ferrreira, A., Carmona, C., & Tavares, S. (2011). Adaptação Portuguesa do Questionário de Percepções de Envelhecimento: Estudo Preliminar. VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, (pp. 637-650). Lisboa.
- Cobo, C. M. S. (2012). La imagen corporal en los ancianos. Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15–18. <http://doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100003>
- Costa, J. (2008). Um olhar para a criança - Psicomotricidade relacional. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2011). Adoles Ser - Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento. Lisboa: Trilhos Editora.
- Croll, J. (2005). Body Image and Adolescents. Em S. J., & S. M., Guidelines for Adolescent Nutricien Services (pp. 155-166). Minneapolis, MN: Center for Leadership, Education and Training in Maternal and Child Nutrition, Division of Epidemiology and Community Health, School of Public Health, University of Minnesota. Obtido de http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adol_book.shtm
- Daniel, F. (2006). O Último Lugar no Mundo : Considerações e Reconsiderações sobre Espaço e Velhice. *Interações*, 11, 85–112.
- de Guzman, A. B., Satuito, J. C. B., Satumba, M. A. E., Segui, D. R. A., Serquiña, F. E. C., Serrano, L. J. P., & Sevilla, M. D. (2011). Filipino Arts Among Elders in

- Institutionalized Care Settings. *Educational Gerontology*, 37(3), 248–261.
<http://doi.org/10.1080/03601270903534937>
- Donnelly, L. R., & MacEntee, M. I. (2012). Social interactions , body image and oral health among institutionalised frail elders : an unexplored relationship. *Gerodontology*, 29, 28–33. <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00523.x>
- Eells, K. (2014). The Use of Music and Singing To Help Manage Anxiety in Older Adults. *Mental Health Practice*, 17(5), 10–17.
<http://doi.org/10.7748/mhp2014.02.17.5.10.e861>
- Fernandes, J. (2014). A Gerontopsicomotricidade como Práxis Terapêutica de Mediação Corporal. *Journal of Aging and Innovation*, 3(3).
- Fernandes, M. das G. M., & Garcia, L. G. (2010). O corpo envelhecido: Percepção e vivência de mulheres idosas. *Interface: Communication, Health, Education*, 14(35), 879–890. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78651238904&partnerID=tZOtx3y1>
- Finnerty, R. (2011). Music therapy - A viable intervention for pain control. *Canadian Nursing Home*, 22(1), 5–12.
- Fonseca, A. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. Em A. Fonseca, Envelhecimento, Saúde e Doença- Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos (pp. 153-182). Lisboa: Coisas de Ler.
- Fonseca, V. d. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Retrogênese Psicomotora. Em V. d. Fonseca, & R. Martins, Progressos em Psicomotricidade (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. d. (2007). Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos factores psicomotores (3º ed.). Lisboa: Âncora.
- Glei, D. a., Goldman, N., Lin, Y.-H., & Weinstein, M. (2012). Relaxation Practice and Physiologic Regulation in a National Sample of Older Taiwanese. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(7), 653–661.
<http://doi.org/10.1089/acm.2010.0598>
- Goodpaster, B. H., Park, S. W., Harris, T. B., Kritchevsky, S. B., Nevitt, M., Schwartz, A. V, ... Abc, H. (2006). The Loss of Skeletal Muscle Strength , Mass, and Quality in Older Adults: The Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of Gerontology*, 61(10), 1059–1064.

- Guzmán-García, A., Hughes, J. C., James, I. A., & Rochester, L. (2013). Dancing as a psychosocial intervention in care homes: A systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 914–924. <http://doi.org/10.1002/gps.3913>
- Heathcote, J. (2013). Making music : promoting wellbeing for older people. *Nursing & Residential Care*, 15(4), 218–221.
- Henwood, T., Tuckett, A., Edelstein, O., & Bartlett, H. (2011). Exercise in later life: the older adults' perspective about resistance training. *Ageing and Society*, 31(8), 1330–1349. <http://doi.org/10.1017/S0144686X10001406>
- Homan, K. J., & Boyatzis, C. J. (2009). Body image in older adults: Links with religion and gender. *Journal of Adult Development*, 16(4), 230–238. <http://doi.org/10.1007/s10804-009-9069-8>
- Janelli, L. (1988). Through the looking glass. Perspectives, 9-11.
- Janelli, L. M. (1993). Are There Body Image Differences Between Older Men and Women? *Western Journal of Nursing Research*, 15(3), 327-339.
- Juhel, J.-C. (2010). La psychomotricité au service de la personne âgée. Lyon Cedex: Chronique Sociale.
- Kim, B. H., Newton, R. A., Sachs, M. L., Glutting, J. J., & Glanz, K. (2012). Effect of Guided Relaxation and Imagery on Falls Self-Efficacy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(6), 1109–1114. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03959.x>
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do Subjective Age and Satisfaction with Aging Change During Old Age? *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 63B(6), 377-P385. <http://doi.org/10.1093/geronb/63.6.P377>
- Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência*, 4(2), 61–8.
- Lobo, A., Santos, P., Carvalho, J., & Mota, J. (2008). Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly. *Geriatrics and Gerontology International*, 8(4), 284–290. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2008.00478.x>
- Loureiro, H. (2014). "Passagem à reforma": Uma vivência a promover em cuidados de saúde primários. Em A. Fonseca, Envelhecimento, Saúde e Doença - Novos

- Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos (pp. 123-152). Lisboa: Coisas de Ler.
- Mahoney, A., Carels, R. A., Pargament, K. I., Wachholtz, A., Leeper, L. E., Kaplar, M., & Frutchey, R. (2005). The Sanctification of the Body and Behavioral Health Patterns of College Students. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 15(3), 221–238. <http://doi.org/10.1207/s15327582ijpr1503>
- Matos, M. I. (2015). Traços disposicionais e projectos pessoais: o diálogo entre o "ter" e o "fazer" da personalidade na produção do bem-estar dos professores. Coimbra: [s.n.]. Obtido de [www: http://hdl.handle.net/10316/27109](http://hdl.handle.net/10316/27109)
- Meneses, D. L. P., Júnior, F. J. G. da S., Melo, H. D. S. F., Silva, J. C. e, & Figueiredo, M. do L. F. (2013). A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Enfermagem Em Foco*, 4(1), 15–18.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9, 10-16.
- Novo, R. F. (2003). Para além da eudaimonia - o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Novo, R. F. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 2(20), 183–203.
- Núñez, J. A., & González, J. M. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidad en Ancianos Institucionalizados - Informe de Intervención Psicomotriz en el Proyecto de la Residencia de Ancianos de Torremocha del Jarama (Madrid). Em V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 221-250). Lisboa: Edições FMH.
- Oliveira, V., Carvalho, S., & Cardoso, T. (2015). Quando o envelhecimento acontece... "Projeto Rejuvenescer" - uma proposta Gerontopsicomotora de intervenção primária no processo de envelhecimento. Em J. M. Fernandes, & P. J. Filho, *Atualidades da Prática Psicomotora* (pp. 217-233). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). Vieillir en restant actif Cadre d ' orientation, 60.
- Ornelas, A. M., & Vilar, D. (2011). O Processo de Institucionalização da Pessoa Idosa: A Influência de Factores Pessoais e da Rede Social. *Lusiada. Intervenção Social*, 1(37), 125–144.

- Paskaleva, R., & Uzunova, A. (2015). Role of Art Therapy for Psycho-Emotional and Physical Stimulation of the Elderly. *Research in Kinesiology*, 43(2), 239–241.
- Personne, M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Pratiques gériatriques* (Vol. [NUMERO_VO]).
<http://doi.org/10.3917/eres.perso.2011.01>
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2(1), 105–113.
- Reig-Ferrer, A., Ferrer-Cascales, R., Santos-Ruiz, A., Campos-Ferrer, A., Prieto-Seva, A., Velasco-Ruiz, I., ... Albaladejo-Blazquez, N. (2014). A relaxation technique enhances psychological well-being and immune parameters in elderly people from a nursing home: a randomized controlled study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14, 311.
<http://doi.org/10.1186/1472-6882-14-311>
- Roberson, D. N., & Pelclova, J. (2014). Social Dancing and Older Adults: Playground for Physical Activity. *Ageing International*, 39(2), 124–143.
<http://doi.org/10.1007/s12126-013-9184-5>
- Román, P. A. L., García-Pinillos, F., Herrador, J. H., Barba, M. C., & Jiménez, M. M. (2014). Relationship between sex, body composition, gait speed and body satisfaction in elderly people. *Nutricion Hospitalaria*, 30(4), 851–857.
<http://doi.org/10.3305/nutr.hosp.v30in04.7669>
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (1999). The Relations among Body Image, Physical Attractiveness, and Body Mass in Adolescence. *Child Development*, 70 (1), 50-64. doi:0009-3920/99/7001-0005
- Roy, M., & Payette, H. (2012). The body image construct among Western seniors: A systematic review of the literature. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 505–521. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.007>
- Ryff, C. D. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195–210.
<http://doi.org/10.1037/0882-7974.4.2.195>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in AdultLife. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99–104. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited, *69*(4), 719–727.
- Simões, R., Moura, M., & Moreira, W. W. (2014). A percepção auto referida do corpo idoso asilado. *Revista Portuguesa de Ciências Do Desporto, 14*, 838–847.
- Sinovas, R., & Miguelsanz, M. M. De. (2010). Esquema corporal y autoestima en la tercera edad. Elementos clave para un programa en gerrontopsicomotricidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 867–872.
- Slotman, A., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2015). Validation of the Dutch aging perceptions questionnaire and development of a short version. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*(54), 1–13. <http://doi.org/10.1186/s12955-015-0248-y>
- Sun, J., Kang, J., Wang, P., & Zeng, H. (2013). Self-relaxation training can improve sleep quality and cognitive functions in the older: A one-year randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing, 22*(9–10), 1270–1280. <http://doi.org/10.1111/jocn.12096>
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). Body image and physical disability-personal perspectives. *Social Science & Medicine, 54*(6), 971–980. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00069-7](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00069-7)
- Taylor-Ford, M., Meyerowitz, B. E., D’Orazio, L. M., Christie, K. M., Gross, M. E., & Agus, D. B. (2013). Body image predicts quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology, 22*, 756–761. <http://doi.org/10.1002/pon.3063>
- Thiebo, B. (2008). Unité psychomotrice: des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence, 56*(3), 148–151. <http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.07.013>
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image, 1*(1), 29–41. [http://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](http://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0)
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image, 10*(4), 624–627. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>
- Tosato, M., Zamboni, V., Ferrini, A., & Cesari, M. (2007). The aging process and potential interventions to extend life expectancy. *Clinical Interventions in Aging, 2*(3), 401–412.

- Troll, L. E., & Skaff, M. M. (1997). Perceived continuity of self in very old age. *Psychology and Aging, 12*(1), 162–169. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.162>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image, 12*(1), 53–67. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Vago, P., & Lovecchio, N. (2014). Morphological and Functional Modifications During the Process of Ageing: Characteristics and Benefits of Physical Activity. *Annales Kinesiologiae, 5*(1), 3–14. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sph&AN=101376266&site=ehost-live>
- Vandevoorde, J. (2011). Rôle des représentations d’action et du système moteur dans la construction du soi: synthèse et perspectives. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence, 59*(8), 454–462. <http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2010.12.004>
- Whitbourne, S., & Skultety, K. (2002). Body Image Development: Adulthood and Aging. Em T. Cash, & T. Pruzinsky, Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice (pp. 83-90). New York: The Guilford Press.
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image, 7*(2), 106–116. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>

8. Anexos

Anexo I. Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

O presente documento tem a finalidade de informar e solicitar a colaboração do(a) senhor(a) para participar na investigação “*Intervenção Psicomotora com Idosos Institucionalizados: Enfoque na Apreciação Corporal, Auto-Perceção de Envelhecimento e Bem-Estar Psicológico*”.

Esta investigação será realizada pela aluna de Mestrado em Psicomotricidade Relacional, Vanda Catarino, orientada pela Professora Doutora Graça Santos e pelo Professor Doutor José Marmeleira, respetivamente, do Departamento de Psicologia e do Departamento de Desporto e Saúde da Universidade de Évora.

A investigação procura entender de que modo um programa de intervenção psicomotora influencia a apreciação corporal, a auto-perceção de envelhecimento e o bem-estar psicológico de idosos que se encontrem institucionalizados. Para tal, os participantes devem cumprir os seguintes critérios de inclusão: a) possuir idade igual ou superior a 65 anos de idade, e; b) não ostentar défices cognitivos graves, de acordo com o score obtido no *Mini Exame do Estado Mental*.

Não será necessário qualquer tipo de investimento financeiro por parte dos participantes para colaborarem na investigação, nem será auferida qualquer recompensa monetária. Todos os dados e as informações obtidas, serão tratados de forma confidencial e usados, única e exclusivamente, para fins académicos e científicos.

Eu, _____, com o BI/CC n.º _____, aceito livre e voluntariamente, e sem receber qualquer tipo de remuneração, participar na investigação exposta, compreendendo as características da mesma podendo perguntar tudo o que quiser. Ainda me comprometo a responder a todas as questões que me forem colocadas durante a investigação, podendo desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer consequência deste ato.

_____, ____ de _____ de 2016

Assinatura do Participante

Assinatura da Investigadora Responsável

Anexo II. Exemplo de Entrevista

Entrevista Inicial (EIn)

Sujeito 11 (S11)

EIn – Sr. F. como é que é para si o seu corpo?

S11 – O meu corpo é a minha alegria e o meu viver.

EIn – Então explique-me e fale um pouco mais.

S11 – Porque se eu não tiver corpo não posso viver então, e se eu não tiver saúde nenhuma, então muito menos. Por isso o meu corpo é tudo o que faz parte da minha vida.

EIn – Sr. F. nos últimos anos o seu corpo sofreu alterações?

S11 – Mas muito, muito, muito, muito. A primeira alteração que apareceu foi o princípio de AVC duas vezes. A primeira vez fui para o hospital de Évora, tive lá quinze dias a segunda já tive um mês, mas já com a má circulação do sangue, juntou-se tudo o AVC. De maneira que graças a Deus o braço esquerdo ficou um bocadinho apanhado a perna esquerda também ficou um bocadinho, mas estou muito contente porque estou muito bom. Se for a pensar que estou doente então não faltaria, não tinha coragem para nada. Mas tenho! E tenho muito medo de morrer, lembra-me agora ri-me por causa da Simone de Oliveira “*Tenho muita amizade aos meus amigos, tenho muita amizade à saúde e quero é comer!*” (risos). E graças a Deus na como muito, mas como ... não como mais porque na quero graças a Deus que ... não se passa mal... claro para algumas pessoas não gostam do comer, mas como eu fui criado na pobreza, ou porque não fosse habituado ou porque não fosse a gente nas nossas casas o comer também não é como a gente quer. Por isso como tudo pouco, quer dizer não é que não coma mais que não me queiram dar, eu é que não quero gosto de ficar com o estômago um bocadinho leve e... estou muito bem assim.

EIn – Então Sr. F. dessas alterações todas que o senhor esteve agora a dizer ...

S11 – Não, afinal tenho uma que havia de ser operado por causa... quando tive agora um mês no hospital por causa deste pé, havia de ser operado às ancas e é por isso que eu ando em cadeiras de rodas por que não é porque as minhas pernas não tenham força felizmente têm, só falta dormir com a cadeira, vai comigo para todo o lado, agora de resto agora estou bem eu é que não quis ser operado... afinal não sei se fiz bem se fiz mal... olhe sabe qual é a minha alegria? É estar vivo (risos).

EIn – Então Sr. F. dessas alterações todas que me disse quais é que tiveram uma maior importância na sua vida?

S11 – A maior importância que eu tive, foi tive de ser puxado com os médicos, com as pessoas com quem vivo aqui no lar, em todo o lado no hospital fui bem tratado. Aqui no lar não posso ser... aliás eu para dizer que não posso estou só a convencer que sou eu. Aqui somos todos bem tratados o que é a pessoas que se veem pressas... agora eu a gente tem aqui tudo, temos lavadeiras temos ... as senhoras funcionárias que lavam a gente como deve ser... dão tratam a gente, dão o comer o que é que a gente quer mais? Olhe sabe o que lhe digo? Trabalhei sempre tanto em tudo, eu até palhaço de circo fui... olhe agora... nunca tive de férias agora estou aqui a passar as minhas férias, estou aqui que é uma maravilha... o que é que eu hei-de fazer, quer melhor que isto não. Claro às vezes tenho um bocadinho de pena não ir aqui não ir acolá, mas para que é que eu peço para ir ... para estar aqui as funcionárias têm tanto trabalho, elas coitadas tem tanto trabalho porque é que eu agora estou pedir para me mudarem, eu acho que fosse como antes o hospital ia ao elevador e ia lá abaixo, eu já felizmente já me desenrascava ia lá beber um cafezinho a máquina estava lá via passar este via passar aquele, agora a única coisa que me faltou foi... de resto...

EIn – Então Sr. F. quando olha para o seu corpo que pensamentos e sentimentos lhe surgem?

S11 – Sabe o que eu penso ou tive assim quando estava lá no hospital... quando estava lá no hospital as dores eram tantas neste pé que eu dizia para o doutor “*Dr. Bento faça-me um favor corte-me o pé a perna*” de qualquer eu tenho de andar na cadeira de rodas não é por causa das ancas “*Olhe Sr. Fernando a gente vai tratar disso mas é a ver se não se corta!*”, e graças a Deus que está cá... o está aqui... não por isso cada vez que olho para o meu corpo e que vejo as minhas pernazinhas, oh estou aqui que é uma maravilha... estou bem.

EIn - Então Sr. F. como é ser homem na sua idade?

S11 – Olhe eu sinceramente não tenho... não quero ter setenta e nove anos. Eu queria ter ai vinte, vinte e tal... penso... na minha idade não penso que tenho setenta e nove anos... eu penso que tenho ai quarenta. E quando faço anos e quando faço anos não gosto que me façam festas se não depois estou-me a lembrar que ... então agora para Maio faço no dia 20 de Maio já faço oitenta são ... então eu queria ter ai quarenta... Estou muito bem. Portanto olho para o meu corpo e penso que tenho para ai quarenta anos é, é isso... não tenho mas penso que tenho.

EIn – Sr. F. sente-se com energia no seu dia-a-dia?

S11 – Ahh... sinto.

EIn – Então... o que o ajuda mais a sentir essa energia?

S11 – Não sei... é a força de vontade de viver, porque eu tenho muita força de vontade em viver e então é o que me faz esta energia... e depois e querer fazer as coisas todas, quero fazer tudo, mas não posso depois tenho de pedir auxílio as funcionárias mas elas coitadas elas estão cá é para isso que é o que elas me dizem “*Sr. F. nós estamos cá é para os ajudar*”. A gente às vezes vê que elas têm muito trabalho... e depois como tenho muita força, oh a minha cadeira está aqui ... e nunca está parada está a ver? Pronto... e eu agora claro quando me vem alguma coisa peço logo é ... é agora desta vez que vou morrer (risos)... não me pode dever nada. Antes as coitadas lavavam-me e metiam-me cheio de calçado e deitava logo... agora graças a Deus já faço tudo de pé oh... só não bailo porque não posso.

EIn – Sr. F. para terminar, se pudesse falar com o seu corpo o que lhe gostaria de dizer?

S11 – Dizia ao meu corpo assim, pelo menos a minha cabeça “*Olha vê lá se tens mas é mais juízo para te portares bem para viveres o tempo que tu esperas viver.*”. Eu nem sei quanto é que “*Vê se tens mais juízo que às vezes falhas*” é o que eu lhe estou a dizer a ele, portanto é o que eu digo ao meu corpo porque às vezes a gente às vezes, falha sem querer porque eu digo mesmo é mesmo os nervos, é o meu corpo tem mesmo esses nervos, porque eu às vezes, agora já não tanto agora falo mesmo poucachinho, estou ali estou a ver televisão entretenho-me a ver ... às vezes dizem assim “*Está mudo, está assim não fala a ninguém*”, mas as vezes não me apetece falar ... porque eu às vezes ouvia dizerem assim “*Este colega aqui não fala nada!*”, olha assim nem oiço, nem digo... oh eu estou bem é o meu corpo, só quero é que ele tenha juízo.

EIn – Quer dizer mais alguma coisa Sr. F.?

S11 – Não.

Entrevista Final (EFin)

Sujeito 11 (S11)

EFin – Como é para si o seu corpo?

S11 – O meu corpo é a segurança da alma.

EFin – Fale-me um pouco mais sobre isso?

S11 – Porque uma pessoa tendo um corpo tem a alma viva. Quando o corpo morrendo a alma separa-se do corpo, portanto é a segurança do meu espírito.

EFin – Nos últimos o Sr. F. tem sentido alterações no seu corpo?

S11 – Sim, sim.

EFin – Pode-me falar um pouco sobre elas?

S11 – Sinto, porque a reação do corpo dantes tinha outra expressão, a gente ponha os pés no chão e dali não saia e agora já se vão passando, mas tenho pouca vontade de ir para o outro mundo, deus que me deixe cá estar até que ele queira, porque eu graças a deus, tenho muita fé em deus e se vou, faço as minhas oraçõezinhas, não tinha nada que lhe dizer isto, mas faço as minhas oraçõezinhas de manhã e à noite, porque fui habituado a isso, a minha mãe já era muito religiosa, eu tinha um primo que era padre nos Olivais e na maneira que fui habituado à educação, habituaram-me assim, mas agora também estou numa casa religiosa que é a Santa Casa da Misericórdia, de maneira que vou ver e não me falta nada. Sou bem tratado, ou por outra somos bem tratados, somos bem tratados, não há cá nem A, nem B, nem C, não há ricos nem pobres somos todos bem tratados, aqui só nos falta burras para coçar (risos), por isso... Ontem queixei-me porque me estavam a dar aqui umas dores nas pernas... na véspera tinha caído ali na casa de banho e fiquei com a perna entalada aqui na cadeira, para me tirarem a perna depois só com uma perna não havia força. A senhora Catarina foi logo tirar a coisa dos dedos, dar-me a picada, porque tirar a tensão, isso então o que é que a gente quer mais. Oh! Aqui estou a passar as minhas férias (risos).

EFin – Sr. F. dessas alterações que o senhor sentiu, quais tiveram uma maior importância na sua vida?

S11 - A respeito do meu corpo?

EFin – Sim, das alterações corporais que sentiu nos últimos anos.

S11 – É sempre para pensar em pior, cada vez que tenho alguma coisa não penso o melhor e geralmente nunca me engano, eu sofri tanto desta perna que teve para ser cortada pelo joelho, mas graças a deus já jogo à bola e tudo (risos). Portanto, ah! Também à outra coisa, eu noto em mim aquilo que eu sou... a Catarina veio medir-me a

temperatura, eu tremia, querem ver que é agora? (risos). Quando me ponho a pensar nisso é que é pior, hoje já não penso isso, hoje já tou bom, pareço um rapaz novo!

EFin – Sr. F. quando olha para o seu corpo o que pensa e sente sobre ele?

S11 – Olhe menina Vanda, eu não sinto desfalque do corpo, não sinto e eu tou convencido que o nosso corpo tem de ser tratado como ele merece. Que o corpo merece ser tratado, por isso é que cheguei aos 80 anos, mas às vezes a gente não pode trata-lo como ele merece. Eu nasci no tempo da guerra, a minha mãe para dar de comer aos filhos viu-se à rasca, mas como eu fui sempre desenrascado... a minha mãe “*És afinador de campainhas?*”, chegava lá... e até chegar a casa tocava as campainhas todas, “*A minha senhora dá-me um bocadinho de pão?*”, chegavam à janela “*Olha é filho da Maria pequena, manda-o entrar!*”, oh vinha de lá com o papinho cheio (risos) pronto, toda a vida me desenrasquei para tratar bem o meu corpo, que é isso o significado da conversa né?

EFin – E atualmente, o que sente e pensa?

S11 – Nem quero olhar ao espelho.

EFin – Diga-me um pouco mais?

S11 – Porque não... começo a lembrar-me aquilo que já fui novo e agora já estou velho (risos).

EFin – É muita a diferença?

S11 – É... não ainda assim não é muita. Pensava que fosse com a boca à banda ou... tou contente, tou contente fujo é de olhar muito para o espelho, só para fazer a barba.

EFin – Sr. F. como é que ser homem com a sua idade?

S11 – Olhe é uma coisa que eu nunca esperei! A minha mãe dizia-me assim “*Oh filho tem cuidado que aos 2000 mil chegaras, mas dos 2000 não passarás*” (risos). Olhe chego a 1999, faltava um ano para o 2000... Afinal já lá vão dezasseis anos... que a minha mãe esteja lá em paz e descanso, mas se ela fosse viva dizia-lhe assim “*Então mãe como é que é?*”.

EFin – Sr. F. sente-se com energia no seu dia-a-dia?

S11 – Sinto... bem agora pode ver a menina que me queria trazer... mas a força que não me falte! Se eu pudesse lá ir abaixo, há lá uma máquina de beber café, pois eu ia todos os dias se não fosse aquela rampa eu ia beber o cafézinho em cima do almoço, assim a empregada, algumas, nessas coisas algumas, trazem-me o cafezinho, porque é o café é muita bom. Ainda vou arranando umas pessoas amigas, pessoas amigas veem ai, mas isto está a ficar mau para todos.

EFin – Então o que ajuda a sentir essa energia?

S11 – Olhe é a força de viver, é a força de viver! Que tenho muita pena... só peço a deus um dia se lembre de mim e não me deixe a sofrer. Deite-me à noite e no outro dia não acorde, isso é para quem fica um bocadinho triste, mas para quem vai é tão bom (risos). Oh uma pessoa está ali a sofrer, a fazer sofrer os outros, oh é tão bom... e então eu! Oh menina Vanda, quando eu tiver uma coisa que não me possa mexer, nem andar, nem fazer as minhas coisas... eu é que me deito na cama, eu é que tomo banho, só chamo a empregada para me lavar as costas e as pernas, o resto deite-me e a empregada vai-me lá lavar... aqui não falta limpezas... deus não se lembre de mim muito tempo, que me deixe cá estar que estou muito contente com ele.

EFin – Uma última pergunta Sr. F., se pudesse falar com o seu corpo o que lhe gostaria de dizer?

S11 – Dizia para ele ter às vezes mais juízo, agora já não, agora que vá mantendo o juízo que tem, mas em quanto foi novo se tem mantido um bocadinho mais de... fui palhaço de circo, fui tropa duas vezes e se tivesse mais juízo já era... então mas eu tou a chegar aos 90 (risos). Não, tou contente, tou contente com o meu corpo.

EFin – Tem mais alguma a dizer Sr. F.?

S11 – Parece-me que não.

EFin - Então muito obrigado pela sua ajuda.

Anexo III. Planificação dos Objetivos de Intervenção Psicomotora

Nº de Sessão	Objetivos Específico
1	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes
2	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Promover o gosto e a positividade da imagem do corpo
3	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Promover o gosto e a positividade da imagem do corpo
4	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Promover o gosto e a positividade da imagem do corpo
5	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Promover o gosto e a positividade da imagem do corpo - Identificar qualidades afetivas em si mesmo - Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas
6	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes; - Promover o gosto e a positividade da imagem do corpo - Identificar qualidades afetivas em si mesmo - Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas
7	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Identificar qualidades afetivas em si mesmo - Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas - Reconhecer capacidades e competências em si próprio
8	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Identificar qualidades afetivas em si mesmo - Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas - Reconhecer capacidades e competências em si próprio
9	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Identificar qualidades afetivas em si mesmo - Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas - Reconhecer capacidades e competências em si próprio
10	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Identificar qualidades afetivas em si mesmo - Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas - Reconhecer capacidades e competências em si próprio
11	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Identificar qualidades afetivas em si mesmo - Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas - Reconhecer capacidades e competências em si próprio
12	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Combater os desafios diários que comprometam a autonomia psicomotora para obtenção de qualidade de vida

13	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Combater os desafios diários que comprometam a autonomia psicomotora para obtenção de qualidade de vida
14	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Combater os desafios diários que comprometam a autonomia psicomotora para obtenção de qualidade de vida
15	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Valorizar as vivências momentâneas perante recordações do passado
16	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Valorizar as vivências momentâneas perante recordações do passado
17	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Valorizar as vivências momentâneas perante recordações do passado
18	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Reconhecer os benefícios da idade e permanecer positivo
19	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Reconhecer os benefícios da idade e permanecer positivo
20	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Reconhecer os benefícios da idade e permanecer positivo
21	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Diminuir comportamentos de solidão e de isolamento por parte do idoso - Promover a criação de novas relações interpessoais entre os elementos do grupo
22	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Diminuir comportamentos de solidão e de isolamento por parte do idoso - Promover a criação de novas relações interpessoais entre os elementos do grupo
23	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Diminuir comportamentos de solidão e de isolamento por parte do idoso - Promover a criação de novas relações interpessoais entre os elementos do grupo
24	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Diminuir comportamentos de solidão e de isolamento por parte do idoso - Promover a criação de novas relações interpessoais entre os elementos do grupo

Anexo IV. Estrutura da Sessão e Exemplos de Atividades

Plano de Sessão

Número de Sessão: 5

Duração: 90 minutos

Objetivos Específicos: Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes; Promover o gosto e a positividade da imagem do corpo; Identificar qualidades afetivas em si mesmo; Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas.

Atividade	Objetivos Específicos	Material	Tempo
<p style="text-align: center;">Diálogo Inicial</p> <p>Em círculo e para iniciar a sessão, a psicomotricista questiona os idosos como é que eles estão desde o nosso último encontro e se têm alguma questão que queiram esclarecer.</p>	_____	_____	5´
<p style="text-align: center;">Movimento Corporal</p> <p>Ao som de músicas tradicionais o grupo mobiliza ativamente as diferentes partes do corpo ao longo da dança coreografada pela psicomotricista.</p>	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes	- Rádio - Cd	15´
<p style="text-align: center;">O Meu Rosto, Os Meus Traços!</p> <p>No seguimento da atividade anterior, a psicomotricista pede aos participantes que acariciem o seu rosto através de diferentes toques e manipulações suaves, terminando com a elaboração de variadas expressões faciais que transmitam emoções (alegria, tristeza, surpresa, satisfação, confiança, carinho, ansiedade e amor). Com recurso às fotografias tiradas ao rosto dos participantes na sessão anterior, a psicomotricista distribui as fotografias. Com estas, questiona os idosos se estes se identificam nas fotografias e qual a primeira emoção ou sentimento que surge ao visualizarem o seu retrato, ao mesmo tempo que o exibem ao grupo. Numa segunda volta é pedido que elogiem o seu rosto, os seus traços.</p>	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes	- Fotografias do Rosto dos Idosos	40´
	- Promover o gosto e a positividade da imagem do corpo		
	- Identificar qualidades afetivas em si mesmo		
	- Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas		
<p style="text-align: center;">Relaxação</p> <p>Sentados de forma confortável, os idosos devem ter as costas</p>	- Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes	_____	20´

<p>contra o encosto da cadeira, os pés direitos sobre o solo, as mãos colocadas sobre as coxas e a cabeça no eixo da coluna vertebral. A investigadora convida os idosos a fecharem os olhos e a realizarem os seguintes procedimentos¹.</p>	partes		
<p style="text-align: center;">Diálogo Final</p> <p>Para terminar a sessão, a psicomotricista questiona os idosos sobre a forma como se sentiram ao longo da sessão e se gostavam de partilhar com o grupo.</p>	- Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas	_____	10´

¹ “Nesta posição, quem se sentir confortável feche os olhos. Hoje vamos focar a nossa atenção na respiração abdominal, por isso coloquem as vossas mãos sobre a barriga... lentamente comecem por inspirar pelo nariz enchendo a barriga tanto quanto puderem e tão abaixo quanto possível da cintura... sintam as vossas mãos a subir à medida que o ar entra e aguentem alguns segundos... e agora soprem o ar pela boca diminuindo o tamanho da vossa barriga... novamente, inspirem fundo enchendo a barriga ao máximo... guardem o ar alguns segundos na barriga... e soprem lentamente o ar pela boca encolhendo a barriga... uma última vez, inspirem bem fundo de forma a encher a vossa barriga com o máximo de ar... aguentem alguns segundos... e podem deitar o ar fora pela boca num longo suspiro encolhendo a barriga... quando se sentirem preparados podem abrir os vossos olhos.”

Exemplos de Atividades

Atividade	Objetivos Específicos	Material
<p>Atividade A - “As Minhas Mãos”</p> <p>O início desta atividade será centrada nas mãos dos participantes pela mobilização corporal. Para ativar a sensibilidade desta zona do corpo a psicomotricista convida os idosos a realizarem os seguintes movimentos, abrir e fechar as mãos, flexão e extensão das mãos, rotação dos pulsos, abdução e adução dos dedos e pressão com a planta das mãos sobre as coxas. Várias caixas com texturas diferentes são distribuídas pelos participantes. Estes devem colocar as mãos nas mesmas e experienciar as diferentes texturas de preferência com os olhos fechados. Posteriormente, o grupo é convidado a desenhar o contorno da sua mão numa folha de papel. A psicomotricista pede aos idosos que escolham a mão que possua um maior significado para eles. No final, os idosos são solicitados a partilhar os momentos que vivenciaram com essa mão. Se estes momentos estiverem associados a ações o idoso é convidado a executar corporalmente essa mesma ação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Promover o gosto e a positividade da imagem do corpo 	<ul style="list-style-type: none"> - Folha A4 - Lápis pastel - Mesa - Caixas com texturas (pompons, botões, fitas de tecido, grão, madeira, lixa)
<p>Atividade B - “A minha Lista... no meu Corpo!”</p> <p>Esta atividade inicia com a evocação da atividade “A minha lista”, realizada na sessão anterior, em que vai ser lembrado o que cada idoso escreveu em cada coluna. Nisto, a psicomotricista pede aos participantes que, separadamente, localizem corporalmente as suas dificuldades, forças, conquistas e o que admiram mais em si próprios ao nomearem ou colocarem as suas mãos sobre essa zona do corpo refletindo interiormente sobre cada escolha. Seguidamente, a psicomotricista pede aos participantes para “construírem” com todo o seu corpo uma estátua que represente, num momento, as suas dificuldades e num outro as suas forças procedendo também a um momento de introspeção. Com tudo isto, é solicitado que cada idoso faça um desenho livre representativo das suas dificuldades, forças, conquistas e o que admira mais em si próprio. Para finalizar, a psicomotricista questiona os idosos sobre o que sentiram ao longo de toda a atividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento do próprio corpo e a relação entre as suas diferentes partes - Identificar qualidades afetivas em si mesmo - Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas - Reconhecer capacidades e competências em si próprio 	<ul style="list-style-type: none"> - Lápis Pastel - Folha A3
<p>Atividade C - “Será Boa Ideia... Ou Não?”</p> <p>Para esta atividade, o grupo é lembrado sobre os principais desafios diários que referiram na última sessão. Pegando, separadamente, em cada um deles a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Combater os desafios diários que comprometam a autonomia psicomotora para 	<ul style="list-style-type: none"> - Quadros com os diferentes problemas - Afirmações

psicomotricista, em conjunto com o grupo, lê várias afirmações. Nisto, os participantes devem reconhecer as afirmações como possíveis estratégias a utilizarem, ou não, na superação das dificuldades, a partir dos símbolos de gosto e não gosto distribuídos no início da atividade. Perante esta decisão e reflexão em grupo, os idosos vão colocar a respetiva afirmação na coluna correta da cartolina, respetivamente, “*Estratégias que devo adotar no meu dia-a-dia*” ou “*Estratégias que não devo adotar no meu dia-a-dia*”. No final da tarefa as cartolinas com os diferentes problemas serão expostas na sala de trabalho para posterior consulta pelo grupo.

obtenção de qualidade de vida

- Símbolos de “*Gosto*” e “*Não Gosto*”

Atividade D - “A Amizade é...”

Um novelo de lã será lançado entre todos os elementos do círculo. Antes de lançar o novelo, o idoso deve responder às várias questões que a psicomotricista coloca relativamente ao tema da amizade ficando com uma parte do cordel segura na sua mão e assim sucessivamente até que todos os participantes respondam. No final da atividade, existirá no interior da roda uma verdadeira teia de fios de lã que une o grupo uns aos outros. Para desfazer a teia o último participante a responder deverá lembrar quem lhe atirou o novelo e devolvê-lo, continuando este procedimento até o mediador chegar junto da psicomotricista. As perguntas realizadas ao longo da tarefa são: “O que é um amigo?”, “O que é necessário para uma amizade?” e “Porque é importante termos amigos e como nos sentimos?”.

- Diminuir comportamentos de solidão e de isolamento por parte do idoso

- Promover a criação de novas relações interpessoais entre os elementos do grupo

- Novelos de Lã

Atividade E - Jogo do Autoconhecimento

O Jogo do Autoconhecimento é um jogo de tabuleiro no qual podem participar até 8 jogadores representados por copos de cores diferentes. O tabuleiro, em formato retangular, possui 32 casas, em que duas delas assinalam o início e o fim do jogo e as restantes estão numeradas de 1 a 30. Cada uma das casas numeradas representa uma das quatro categorias: *Manifestações de Afetos*, *Partilha de Bons Momentos*, “*Quem sou eu?*” e “*Eu sou assim porque...*”. Na sua vez, os participantes devem lançar o dado para saber o número de casas que avançam. Quando os participantes posicionarem o seu pião devem retirar e ler o cartão correspondente à sua casa com o auxílio da psicomotricista e executar o respetivo pedido.

- Identificar qualidades afetivas em si mesmo

- Permitir a consciencialização e a expressão das emoções sentidas

- Reconhecer capacidades e competências em si próprio

- Jogo do Autoconhecimento
- 8 Piões Coloridos
- 1 Dado
- 30 Cartões

Anexo V. Grelha de Análise Temática e Categorical

1. Avaliação Inicial

1.1. Tema I – Imagem Corporal

O tema I foi explorado a partir de três questões que pretenderam averiguar quais as percepções que os participantes têm da imagem do seu corpo e das alterações que este poderá ter sofrido neste período da velhice e a importância destas, nomeadamente “*Como é para si o seu corpo?*”, “*Nos últimos anos o seu corpo sofreu alterações?*” e “*Dessas alterações, quais foram as que tiveram maior importância na sua vida?*”.

De seguida é elaborada uma análise de cada categoria, em que algumas delas possuem subcategorias, obtidas a partir das respostas dos participantes:

1. Doença

Nesta categoria foram cotadas as verbalizações que associam a imagem corporal com doença.

“*Tenho tido é doença (...) AVC, foi a coisa pior que... tive na minha vida... apanhou-me (...) toda do lado esquerdo*” (Suj. 1);

“*(...) a cabeça, uns dias doí-me mais, outros doí-me menos*” (Suj. 2);

“*O meu corpo para mim é só doença (...) estou cheia de doenças, (...) DPOC, (...) Parkinson, (...) tiroidismo, (...) doença das pernas inquietas (...) todas tiveram importância na minha vida!*” (Suj.6);

“*(...) tive (...) dois enfartes (...) mas também já tive hepatite (...) tive quase a baquear*”(Suj. 10);

“*(...) o princípio de AVC duas vezes (...) o braço esquerdo ficou um bocadinho apanhado e a perna esquerda também*” (Suj. 11);

“*(...) sofreu (...) doença (...) não posso fazer nada*” (Suj. 12);

“*(...) tinha 57 anos apareceu-me uma bronquite asmática e nunca mais me deixou (...) tive um tempo que não me podia governar não podia andar daqui para ali já não era capaz*” (Suj. 17);

“*(...) tenho um problema na coluna (...) tenho artroses nos joelhos (...) os braços são uma desgraça (...) as mãos é como vê (...) tenho muitas mazelas (...) já fui operado à bexiga (...) a uma hérnia (...) às nádegas*” (Suj. 18);

“*(...) o meu corpo não sofreu, a minha cabeça é que sofreu (...) tive um AVC (...) e já não sou o que era (...) já me baralho, já me esqueço*” (Suj. 20).

2. *Apreciação corporal*

Nesta categoria cotaram-se as verbalizações que associam a imagem corporal à apreciação corporal.

“(...) está bem assim.” (Suj. 1);

“(...) o meu corpo neste momento está a funcionar bem (...) ainda sou capaz de andar (...) sem me cansar” (Suj. 3);

“O meu corpo é a minha alegria e o meu viver. (...) é tudo o que faz parte da minha vida (...) estou muito bem assim” (Suj. 11);

“(...) mais ou menos é bom (...) não tenho tido muitos problemas, ainda só (...) parti esta perna, (...) de resto as coisas vão indo.” (Suj. 13);

“É bom (...) não sou muito gorda, nem sou muito magra, sou normal.” (Suj. 14);

“Bem (...) tenho coragem (...) para o que é preciso” (Suj. 16);

“O meu corpo para mim é essencial (...) para eu andar, resolver a vida (...) são 88 anos de vida ainda me sinto capaz de andar, ainda dou a volta à cidade e por aí fora” (Suj. 17);

“(...) o meu corpo (...) tenho uma certa energia comigo (...) não tenho mais por causa dos problemas que tenho (...) no meu corpo sinto-me bem arranjada, (...) bem-estar!” (Suj. 25).

3. *Comunicação não-verbal: risos*

Nesta categoria foram cotadas as informações que associam a imagem corporal a comportamentos de riso.

“O meu corpo (...) é só doença (risos) (...) tenho tanta coisa que não me lembro (risos)” (Suj. 6);

“Eu hoje já tou velha (risos)” (Suj. 15);

“(...) nunca gostei de ser pequena (risos)” (Suj. 20).

4. *Dores*

Nesta categoria foram cotadas as verbalizações que relacionam a imagem corporal a um corpo com dores.

“(...) uns dias com mais dores, outros menos dores” (Suj. 2);

“Uns dias ando melhor, outros ando pior, uns dias com mais dores, outros com menos dores.” (Suj. 3);

“Tenho dores (...) tenho o joelho aleijado (...) eu andava bem mesmo com esta idade, (...) mas agora (...) ando às cambaretas.” (Suj. 5);

“Olhe é cheio de dores!” (Suj. 8);

“(...) a idade é muita, (...) e agora vai havendo volta e meia umas gaitazitas, umas dorezinhas”(Suj. 10);

“Há pessoas que não têm dores e eu tenho muitas (...) pelo corpo todo.” (Suj. 22);

“(...) dores (...) na coluna (...) depois apanha-me as pernas e (...) a cabeça” (Suj. 7);

“Tenho umas dores neste joelho (...) há muito tempo que me queixo...” (Suj. 13);

“Muitas dores, muitas operações que eu fiz a esta perna (...) num ano fiz 5 (...) as dores é que eram insuportáveis” (Suj. 25).

5. Espiritualidade/Religião

Nesta categoria foram cotadas as informações que remetem a imagem corporal como algo espiritual/religioso.

“(...) graças a Deus não tenho doença nenhuma” (Suj. 3);

“(...) graças a Deus não tenho tido mais problemas nenhuns” (Suj. 10);

“Graças a Deus ainda não me tiraram nada, ainda não fiz operação nenhuma (...) e saúde tenho tido” (Suj. 15);

“Graças a Deus não tenho sido doente” (Suj. 16).

6. Referência ao passado

Nesta categoria foram cotadas as verbalizações que mencionam referências do seu passado para descrever a imagem corporal. Esta categoria é composta por duas subcategorias.

i. Comparação com o corpo jovem/adulto

Nesta subcategoria foram cotadas as informações que comparam a imagem corporal atual com o seu corpo adulto/jovem.

“Eu não tinha quando era mais nova, eu não era assim” (Suj. 5);

“(...) em nova era muito, muito (...) mais magrinha que você (...) quando tive a minha primeira filha (...) fiquei logo um bocadinho mais forte... não tinha peito nenhum... agora é umas peles” (Suj. 6);

“Vejo-me toda enrolada (...) não queria estar assim, queria estar outra vez como era...” (Suj. 7);

“(...) quando me apareceu o período, fiquei muito contente (...) melhorei em tudo, em forças, em tudo e (...) agora quando foi ao contrário piorei (...) e de que maneira (...)”(Suj. 9);

“Até aqui tinha o corpo (...) não tinha problemas, nunca teve problemas. Eu corri o estrangeiro (...) e tive sempre bom, e agora já não (...) acabou tudo, tudo. Agora considero-me um homem inválido que não tem habilidade para nada.” (Suj. 12);

“(...) era mais magra, agora estou mais gorda.” (Suj. 14);

“(...) parece que era gírita. (...) tinha um palminho de cara engraçado, era alegre fui muito alegre, (...) hoje (...) as belezas já se foram” (Suj.15);

“(...) antes achava-me que era assim melhor, ... agora... estou ... mais paralisada e ... às vezes... não me sinto bem.” (Suj. 19);

“(...) o meu corpo é muito feio (...) nunca gostei de ser pequena(...)” (Suj. 20);

“Diferente do que era antigamente (...) agora falta-lhe tudo, tudo, tudo... enfraquece tudo, tudo, tudo.” (Suj. 23);

“(...) já fui mais magra, estou mais forte.” (Suj. 24).

ii. Impacto da deficiência

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que associam a imagem corporal ao impacto da deficiência.

“(...) gostava muito do meu corpo, mas (...) se não tivesse (...) esta paralisia que me deu (...) tinha 18 meses (...) dá-me muito desgosto ser assim, dá-me tristeza (...) ser assim como sou. (...) tenho dias que não gosto do meu corpo.” (Suj. 9);

“(...) traumatizado (...) porque era deficiente, era diferente dos outros e (...) proibia-me de certas coisas (...) tinha desgosto de ser assim e não me sentia à vontade (...) depois fui para Lisboa e comecei a trabalhar e vi que, felizmente, a deficiência não me fazia diferença nenhuma” (Suj. 18).

7. Alterações corporais

Nesta categoria foram cotadas as informações que relacionam a imagem corporal com as mudanças sentidas ao longo da idade. Esta categoria é composta por cinco subcategorias.

i. Motricidade

Nesta subcategoria foram cotadas as informações associadas às alterações de motricidade na imagem corporal.

“(...) o andamento, (...) custa-me a andar” (Suj. 2);

“(...) com a idade fui piorando (...) já não posso andar (...) tenho um problema na coluna que não posso fazer nada com as mãos (...) estou muito limitado” (Suj.18);

“(...) deitada não me posso mexer como eu quero! (...) caí várias vezes na rua (...) em casa (...) parti este joelho (...) parti um braço!” (Suj. 24);

“(...) não era capaz de me suster em pé e andava nas canadianas, agora tenho de andar na cadeira” (Suj. 8);

“(...) não posso fazer força nenhuma.” (Suj. 7);

“Fiquei mais velha (...) não posso andar, não sou capaz de me deitar, não sou capaz de nada.” (Suj. 22);

“(...) achei (...) diminuições. Faltar forças, faltar forças todas.” (Suj. 23).

ii. Linguagem

Nesta subcategoria foi cotada as verbalizações que agrupam a imagem corporal e as alterações na linguagem.

“(...) a minha fala parece que está presa aqui na goela (...)” (Suj. 5).

iii. Sensoriais

Nesta subcategoria foi cotada as verbalizações que referem a imagem corporal como mudanças ao nível da sensorialidade.

“(...) de um dia para o outro comecei a estranhar que não via bem (...) comecei a ver tudo só uma sombra” (Suj. 15).

iv. Consequências

Nesta subcategoria foi cotada as verbalizações que associam a imagem corporal às consequências que as mudanças corporais têm na sua vida.

“(...) tive outras (...) doenças (...) curavam-se e esta não (...) andei (...) a fazer tratamento (...) mas não resultou” (Suj. 1);

“As mais custosas? (...) estas que estou a ter (...) é que nem morro nem vivo (...) isto só dá para sofrer” (Suj. 7);

“Para me voltar na cama, pra tudo me vejo à rasca (...) tenho de me conformar que vai ser o resto da vida assim (...) é triste” (Suj. 8);

“(...) quando comecei andar bem (...) sentia-me bem (...) ia a tudo (...) arranjava-me tinha vontade de me arranjar (...) foi a minha maior alegria (...) mas depois voltei ao mesmo fiquei muito triste” (Suj. 9);

“(...) o trabalho foi-me degastando, foi-me marcando, foi-me atraindo (...) cheguei a pontos que não podia fazer nada e tive que parar” (Suj. 18);

“(...) foi fraqueza, foi mais desgosto (...) foi faltar aquilo que eu gostava” (Suj. 23).

v. Físicas

Nesta subcategoria foram analisadas as verbalizações que referem a imagem corporal como transformações físicas.

“Engordar muito (...) quanto mais doente estava mais engordava (...) peito (...) agora é umas peles que aqui andam a fazer-me mal às costas” (Suj. 6);

“(...) estou mais magrinha (...) tenho mais barriga (...) quase não tenho maminhas. Tinha um peito bonito agora coitadinho é só umas pelinhas” (Suj. 15);

“Gorda! (...) gostava de ser mais magra” (Suj. 24).

8. Ausência de alterações corporais

Nesta categoria cotaram-se as verbalizações que relacionam a imagem corporal com a ausência de alterações corporais.

“Não me lembro” (Suj. 3);

“Não, não, não” (Suj. 16);

“Acho que não, nunca dei por isso” (Suj. 21).

9. Resiliência

Nesta categoria classificou-se todas as verbalizações que relacionam a resiliência com a imagem corporal.

“Se for a pensar que estou doente (...) não tinha coragem para nada. Mas tenho!” (Suj. 11);

“(...) tenho várias coisas que não estão bem, mas procuro (...) ter sempre (...) uma maneira de viver (...) que parece que ando sempre alegre e que (...) não incómodo ninguém (...) faço tudo, desde que possa (...)” (Suj. 18).

10. Dor psicológica

Nesta categoria foram cotadas todas as verbalizações que relacionam a imagem corporal com a dor psicológica.

“(...) perdi a minha casa e perdi o meu marido (...) acabou a minha alegria, acabou-se” (Suj. 5);

“(...) eu não posso, não posso (...) estou tão desinsofrida (...) que não posso, não posso” (Suj. 6);

“(...) fiquei viúvo, morreu-me uma filha (...) tive um desgosto muito grande da filha e da mulher.” (Suj. 13);

“(...) esta da minha mulher (...) foi pior (...) primeiro pior foi a minha (...) mas já tava controlada (...) ela já não se cura” (Suj. 17);

“Sofri dois grandes desgostos (...) faleceu-me o meu filho (...) acabou-se a minha vida, acabou-se a minha vida filha (...) tive muita pena do meu marido (...) era a minha companhia,

era a minha casa, era a minha vida (...) custa-me muito, muito, muito (...) não desejo a ninguém” (Suj. 19);

“(...) mais difícil, mais difícil (...) foi a morte da minha filha (...) a seguir o meu marido” (Suj. 25).

1.2. Tema II – Impacto no Dia-a-Dia

O tema II foi abordado através de uma única questão, respetivamente, *“Sente-se com energia no seu dia-a-dia? (O que é que o/a ajuda mais a sentir isso?)”*. Este tema pretende determinar se os participantes sentem energia no seu quotidiano e como é que essa energia é refletida na sua vida diária.

De seguida é elaborada uma análise das categorias, em que algumas delas possuem subcategorias, obtidas a partir das respostas dos participantes:

1. Inação

Nesta categoria foram cotadas todas as verbalizações que relacionam a inação como impacto no dia-a-dia. Esta categoria é composta por duas subcategorias.

i. Consequências da inatividade

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que relacionam as consequências da inatividade com o impacto no dia-a-dia.

“(...) era uma pessoa que não morria nada nas mãos (...) hoje não tenho energia nenhuma para fazer nada.” (Suj. 1);

“(...) já não tenho (...) tenho muitas dores nas costas (...) vai tudo a derrubar (...) tudo o que é ruim (...) veio ter comigo” (Suj. 5);

“Nenhuma, nem pouca, nem muita, nem nenhuma, olhe os meus braços caem praqui” (Suj. 6);

“(...) não tenho energia nenhuma (...) agora é da cadeirinha (...) para o cadeirão, lá estou sentada todo o dia (...) isso é alguma vida? É uma vida triste.” (Suj. 8);

“(...) gostava de ter energia para fazer isto e fazer aquilo (...) mas não sinto” (Suj. 9);

“(...) não posso ir para mais lado nenhum” (Suj. 12);

“Não, não sinto energia e (...) hoje noto (...) que estou gasto” (Suj. 18);

“Já não tenho. Já não sinto energia (...) acabou-se a força toda” (Suj. 23).

ii. Causas da inatividade

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que relacionam as causas da inatividade com o impacto no dia-a-dia.

“(...) passo os dias mesmo muito parado e eu devia andar mais, mas eu não consigo andar” (Suj. 18);

“Estou sempre ali sentada (...) um dia inteiro, custa-me estar ali sentada (...) não gosto de andar (...) torna-se assim esta vida seca” (Suj. 19);

“(...) tive uma vida muito cansativa, mas tive sempre energia (...) agora já não, agora já não” (Suj. 20);

“(...) sinto falta de força (...) a cabeça não anda bem (...) é tudo, não anda nada bem” (Suj. 22).

2. Presença de energia

Nesta categoria foram cotadas todas as informações que associam a presença de energia e o seu impacto no dia-a-dia. Esta categoria é composta por duas subcategorias.

i. Comportamentos e pensamentos de energia

Nesta subcategoria foram cotadas todas as informações que associam o impacto no dia-a-dia com comportamentos e pensamentos de energia.

“(...) gosto de fazer assim um bocadinho de esforço para desenvolver para não estar muito preso, muito parado. Gosto de andar (...) saímos agora a três (...) vamos assim em volta” (Suj. 3);

“(...) aquela coisa de (...) sempre sentadas ou sempre deitadas é a pior coisa (...) para pessoas que estão como eu (...) parece que estou muito mal, mas (...) levanto-me (...) depois a coisa está melhor” (Suj. 7);

“(...) há dias mais que outros (...) ando mais desafogado faço qualquer coisa, mais liberal, custa-me menos (...) sinto (...) mais energia e (...) mais força (...) menos energia (...) não tem vontade de nada ando mole (...) subo as escadas fico logo todo cansado de boca aberta” (Suj. 10);

“Pouca (...) porque estou nas condições de velhice de ter problemas, ter dores nas pernas (...) mas vou daqui para cima a andar (...) venho para baixo (...) faço a minha vida, e lá mais eles jogo às cartas” (Suj. 13);

“Só para fazer malha ou renda sentada, porque de resto é uma dor aqui, uma dor nas costas (...) não tenho vontade de nada” (Suj. 15);

“Dentro dos meus limites sinto (...) se deixar de comer (...) mais depressa falho” (Suj. 16);

“Mais ou menos (...) deito-me sozinho e levanto-me sozinho. Ainda faço a barba, não preciso lá de ninguém lá de roda de mim (...) é uma riqueza que a gente tem” (Suj. 21);

“Eu sinto (...) levanto-me (...) há pessoas que estão à espera (...) eu tomo o meu duchezinho todos os dias, eu sou capaz de o fazer todos os dias (...) se me poder vestir sozinha visto-me” (Suj. 25).

ii. Fonte de energia

Nesta subcategoria foram analisadas as verbalizações que relacionam a fonte de energia com o impacto no dia-a-dia.

“(...) se tiver aqui estou (...) sentado a dormir (...) perdia mais energia (...) mais desenvolvimento (...) se eu vou (...) para o centro de dia é tudo malta que tem mais vida (...) mais saúde (...) ando para trás para diante, jogo às cartas ou converso (...) com pessoas que foram criados comigo, um diz uma anedota, outro diz coisas passadas e depois estamos na risota (...) isso é que me faz ter energia” (Suj. 2);

“(...) de manhã quando me levanto da cama penso que não sou capaz de nada, mas (...) com as minhas forças (...) consegui lavar-me e ajeitar-me” (Suj. 7);

“(...) é a força de (...) viver (...) tenho muita força de vontade em viver (...) é o que me faz esta energia (...) querer fazer as coisas todas, quero fazer tudo” (Suj. 11);

“Ter vida, ser assim (...) ter garra” (Suj. 14);

“(...) sinto-me satisfeito, porque vejo pessoas com menos idade (...) coitados estão ali (...) posso estar muito contente com a sorte que tenho tido” (Suj. 17);

“Sim, sinto (...) é a vontade da minha casa filha, é a vontade de ir para a minha casa e fazer a minha vida (...) lembro-me da minha labuta lá de casa, das minhas coisinhas, da minha vida, fazer o meu comerzinho (...)” (Suj. 19);

“(...) como bem (...) dormir bem (...) é ter (...) um bocado de vida, sou (...) muito alegre, muito amiga de brincar, amiga de cantar (...) às vezes nem penso que estou doente” (Suj. 24).

3. Espiritualidade/Religião

Nesta categoria foi cotada a verbalização que associa a espiritualidade/religião e o impacto no dia-a-dia.

“(...) graças a Deus já faço tudo de pé” (Suj. 11).

1.3. Tema III – Experiência Interna do Corpo

O tema III foi analisado através de três questões que pretenderam examinar a experiência, os sentimentos e os pensamentos dos participantes relativamente ao seu corpo atual e à sua idade, nomeadamente *“Quando olha para o seu corpo que*

pensamentos e sentimentos lhe surgem?”, *“Como é ser homem/mulher com a sua idade?”* e *“Se pudesse falar com o seu corpo o que é que gostaria de lhe dizer?”*

De seguida é elaborada uma análise de cada categoria, em que algumas delas possuem subcategorias, obtidas a partir das respostas dos participantes:

1. Perceção interna negativa

Nesta categoria foram cotadas a informações que remetem a experiência interna do corpo como uma perceção interna negativa. Esta categoria é composta por três subcategorias.

i. Insatisfação

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que mencionam a experiência interna do corpo com a insatisfação.

“(…) não é preciso estarem (…) a dizer que eu estou um bocado forte, a ver se emagrecia” (Suj. 3);

“Penso muito mal, gostava de ser muito mais magrinha (…) pareço uma saca de batatas mal atada, não gosto nada de me ver, não gosto nada de ver o meu corpo” (Suj. 6);

“(…) uma velha (…) penso (…) que já não sou nada” (Suj. 7);

“(…) não saber fazer nada já (…) fazia malhas (…) agora é desmanchar (…) não posso pensar que vou passar o resto da vida a olhar para as paredes, porque fui sempre rapariga de trabalho (…) agora já não sou capaz” (Suj. 15);

“(…) eu vou fazendo tudo (…) há coisas (…) que já não posso (…) se eu olhar para mim frente ao espelho ou quando acabo de tomar banho (…) fico um bocadinho (…) desgostoso que não sou aquela pessoa perfeita que gostava de ser” (Suj. 18);

“(…) antes nem rugas tinha e agora de um tempo para cá é uma coisa sem explicação (…) só tive pena de não ter mais um bocadinho de altura” (Suj. 20).

ii. Dependência

Nesta subcategoria cotaram-se as verbalizações referentes à experiência interna do corpo como dependência.

“(…) sinto-me chateada, aborrecida. Não poder andar e ter que andar a dar trabalho” (Suj. 1);

“(…) uma pessoa que pena assim há tanto tempo (…) não pode e têm-lhe de lhe fazer tudo (…) não é maneira de viver” (Suj. 7);

“(…) com a minha idade (…) sou um homem sozinho (…) não tenho atividades nenhuma que dê para fazer isto ou fazer aquilo, não posso fazer nada (…) fazem-me a barba, fazem tudo, sou um gaiato pequeno” (Suj. 12);

“(...) estou pior (...) sinto-me mais cansada, mais velha (...) custo a andar, custo tudo”
(Suj. 22);

“É pena não poder andar como gostava” (Suj. 25).

iii. *Tristeza*

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que mencionam a experiência interna do corpo como tristeza.

“(...) não é muito bom. Tenho tristeza de ser velha e mais ainda de ser doente, porque se fosse velha e não fosse doente acho que não tinha tanta tristeza (...) não posso fazer nada”
(Suj. 6);

“Ora tristeza (...) andava tão bem e agora não posso andar (...) corria tudo (...) ia podar, ia apanha uva e essas coisas todas, ceifava (...) agora não sou capaz de nada (...) estou aqui” (Suj. 8);

“Penso é não olhar para ele (...) não ter forças nas pernas (...) tenho dores e nos braços a mesma coisa (...) sinto (...) tristezas que me faz às vezes andar com uma cara feia, mais feia” (Suj. 9);

“Sinto é tristeza (...) porque já não sou capaz de fazer aquilo que fazia” (Suj. 23).

2. *Perceção interna positiva*

Nesta categoria foram cotadas as informações que remetem a experiência interna do corpo como uma perceção interna positiva. Esta categoria é composta por uma única subcategoria.

i. *Satisfação*

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que mencionam a experiência interna do corpo como satisfação.

“(...) os anos (...) passam e (...) no meu corpo uns dias melhores, outros dias piores, mas eu aceito isso com a idade” (Suj. 2);

“Acho que com 73 anos e como estou (...) em tudo, doenças e aquela coisa que eu sou capaz (...) estou bem de saúde (...) estou bem” (Suj. 3);

“(...) não sou desmorcido. Penso a ver se luto para me por melhor (...) nunca desmorci quando me diziam que morria e nunca tive medo de morrer” (Suj. 10);

“(...) estou aqui que é uma maravilha (...) estou bem (...) não penso que tenho 79 anos (...) estou muito bem (...) olho para o meu corpo e penso que tenho para aí 40 anos” (Suj. 11);

“(...) tenho umas dores neste joelho (...) de uns tempos para cá (...) mas vou indo à maneira, não me sinto assim doente” (Suj. 13);

“Sinto-me bem (...) é bom ser mulher com esta idade” (Suj. 14);

“(...) tenho a idade que tenho, estou contente por ter o corpo assim mais ou menos como tenho” (Suj. 17);

“(...) mais ou menos ando bom” (Suj. 21);

“(...) não complica nada ter a minha idade (...) aceito perfeitamente. O que custa a aceitar um bocadinho é o sofrimento que a gente tem. Os problemas que nos vêm (...) tenho-os aceitado e tenho lutado por eles” (Suj. 25).

3. Espiritualidade/Religião

Nesta categoria foram cotadas todas as verbalizações que remetem a experiência interna do corpo para a espiritualidade/religião.

“(...) Deus queira que faça 89, mas peço que não chegue a misérias que eu vejo (...) penadouros como aí está, mais vale a gente desaparecer, porque isso não é viver, isso é sofrer. Sofreu em novo e agora sofre em velho (...) não é a nossa maneira, é como Deus quer!” (Suj. 2);

“Peço tanta vez a Deus que me ponha boa, mas não pode ser” (Suj. 8);

“(...) Deus tem o nosso destino para ser manajeiro (...) ainda estou a fazer a minha vida graças a Deus com esta idade (...) faço a minha vida, trato de tudo graças a Deus, ainda estou a trabalhar para tratar de mim (...) Deus me ajude é o que posso fazer” (Suj. 10).

4. Desejos

Nesta categoria foi cotada a informação que remete a experiência interna do corpo como desejos. Esta categoria é composta por três subcategorias.

i. Saúde

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que mencionam a experiência interna do corpo como saúde.

“(...) tivesse mais saúde (...) era ter mais poder, ter mais reação, e ter mais ginástica” (Suj. 2);

“(...) gostava que ele se mantêm-se mais dois ou três anos com saúde e (...) sentir-me fisicamente bem para poder desenvolver-me bem (...) sem precisar de ajuda” (Suj. 3);

“(...) gostava de ter saúde e não ter estas dores” (Suj. 5);

“(...) que tivesse saúde e que não fosse assim como é, tão desajeitado” (Suj. 6);

“(...) gostava de ter saúde, de ter saúde (...) é a melhor coisa que podia pedir para o meu corpo era saúde” (Suj. 12);

“(...) se pudesse o que eu pedia era ter saúde e ter prosperidade para andar com o meu corpo como eu gosto, como eu quero, como eu queria” (Suj. 18).

ii. *Habilidade e funcionalidade*

Nesta subcategoria cotaram-se as verbalizações que referem a experiência interna do corpo com a habilidade e funcionalidade.

“(…) gostava de ser alguém na vida, para puder fazer todas as minhas coisas, para ajudar meu marido, para tudo, não posso fazer nada, gostava de estar na minha casa” (Suj. 1);

“Dizia que queria ser como as outras senhoras e andar bem” (Suj. 9);

“(…) ao meu corpo (…) juízo para te portares bem, para viveres o tempo que tu esperas viver (…) só quero que ele tenha juízo” (Suj. 11);

“(…) gostava de andar bem e ter genica, gostava de ser como era novo, como andava bom. Gostava era de me sentir bem, de me sentir como quando tinha 20 anos ou 25 ou 30” (Suj. 13);

“(…) gostava de um corpo escoreito como uma pessoa normal e que fosse antes de mais, andar melhor com a idade” (Suj. 18);

“(…) era estar bom (…) se tivesse uma (perna) como tenho agora eu tava novo” (Suj. 21);

“Querida que ele fosse como ele era antes (…) mais rijo, tinha mais força, tinha tudo, mais energia. O que sinto agora é pouca energia” (Suj. 23).

iii. *Corpo e vida nova*

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que mencionam a experiência interna do corpo com a necessidade de um corpo e uma vida nova.

“Que me arranja-se outra vida (…) que não tivesse arranjado tantos desgostos como eu tenho e como eu tive” (Suj. 19);

“(…) me tivesse dado mais um bocadinho de altura e que não me tivesse dado os cabelos brancos, porque (…) os meus cabelos era pretinhos (…) o resto (…) o meu corpo está mais ou menos tudo” (Suj. 20);

“(…) emagrecer um pouco! Comer só sopa e fruta à noite” (Suj. 24).

“Olha que não me desse tantas dores” (Suj. 25).

5. *Sentimentos e Pensamentos*

Nesta categoria foram cotadas as informações que associam a experiência interna do corpo a sentimentos e pensamentos. Esta categoria possui três subcategorias.

i. *Morte*

Nesta subcategoria foram cotadas as informações que associam a experiência interna do corpo com a morte.

“Já não estou cá a fazer nada (...) gostava era de me deixar dormir e já não acordar (...) não sentir a minha morte” (Suj. 5);

“(...) que me leva-se o mais depressa melhor!” (Suj. 8);

“Agora penso em estar aqui e depois quando for dentro do caixão mais nada. Não posso sair daqui para fora, não posso andar” (Suj. 12);

“Penso é muita vez acabar com a vida” (Suj. 15).

ii. Condição atual

Nesta subcategoria foram cotadas as informações que associam a experiência interna do corpo com a realidade corporal atual.

“(...) já tenho uma idade que eu nunca pensei, tanto que penei a trabalhar trabalhos do campo (...) tantos madeiros que eu carreguei, coisas de lenha e nunca pensei chegar a esta idade (...) ainda não estou a sentir que é amanhã que me vou embora (...) ainda estou a sentir que resido mais uns anos” (Suj. 2);

“(...) sinto que estou mais magro (...) tento evitar (...) comer demasiado” (Suj. 3);

“(...) com 91 anos considero-me velho” (Suj. 13);

“(...) estou envelhado (...) fui (...) andar (...) sozinho (...) não gosto de ir sozinho que posso cair” (Suj. 16);

“(...) estou velho (...) é assim a vida (...) é o destino” (Suj. 18).

iii. Gratidão

Nesta subcategoria cotaram-se as verbalizações referentes à experiência interna do corpo como sentimentos e pensamentos de gratidão.

“(...) agradecia-lhe bastante (...) obrigadinho da sorte que eu tive e ter coragem” (Suj. 16);

“(...) estamos bem (...) ainda posso agradecer ao meu corpo, ao coração que ainda está a funcionar bem” (Suj. 17).

6. Comparação

Nesta categoria foram cotadas as informações que comparam a experiência interna do corpo com outros aspetos. Esta categoria possui duas subcategorias.

i. Fases da vida

Nesta categoria foram cotadas as informações que comparam a experiência interna do corpo com diferentes fases da vida.

“(...) com esta idade já não sou capaz de fazer as coisas que eu fazia quando era nova” (Suj. 5);

“(...) com esta idade já não é novo, já não pode fazer o que fazia, embora (...) a minha vida era sempre no campo sempre a trabalhar (...) hoje já não podia fazer isso (...) não é (...) como gostaria que fosse mas não pode ser sempre” (Suj. 17);

“Aos 18,20 anos é que é ser homem (...) eu tinha saúde (...) agora já não tenho” (Suj. 21);

“Sinto que já não sou aquilo que eu era (...) podia-me aborrecer e passava logo (...) agora já não sinto bem de maneira nenhuma, nenhuma, nenhuma (...) é mais custoso” (Suj. 19);

“(...) gostava de andar, gostava de ser mais magra um bocadinho e ser como era dantes, se a menina vir fotografias minhas nem acredita que sou eu (...) como é que uma pessoa modifica tanto” (Suj. 24).

ii. Corpo e idade de outros

Nesta subcategoria cotaram-se as informações que comparam a experiência interna do corpo com pessoas da mesma idade.

“Da minha idade há muitas pessoas que tão em casa e fazem tudo e não posso fazer” (Suj. 8);

“Com a minha idade é uma mulher que ainda pode fazer tudo e tratar da vida (...) era o meu caso, se eu não fosse assim (...) uma mulher da minha idade (...) capaz de governar a vida ainda” (Suj. 9);

“Já não se é mulher (...) as mulheres (...) sabe tudo e faz tudo (...) e eu e outras mais que estão como eu, o que podem fazer? (...) nada” (Suj. 22).

1.4. Tema IV – Experiência de Envelhecimento

A análise do tema IV foi efetuado através de uma única questão, *“Como está a ser a sua experiência de envelhecimento?”*, que pretendeu recolher informações sobre o modo como está a decorrer este período da sua vida. Este tema contém verbalizações de um único participante da amostra, por considerar que o guião de entrevista continha questões impróprias, pessoais e incoerentes devido às crenças e valores religiosos que adotou ao longo da sua vida.

De seguida é elaborada uma análise de cada categoria, em que algumas delas possuem subcategorias, obtidas a partir da resposta do participante:

1. Referência ao passado

Nesta categoria cotaram-se todas as verbalizações que associam a experiência de envelhecimento com referências ao passado. Esta categoria é composta por três subcategorias.

i. Noivado

Nesta subcategoria foi cotada a informação que relaciona o noivado e as referências ao passado.

“Estive noiva, o noivo morreu-me um mês antes de casar (...) fiquei abalada (...) era muito nova (...) estava tudo preparado para casar” (Suj. 4).

ii. Formação académica

Nesta subcategoria cotou-se as verbalizações que associam as referências ao passado com a formação académica.

“(...) fui tirar dois cursos (...) curso de educadora e de nutricionista (...) tirei o curso de nutricionista pensava-se que o centro de saúde iria ter uma valência de nutricionista que só abriu quando eu já estava no lar” (Suj. 4).

iii. Situação profissional

Nesta subcategoria foi cotada a verbalização que relaciona as referências ao passado e a situação profissional.

“(...) fiquei no centro de saúde a trabalhar e estive lá (...) até me reformar, mas não era a trabalhar no meu curso, era a trabalhar na secretaria” (Suj. 4).

2. Velhice

Nesta categoria cotaram-se todas as verbalizações que relacionam a experiência de envelhecimento com a velhice. Esta categoria é composta por cinco subcategorias.

i. Institucionalização

Nesta subcategoria foi analisada as informações que associam a velhice com a institucionalização.

“(...) tinha 80 e qualquer coisa (...) comecei a pensar «A minha casa é difícil, tem umas escadas muito difíceis, começo a estar velha (...) o melhor é ir arranjar um lar» (...) fui para (...) lar das irmãs conceptionistas e estive lá quatro anos (...) o Sr. Provedor de cá da Misericórdia (...) convidou-me a vir (...) e tive cá dois anos e gostei muito. Mas depois pensei «Eu gosto tanto de Fátima, volto para Fátima» e voltei (...) o médico reformou-se (...) e pensei (...) «Vou voltar para Montemor»” (Suj. 4).

ii. *Mudanças corporais sentidas*

Nesta subcategoria cotou-se a verbalização que refere as mudanças corporais sentidas e a velhice.

“(...) a vontade a faltar, as forças a faltarem, a saúde hoje doí-lhe uma coisa, amanhã doí-lhe outra (...) tenho uma dificuldade para andar” (Suj. 4).

iii. *Diferença em relação ao corpo adulto*

Nesta subcategoria foi cotada toda a informação que associa a velhice com as diferenças em relação ao corpo adulto.

“(...) aqueles anos que estive em Fátima (...) foram ótimos, eu ia fazer os recados aquela gente toda (...) já vê a diferença de vida que eu tenho agora, agora não posso nada (...) se eu tivesse uma coluna nova ainda dizia que era eu” (Suj. 4).

iv. *Dificuldade de aceitação*

Nesta subcategoria foi cotada toda a informação que menciona a velhice como dificuldade de aceitação.

“(...) custou-me muito (...) temos que aceitar, mas custa, custa muito (...) quando se tem uma vida ativa como eu tive, agora custa tanto, tanto” (Suj. 4).

v. *Crenças religiosas*

Nesta subcategoria cotou-se as verbalizações que analisam a velhice e as crenças religiosas.

“(...) sou católica tenho obrigação disso, embora custe a aceitar (...) tenho de aceitar é o meu dever, Deus quis assim e pronto” (Suj. 4).

2. Avaliação Final

2.1. Tema I – Imagem Corporal

A análise pós-intervenção do tema I foi explorado a partir de três questões que pretenderam averiguar quais as perceções que os participantes têm da imagem do seu corpo e das alterações que este poderá ter sofrido neste período da velhice e a importância destas, nomeadamente *“Como é para si o seu corpo?”*, *“Nos últimos anos o seu corpo sofreu alterações?”* e *“Dessas alterações, quais foram as que tiveram maior importância na sua vida?”*.

De seguida é elaborada uma análise de cada categoria, em que algumas delas possuem subcategorias, obtidas a partir das respostas dos participantes:

1. Apreciação Corporal

Nesta categoria foi cotada a informação que relaciona a imagem corporal com a apreciação corporal.

“(...) o meu corpo é (...) uma maneira de estar (...) é como pode ser. Umhas vezes melhor, outras vezes pior, com esta idade” (Suj. 2);

“(...) o meu corpo (...) uns dias anda bom, outros anda assim, assim” (Suj. 3);

“(...) agora tem andado um bocadinho melhor, mas de resto não se aproveita nada” (Suj. 6);

“(...) gosto do meu corpo” (Suj. 9);

“O meu corpo é a segurança da alma” (Suj. 11);

“É normal, porque não me falta nada, não fiz nenhuma operação (...) o corpo está completamente (...) está bom” (Suj. 12);

“É bom (...) sinto-me bem” (Suj. 14);

“(...) é normal, não sou defeituosa em coisa nenhuma” (Suj. 15);

“(...) tenho tido um corpo bom, bom, bom, bom (...) de dores estou limpo (...) ando muito contente comigo” (Suj. 16);

“(...) para a idade que tenho ainda me sinto bem (...) ainda me sinto com energia” (Suj. 17);

“Sinto-me bem no meu corpo, tenho sempre sentido bem no meu corpo, sempre!” (Suj. 19);

“(...) isto está bom” (Suj. 21);

“O meu corpo para mim é tudo! (...) não é dos melhores, nem é dos piores” (Suj. 22);

“(...) valorizo, porque ainda consigo fazer muito” (Suj. 25).

2. Comparação do corpo com outras pessoas

Nesta categoria foram cotadas as informações que comparam a imagem corporal com corpos de outras pessoas.

“(...) mas gostava muito mais se não tivesse o que tenho (...) de andar como as outras pessoas” (Suj. 9);

“(...) vejo senhoras tão altas (...) se (...) tivessem menos um bocadinho ficavam bonitas à mesma de corpo e aquele bocadinho servia para mim” (Suj. 20);

“Porque vejo pessoas, agora eu já não conto, quando era nova ainda contava. Agora eu sou um trapo ao pé disso” (Suj. 22).

3. Referência ao passado

Nesta categoria foram cotadas as informações que relacionam a imagem corporal com referências do passado. Esta categoria possui duas subcategorias.

i. Comparação com o corpo jovem/adulto

Nesta subcategoria foram cotadas todas as verbalizações que relacionam a imagem corporal com a comparação do corpo jovem/adulto.

“(...) foi bom, noutro tempo (...) agora já não é tão bom, porque tenho queixas! (...) mesmo assim considero bom” (Suj. 13);

“(...) o meu corpo (...) antes era de uma maneira agora já não é como era” (Suj. 17);

“(...) é um corpo feio, porque sou muito pequena e nunca gostei de ser pequena” (Suj. 20);

“O meu corpo agora é mais mole do que era antigamente (...) já não tenho a força que tinha antes” (Suj. 23);

“(...) dantes (...) era mexida (...) muito trabalhadeira” (Suj. 24).

ii. Impacto da deficiência

Nesta subcategoria cotou-se a verbalização que associa o corpo deficiente à imagem corporal.

“É um corpo mutilado, porque eu nasci deficiente (...) tenho várias mazelas” (Suj. 18).

4. Alterações corporais

Nesta categoria foram cotadas todas as verbalizações que relacionam a imagem corporal como alterações corporais. Esta categoria é composta por seis subcategorias.

i. Físicas

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que associam a imagem corporal a transformações físicas.

“Agora é que eu sou assim gorda, mas eu não era gorda, nunca fui aquela pessoa magra, sempre fui mais cheia” (Suj. 1);

“(...) tenho engordado muito, porque não faço nada” (Suj. 10);

“(...) não tinha rugas e agora tenho muitas” (Suj. 20).

ii. Motricidade

Nesta subcategoria cotou-se as verbalizações que referem a imagem corporal com as alterações ocorridas na motricidade.

“(...) o meu corpo sofreu um bocado, perdi muita força desde que vim para aqui, perdi muita força” (Suj. 2);

“Não ter força (...) a não ser coisas leves, não posso fazer mais nada” (Suj. 8);

“(...) tive uns anos melhor, desde que mudei a idade para senhora (...) sentia-me bem e sentia-me feliz (...) depois (...) começaram a aparecer problemas (...) perda de forças nas pernas, nos braços” (Suj. 9);

“(...) a reação do corpo dantes tinha outra expressão” (Suj. 11);

“(...) não posso andar, custo a andar” (Suj. 12);

“(...) tive este problema de cair e partir a perna” (Suj. 13);

“(...) ficava mais cansada” (Suj. 15);

“(...) vai faltando energia, vai faltando as forças” (Suj. 17);

“(...) não tenho equilíbrio, se não tiver onde me agarrar caio” (Suj. 18)

“(...) esta perna (...) é que está morta” (Suj. 21);

“(...) são coisas ruins é o que eu tenho tido. Olha é esta perna, é este braço é quase que o corpo todo” (Suj. 22);

“(...) não me sinto com força (...) falha em tudo no corpo, tudo, pernas (...) braços” (Suj. 23);

“(...) as minhas pernas já não têm concerto” (Suj. 24);

iii. Sensoriais

Nesta subcategoria cotou-se as verbalizações que referem a imagem corporal com as alterações sensoriais.

“(...) agora é esta vista, via bem (...) deixei de ver” (Suj. 12);

“(...) tenho desgosto de me aparecer isto de eu ouvir mal (...) estão as pessoas a dizer as coisas e eu não sei o que é” (Suj. 16);

“(...) ouço mal (...) vejo mal” (Suj. 22);

iv. Sexualidade

Nesta subcategoria foi cotada as verbalizações que relacionam a imagem corporal à sexualidade.

“(...) sexualidade (...) foi o que perdi mais” (Suj. 23).

v. Consequências

Nesta subcategoria foram cotadas todas as verbalizações que relacionam a imagem corporal com as consequências das alterações corporais.

“(...) foi uma mudança muito custosa, tive uma temporada (...) parada (...) parti esta perna aqui (...) ando às cambaretas (...) já tornei a cair outra vez” (Suj. 5);

“(...) cada vez estou pior, eu dantes ainda me deitava de costas um bocadinho ou voltava-me sozinha, agora não (...) tem-se estado agravar, agravar, agravar cada vez mais” (Suj. 6);

“Eu dantes também tinha problemas (...) e depois passava (...) agora (...) são tantas e nunca mais me deixam (...) comecei a andar muito mais ruim, depois não podia estar sozinha” (Suj. 7);

“(...) está muito ruim (...) já não vale nada (...) não posso estar na minha casa conforme estava, subir as escadas e descer (...) antes fazia tudo e agora não posso, não consigo” (Suj. 8);

“(...) já não posso fazer o que fazia” (Suj. 10);

“(...) paralisou a vida do trabalho, a vida de ir à pesca, à caça (...) alterei a vida (...) tive de deixar de fazer. Era isto que eu gostava” (Suj. 12);

“(...) gostava de fazer o meu servicinho todo, caiar as minhas casa, fazer as limpezas do ano, lavar vidros e janelas (...) houve uma altura em que parou (...) não podia subir a um escadote, porque tinha tonturas” (Suj. 15);

“(...) andava a pé e gostava de andar e agora (...) tenho medo de cair e depois ficar lá” (Suj. 16);

“(...) tenho pena (...) não estou a aproveitar bem aquilo que trabalhei, porque senão era um senhor (...) mais me prejudica é o problema que tenho na coluna (...) provoca-me dificuldade e não posso (...) vestir-me muito mal (...) hoje não posso andar (...) põem mais aborrecido, mais triste (...) penso muito na vida e penso que podia ser muito feliz” (Suj. 18);

“(...) perdi a vontade, perdi a vontade de viver e perdi a minha casa e perdi tudo, não tenho vontade de nada” (Suj. 19);

“(...) estou aqui dias inteiros sem dizer nada, sem ver ninguém a quase (...) gostava de conviver mais, mas eu vejo mal, ouço mal e até me desvio das pessoas” (Suj. 22);

“(...) estar aqui aleijada (...) estou inválida (...) perdi praticamente a minha alegria de mim” (Suj. 24).

vi. Causas atribuídas

Nesta subcategoria foram cotadas todas as informações que associam a imagem corporal com as causas das mudanças corporais.

“(...) não sei se é do tempo, se é da idade, mas idade ainda é pouca (...) muitas vezes é por andar aborrecido” (Suj. 3);

“(...) fazia o que eu podia e às vezes o que eu não podia (...) isso prejudicou-me um bocadinho” (Suj. 10);

“(...) o pior é os calos nos pés para andar” (Suj. 15).

“(...) tive pedra na bexiga (...) fui operado a uma hérnia, fui operado a esta perna” (Suj. 18);

“(...) foi coisas que eu fiz, pesos que eu carreguei sem poder (...) é muita coisa” (Suj. 21).

“(...) caía na rua (...) no quarto de banho (...) desequilibrava-me e pumba (...) esta perna partiu-se, este joelho, um de cada vez” (Suj. 24);

“(...) fiz operação à anca, pôs prótese na anca (...) tive uma infeção na perna” (Suj. 25).

5. Ausência de alterações corporais

Nesta categoria cotaram-se as informações que referem a imagem corporal com a ausência de alterações corporais.

“Não, não” (Suj. 1);

“Não” (Suj. 10);

“Não” (Suj. 14);

“Não, não, mais ou menos estou bom” (Suj. 21).

6. Dores

Nesta categoria foram cotadas as informações que associam a imagem corporal com as dores.

“(...) tenho sentido (...) dores no corpo (...) aqui nos rins, nos braços, nas pernas” (Suj. 3);

“(...) já tenho muita dor (...) pelos dedos (...) braços (...) vem aqui dos ombros ao cotovelo” (Suj. 6);

“(...) por esta altura é cheio de dores (...) muitas e não me vejo livre delas (...) nas pernas, nas costas, na cabeça (...) estou cheia delas” (Suj. 7);

“(...) cheia de dores (...) tenho sentido muito, mas mesmo muito” (Suj. 8);

“(...) este joelho esquerdo, apareceu-me uma dor já há uns poucos de anos” (Suj. 13);

“(...) tenho dores nos joelhos, nas pernas, nos braços, na coluna” (Suj. 18);

7. Doença

Nesta categoria cotaram-se as informações que associam a imagem corporal e a doença.

“(...) doenças não tenho tido (...) assim ruins” (Suj. 3);

“(...) eu tenho muita doença (...) em nada me sinto bem (...) tem-se agravado cada vez mais as minhas doenças todas” (Suj. 6);

“(...) mas tive doença, a doença que tenho é aqui no braço” (Suj. 12);

“(...) foi a doença com a bronquite, eu tive quase morto” (Suj. 17);

“(...) fui sempre muito doente” (Suj. 24);

8. Presença de habilidades e capacidades

Nesta categoria foram cotadas as verbalizações que referem a imagem corporal com a presença de habilidades e funcionalidades.

“(...) dobrar os guardanapos como fazia ainda faço, a roupita também, umas meias, umas cuecas (...) ainda faço” (Suj. 8);

“(...) vou dando uns passeiozinhos aos bocadinhos” (Suj. 13);

“(...) tomei o meu duchezinho sozinha, vim para o quarto sozinha agarrada às paredes e só me calçaram os sapatos e untaram os pés (...) e vestiram-me a cuequinha de baixo (...) fiquei satisfeita, porque fui capaz de fazer (...) ainda sou capaz de mexer nas coisas e (...) fazer qualquer coisa e a tato com as minhas mãos acho as coisas e vou fazendo” (Suj. 25).

9. Resiliência

Nesta categoria cotaram-se as informações que associam a imagem corporal a estratégias de resiliência.

“(...) a gente tem de poupar o nosso corpo (...) evitar trabalhos pesados (...) se a gente poupar isso, vive mais e vive melhor sem dores, com menos dores (...) se a gente fizer aquilo que não possa, damos cabo de nós mais depressa” (Suj. 10);

“É estimá-lo mais que possa” (Suj. 16);

“(...) tomar força (...) não há mais nada a fazer!” (Suj. 17);

“(...) temos de levar a coisa com certo ânimo, uma certa alegria de viver” (Suj. 18);

“(...) faço um esforço para isso não parar (...) a minha força é muito grande” (Suj. 25).

10. Espiritualidade/Religião

Nesta categoria cotaram-se as verbalizações que relacionam a imagem corporal com a espiritualidade/religião.

“(...) Deus que me deixe cá estar até que ele queira (...) tenho muita fé em Deus” (Suj. 11);

“(...) se Deus quiser e se lá chegar faço 92 anos” (Suj. 13);

“(...) graças a Deus saúde tenho tido apesar de já ter esta idade (...) graças a Deus nunca tive doenças, fui sempre saudável até esta idade” (Suj. 15);

“(...) peço a Nossa Senhora que me ajude” (Suj. 20);

11. Dor psicológica

Nesta categoria foram cotadas todas as informações que associam a imagem corporal a dor psicológica.

“(...) foi ter vindo para aqui e estar muito preso, ficar muito preso, ficar muito preso (...) a gente começa a desmorcer a vida” (Suj. 2);

“(...) vim para aqui e depois aqui não posso sair deste aperto” (Suj. 7);

“(...) tive um desgosto muito grande, a minha filha” (Suj. 13);

“(...) de um momento para o outro ela ficou sem poder fazer nada, nem falava nem nada e eu com um filho deficiente (...) deu-me cabo da memória (...) com duas pessoas deficientes” (Suj. 17);

“Hoje em dia (...) não tenho vontade, porque a minha vida não promete isso (...) enfiei estes farrapos pretos e já não tenho coragem de os largar (...) desde morreu o meu filho, pronto a minha vida acabou (...) foi a coisa pior da vida (...) depois (...) marido que era a minha companhia, era a minha casa, era a minha vida (...) aconteceu o mesmo (...) eu aqui não me sinto bem, aqui não me sinto bem” (Suj. 19);

“(...) tive alterações (...) derivadas da morte da minha filha, apanhei um choque muito grande (...) depois (...) é do meu marido (...) ao fim de 11 meses (...) não esperava a morte do meu marido” (Suj. 25).

12. Fatores externos

Nesta categoria foram cotadas todas as verbalizações que relacionam a imagem corporal com fatores externos.

“(...) tenho saudades da minha casa e da minha vida e das minhas coisinhas, já não fazia tudo, mas ia fazendo o meu comerzinho e estar na minha casa” (Suj. 19);

“(...) tive a ver (...) revista, um senhor rico que é muito pequeno e agora vai fazer um tratamento para aumentar (...) até achei graça a isso” (Suj. 20).

2.2 Tema II – Impacto no Dia-a-Dia

A análise pós-intervenção do tema II foi abordado através de uma única questão, designadamente, *“Sente-se com energia no seu dia-a-dia? (O que é que o/a ajuda mais a sentir isso?)”*. Este tema pretende determinar se os participantes sentem energia no seu quotidiano.

De seguida é elaborada uma análise das categorias, em que algumas delas possuem subcategorias, obtidas a partir das respostas dos participantes:

1. Inação

Nesta categoria cotaram-se as verbalizações que relacionam o impacto no dia-a-dia com a inação. Esta categoria é composta por duas subcategorias.

i. Consequências da inatividade

Nesta subcategoria foram cotadas as informações que relacionam as consequências da inatividade com o impacto no dia-a-dia.

“(...) não posso fazer as coisas. Se não fosse isto ainda estava em casa com o meu marido, ainda fazia as minhas coisinhas todas” (Suj. 1);

“Não. Nenhuma, nenhuma, não me sinto com energia nenhuma (...) custa-me tanto a levantar (...) e tenho de me agarrar logo ao andarilho (...) não sou capaz de andar nem um passo sozinha” (Suj. 6).

“Muito poucachinha. Não tenho mesmo para coisa nenhuma (...) é eu querer e não poder” (Suj. 7);

“(...) energia para quê? (...) sento-me no cadeirão vejo ali as pessoas passarem umas para baixo, outras para cima” (Suj. 8);

“Não, não sinto, infelizmente não sinto” (Suj.18);

“A energia já é pouca. Então quando a gente não pode, não tem energia” (Suj. 22);

“(...) já não me sinto com energia que tinha (...) a reação em certas coisas que quero fazer, já não é igual, já não sou capaz de fazer (...)” (Suj. 23).

ii. Causas da inatividade

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que remetem o impacto no dia-a-dia para as causas da inatividade.

“Eu perco-a (...) a gente pensa (...) porque é que seria? (...) é a idade! A idade vai a avançar e a gente perde” (Suj. 5);

“(...) canso-me muito e tudo o que depende do corpo, exceto a cabeça, é uma desgraça” (Suj. 18);

“Aqui a gente não pode fazer nada (...) a gente vem comer e daqui vai para além e d'além vem para aqui (...) a gente perde a vontade, perde o viver e perde tudo” (Suj. 19);

“(...) isto é quebrando, quebrando, quebrando conforme a idade, passando o tempo, o corpo vai enfraquecendo sempre” (Suj. 23).

2. Presença de energia

Nesta categoria cotaram-se todas as informações que relacionam o impacto no dia-a-dia com a presença de energia. Esta categoria é composta por duas subcategorias.

i. Comportamentos e pensamentos de energia

Nesta subcategoria foram cotadas as informações que remetem para a presença de energia no impacto no dia-a-dia.

“Sinto mais ou menos, uns dias melhores, outros piores (...) se não me enervar com ninguém, nem com nada ando sempre com energia, se me fazem cá enervar perco energia” (Suj. 2);

“(...) às vezes penso (...) não me trocava por aquela pessoa que anda e tem boas pernas (...) porque (...) não sabem fazer nada (...) e ainda sou capaz de fazer muita coisa de mão (...) e até com a cadeira coisas de casa, sinto-me com coragem disso!” (Suj. 9);

“(...) mais ou menos ainda tenho força, mais ou menos ainda consigo tratar de mim” (Suj. 10);

“(...) eu é que me deito na cama, eu é que tomo banho, só chamo a empregada para me lavar as costas e as pernas, o resto deito-me” (Suj. 11);

“(...) às vezes vou dar um passeio (...) é uma energia que tenho para ainda ir” (Suj. 12);

“Pouca, pouca, mas vou fazendo a energia (...) as raparigas (...) ajudam que eu sozinho já não sou capaz de tomar banho. Vestir-me, calçar-me, faço isso tudo sozinho (...) é através destas coisas que a gente se sente com alguma habilidade” (Suj. 13);

“Faço croché. Tenho lá uns poucos de sacos bonitos (...) jogar à bola (...) gosto de fazer isso, gosto muito, muito de fazer isso” (Suj. 14);

“(...) ainda tenho muitos dias que parece que vou trabalhar (...) se tivesse em casa (...) fazia ainda a minha vida” (Suj. 15);

“Sinto (...) coragem para andar, para experimentar a andar (...) tenho esta idade e tenho coragem” (Suj. 16);

“Eu sinto energia ainda (...) não era como era, mas ainda sinto energia” (Suj. 17);

“Ainda sentia para estar na minha casa, sentia” (Suj. 19);

“Agora não, já tenho pouca, mas (...) apesar dos problemas que tenho, muita energia tenho eu (...) hoje ninguém me chamou para levantar (...) quando as senhoras lá apareceram eu já estava vestida e lavada” (Suj. 20);

“(...) quando estou melhor com os efeitos dos comprimidos já me sinto com energia e ando aí pelo corredor, eu sinto-me tão bem a andar (...) ouvir música (...) começo logo a bater o pé, gosto muito de dançar” (Suj. 25).

ii. Fonte de energia

Nesta subcategoria cotou-se as verbalizações que relacionam impacto no dia-a-dia com a fonte de energia.

“Sinto (...) é a vontade de querer fazer as coisas (...)” (Suj. 3);

“(...) a genica que a gente tem é que faz muito (...) é ter força para tudo (...) vontade (...) para fazê-lo (...) somos capazes!” (Suj. 10);

“(...) a força que não me falte! (...) é a força de viver, é a força de viver!” (Suj. 11);
“Eu tenho, mas não é aquela energia que queria ter (...) é uma energia muito menos (...) gostava (...) não ter doença e ter capacidade de fazer aquilo que queria fazer e assim não posso fazer, não posso ter” (Suj. 12);
“É a minha fé e a minha vontade de me manter assim e não desmorcer” (Suj. 17);
“(...) pensam ali que eu estou cheia de saúde (...) eu faço é tudo para não me entregar aquilo que tenho” (Suj. 20);
“(...) dias em que vejo a minha família e fico muito contente. Quando vem alguma pessoa que eu goste também fico contente, mas depois fico triste” (Suj. 24).

3. Espiritualidade/Religião

Nesta categoria cotaram-se as verbalizações que relacionam o impacto no dia-a-dia com a espiritualidade/religião.

“(...) Deus não se lembre de mim muito tempo, que me deixe cá estar que estou muito contente com ele” (Suj. 11);

“Pedi muito a Nossa Senhora da Visitação e a Nossa Senhora de Fátima que me ajudasse a lavar sozinha (...) já dou graças a Deus (...) não era capaz de me levantar, mas pensei há-de ser o que Deus quiser” (Suj. 20).

2.3. Tema III – Experiência Interna do Corpo

A análise pós-intervenção do tema III foi realizado a partir de três questões que pretenderam examinar a experiência, os pensamentos e os sentimentos dos participantes relativamente ao seu corpo atual e à sua idade, nomeadamente *“Quando olha para o seu corpo que pensamentos e sentimentos lhe surgem?”*, *“Como é ser homem/mulher com a sua idade?”* e *“Se pudesse falar com o seu corpo o que é que gostaria de lhe dizer?”*

De seguida é elaborada uma análise de cada categoria, em que algumas delas possuem subcategorias, obtidas a partir das respostas dos participantes:

1. Perceção interna negativa

Nesta categoria foram cotadas as verbalizações que relacionam a experiência interna do corpo com a perceção interna negativa. Esta categoria possui três subcategorias.

i. Insatisfação

Nesta subcategoria cotaram-se todas as informações que associam a experiência interna do corpo com insatisfação.

“(...) preso (...) o corpo ter mais movimentos. Se eu andasse as pernas andavam mais mexidas e com certeza que emagrecia” (Suj. 3);

“Cada vez mais velha (...) deixei de fazer as coisas e (...) comecei a perder tudo (...) cada vez estou mais velha e perco o espírito que eu tinha” (Suj. 5);

“(...) porque é que tenho um corpo assim? (...) porque (...) não posso mexer, não posso fazer nadinha, nadinha (...) não posso torcer para lado nenhum” (Suj. 6);

“(...) é uma coisa que eu nunca esperei” (Suj. 11);

“É um velhote, é uma pessoa já velha que não tem habilidade para nada, acaba-se tudo, a vida de novo acaba por completo. A gente tem de se governar com a vida de velhice” (Suj. 13);

“(...) chegou a minha altura dos anos me vencerem e eu tenho que esperar” (Suj. 15);

“(...) agora já não sou nada” (Suj. 21);

“(...) já não é ser mulher! É um trapo (...) já não faço nada” (Suj. 22);

“(...) chega a uma certa idade muda tudo. Eu mudei e senti em mim a mudar, a mudança, tudo, a fraqueza aparecer, senti isso tudo” (Suj. 23).

ii. Tristeza

Nesta subcategoria cotaram-se todas as informações que associam a experiência interna do corpo a tristeza.

“É triste não poder fazer nada” (Suj. 6);

“(...) senti-me triste de me ver assim” (Suj. 7);

“(...) não sou capaz de nada (...) vejo-me triste” (Suj. 8);

“(...) é muito triste” (Suj. 15);

“(...) uma mulher com a minha idade acaba por ter uma vida triste (...) estou mais velha (...) se eu não tivesse a vida que tenho sentia-me melhor” (Suj. 19);

“(...) sinto-me triste porque já não tenho aquele energia que tinha (...) é uma tristeza a gente ver-se sem se poder mexer” (Suj. 20);

iii. Dependência

Nesta subcategoria cotaram-se as verbalizações que referem a experiência interna do corpo com a dependência.

“Se não fosse eu ter isto que tenho de me ter dado o AVC (...) ainda tava fina para as iscas, para trabalhar (...) mas isto é que me levou abaixo” (Suj. 1);

“(...) sem habilidade nenhuma (...) tomava banho sozinha e agora não, elas é que me dão banho (...) visto-me e cada vez me visto mais mal (...) custa-me” (Suj. 5);

“(...) viver sem puder fazer nada. Eu estou sempre agarrada aqui ao coiso e estou sempre a pender (...) não sou capaz de me vestir, nem despir sozinha (...) tenho de esperar que me vistam” (Suj. 7);

“(...) sou uma velha que não é capaz de fazer nada (...) hoje pedi a elas (...) para tirar a roupa de lá de cima dos cabides, porque eu não sou capaz de lá chegar” (Suj. 8);

“(...) estou incapacitado de ter o que tinha antigamente (...) ir à pesca, à caça (...) tudo o que tinha antes acabou (...) eu ando aí é encostado nesta coisa e mais nada” (Suj. 12);

“É ser velho e depender de tudo e de todos” (Suj. 18);

“(...) agora não consigo fazer nada! Eu custo a ir daqui além” (Suj. 22);

“(...) sinto-me mal no aspeto (...) de sentir as dores que tenho (...) o meu maior desgosto é se fico acamada um dia e andar numa cadeira de rodas” (Suj. 25).

2. Perceção interna positiva

Nesta categoria foram cotadas as verbalizações que relacionam a experiência interna do corpo como uma perceção interna positiva. Esta categoria possui duas subcategorias.

i. Satisfação

Nesta subcategoria foram cotadas as verbalizações que referem a experiência interna do corpo com a satisfação.

“Muito bom (...) fiz 88, pedi mais um para fazer 89 e já falta pouco. Se lá me deixar chegar só peço mais um” (Suj. 2);

“(...) não sou velho demais (...) tenho 83 anos, quer dizer não é velho e então considero-me ainda normal com a idade que tenho” (Suj. 12);

“(...) é bom com esta idade a gente ter um físico como eu tenho (...) sou uma pessoa alegre e bem-disposta” (Suj. 14);

“(...) com a minha idade (...) os meus olhos, a minha boca andam à maneira. O cabelo começou a cair (...) agora parou (...) gosto de me ver (...) sou um velho e um homem com coragem (...) tenho quase 90 anos” (Suj. 16);

“(...) de idade não me sinto mal, sinto que estou bem com a idade que tenho (...) o meu espírito não sente os 82 anos (...) parece que tenho um espírito de 60 anos (...) sinto o meu corpo velho, é claro que tem de estar, faz parte da idade (...) a minha idade trás isso” (Suj. 25).

ii. Autonomia

Nesta subcategoria foram cotadas as informações que relacionam a experiência interna do corpo e a autonomia.

“(...) faço a minha vidinha (...) ainda vou indo para a idade que tenho que é uma idade já avançada” (Suj. 10);

“(...) para a idade que tenho não sinto muitas dores, não sinto muito cansaço (...) não estou desgostoso com a vida e com o corpo que tenho (...) ainda dou a volta à cidade toda sempre que é preciso” (Suj. 17);

“(...) ainda vou tendo tacto, ainda esta semana tive de arranjar a saia (...) essas coisas ainda vou fazendo (...) gosto de ler, rezo as minhas orações” (Suj. 20).

3. Comparação

Nesta categoria cotaram-se todas as informações que comparam a experiência interna do corpo com vários aspetos. Esta categoria é composta por três subcategorias.

i. Corpo e idade de outros

Nesta subcategoria cotou-se todas as verbalizações que relacionam a experiência interna do corpo e a comparação com o corpo e a idade de outros.

“(...) há pessoas que já estão velhas, estão engelhados, estão na sua formusura e ainda me sinto com a pele com genica, com formusura, só a força é que não” (Suj. 2);

“(...) há pessoas com 78 anos que ainda fazem as coisinhas delas e não têm as queixas que eu tenho e pronto eu tenho muita doença, muita doença” (Suj. 6);

“(...) há mulheres que ainda são rijas em saúde e ainda podem fazer a vida bem e eu também podia se tivesse, mas (...) agora já não posso fazer nada” (Suj. 7);

“(...) há pessoas novas que ainda são capazes, estão na casa delas e ainda fazem udo, mas eu tive este problema” (Suj. 8);

“(...) uma mulher com 78 anos pode fazer tudo na sua casa e tudo aquilo que puder, porque ainda tem idade para isso e tem forças, se não tiver saúde é que não (...) é o meu caso” (Suj. 9);

“(...) há muitos da minha idade que estão piores do que eu” (Suj. 17);

“(...) não sou o homem totalmente escoreito que possa igualar-me aos outros neste sentido, mas de resto fui um homem igual aos outros (...) até melhor nuns casos” (Suj. 18);

“(...) sentir-me triste de não ser como as outras pessoas” (Suj. 24).

ii. Corpo jovem e adulto

Nesta subcategoria foram cotadas as informações que associam a experiência interna do corpo e a comparação com o corpo jovem e adulto.

“(...) tenho retratos de quando era nova, tenho outros de meia-idade não se compara com o agora” (Suj. 5);

“(...) nem me gosto de me ver a mim mesmo (...) nem pareço eu” (Suj. 7);

“(...) começo a lembrar-me aquilo que já fui novo e agora estou velho” (Suj. 11);

“(...) já não sou como era antes (...) existe um tempo que a gente não tem problemas, não lhe doía nada, nem tem dores, nem nada (...) comecei a ter estes problemas das pernas não andarem firmes como era antes” (Suj. 13);

“(...) vejo uma J.R. diferente (...) era engraçadinha, era girinha” (Suj. 15);

“(...) já não tenho a energia que tinha” (Suj. 16);

“(...) era tudo diferente. Eu era uma pessoa que tinha muita coragem e hoje vejo-me sem forças nenhuma” (Suj. 20);

“Noutro tempo (...) eu tinha uma vontade em cantar, eu cantava muito, eu cantava muito (...) hoje já não me lembra” (Suj. 21);

“(...) M. já não és M. (...) porque a cara já não está como era, que ela era muito bonita (...) e agora já não acho a cara bonita (...) ao que eu era (...) era com muita genica, com muita genica e com muita vontade e muita força e agora tudo isso acaba” (Suj. 22);

“Vejo-me mais velho (...) mais rugas, mais no corpo (...) tenho menos importância, mais feio do que quando era mais novo, enfim sempre tinha outro carácter, tinha mais importância” (Suj. 23).

4. Espiritualidade/Religião

Nesta categoria cotaram-se todas verbalizações que relacionam a experiência interna do corpo com a espiritualidade/religião.

“(...) não sou uma pessoa doente, graças a Deus não tenho sido doente. Tenho sido uma pessoa saudável” (Suj. 1);

“(...) o meu corpo graças a Deus ainda está bom, ainda está rijo (...) Deus me ajude sempre para o resto (...) até eu viver! Continuar é o que eu peço a Deus” (Suj. 10);

“Nosso Senhor me dê saúde até há hora da morte” (Suj. 15);

“(...) dou graças a Deus de ainda estar como estou. Todos os dias peço a Nossa Senhora que eu não perca a pouca memória e as forças que tenho (...) para eu esperar aquilo que Deus me tem destinado” (Suj. 20);

“(...) peço todos os dias a Deus que me ajude (...) me ajude a andar com as minhas perninhas” (Suj. 25).

5. Desejos

Nesta categoria cotaram-se todas as verbalizações que relacionam a experiência interna do corpo com desejos. Esta categoria é composta por três subcategorias.

i. Habilidade e Funcionalidade

Nesta subcategoria cotou-se as informações que associam a experiência interna do corpo a desejos de habilidade e funcionalidade.

“(...) gostava de lhe dizer para ele me por boa, para ele me por boa (...) para ter mais saúde e para fazer alguma coisa” (Suj. 1);

“(...) queria que mo renovasse” (Suj. 2);

“(...) devia ter mais coisa para estar a trabalhar mais uns anos” (Suj. 3);

“(...) pôr bom para tirar as dores” (Suj. 8);

“(...) põe-me boa que é para eu andar como as outras pessoas” (Suj. 9);

“(...) a doença não me (...) atingir, porque a doença a atingir desmoraliza tudo” (Suj. 12);

“(...) o corpo andar bom para andar bem” (Suj. 13);

“Gostava de ser escoreito como os outros!” (Suj. 18);

“(...) quando não tenho dores que continue assim” (Suj. 25);

“Cura-te todo para eu poder andar (...) às vezes sonho que ando a andar por aí” (Suj. 24).

ii. Estabilidade

Nesta subcategoria cotou-se todas as informações que associam a experiência interna do corpo a desejos de estabilidade.

“(...) ele se mantenha mais dois ou três anos como se tem mantido até agora” (Suj. 3);

“(...) vá mantendo o juízo que tem (...) estou a chegar aos 90” (Suj. 11);

“(...) vai mantendo sempre fixe (...) gostava que ele fosse sempre mantendo com energia e capaz, e já não quero mais do que tenho” (Suj. 17);

“Conserva-te assim (...) conserva-te assim, não descaias” (Suj. 22).

iii. Voltar ao passado

Nesta subcategoria foi cotada as verbalizações que referem a experiência interna do corpo como desejo de voltar ao passado.

“(...) voltar ao tempo antigo, isso é que eu gostava” (Suj. 23).

6. Sentimentos e Pensamentos

Nesta categoria cotaram-se todas as verbalizações que associam a experiência interna do corpo com a presença de sentimentos e pensamentos. Esta categoria é composta por duas subcategorias.

i. Morte

Nesta subcategoria cotaram-se as informações que referem a experiência interna do corpo a sentimentos e pensamentos de morte.

“(...) já chega para viver, agora é acabar com o resto e levar-me para o (...)” (Suj. 7);

“(...) se não me puseres boa leva-me para o outro lado” (Suj. 9);

“(...) tive uma altura sentia-me tão triste, tão triste, tão triste que até pensei em suicidar-me” (Suj. 20).

ii. Condição atual

Nesta subcategoria cotaram-se as informações que associam a experiência interna do corpo a sentimentos e pensamentos relativos à realidade corporal atual.

“Agora só penso em descansar e mais nada” (Suj. 10);

“(...) tenho é pensar na vida, pensar que não é novo, ter cautela com certas coisas para não querer ser aquilo que já não é e também conhecer o corpo (...) a gente tem de ver que já não é o que era (...) faz dois anos que para cá vim (...) acho uma diferença boa assim no meu corpo (...) no andamento, na energia” (Suj. 17);

“(...) penso que ainda era capaz de orientar uma casa (...) se não fosse a minha infelicidade de não ver (...) era capaz de fazer muita coisa” (Suj. 25).

2.4. Tema IV – Experiência de Envelhecimento

A análise pós-intervenção do tema IV foi efetuado através de uma única questão, *“Como está a ser a sua experiência de envelhecimento?”*, que pretendeu recolher informações sobre o modo como está a decorrer este período da sua vida. Este tema contém verbalizações de um único participante da amostra, por considerar que o guião de entrevista continha questões impróprias, pessoais e incoerentes devido às crenças e valores religiosos que adotou ao longo da sua vida.

De seguida é elaborada uma análise de cada categoria, em que algumas delas possuem subcategorias, obtidas a partir da resposta do participante:

1. Referência ao passado

Nesta categoria cotaram-se todas as verbalizações que associam a experiência de envelhecimento com referências ao passado. Esta categoria é composta por três subcategorias.

i. Visão da vida

Nesta subcategoria foi analisada as verbalizações que relacionam as referências ao passado e a sua visão da vida.

“Ao longo da vida passei por momentos bons e momentos maus” (Suj. 4).

ii. Noivado

Nesta subcategoria foi cotada a informação que relaciona a experiência de envelhecimento e as referências ao passado.

“(...) estive para casar, mas o meu noivo morreu-me um mês antes do casamento” (Suj. 4).

iii. Situação profissional

Nesta subcategoria foi cotada a verbalização que relaciona as referências ao passado e a situação profissional.

“(...) fui trabalhar para o centro de saúde de Montemor (...) na secretaria (...) não trabalhei no meu curso (...) estive por lá (...) até que me reformei” (Suj. 4).

2. Velhice

Nesta categoria cotaram-se todas as verbalizações que relacionam a experiência de envelhecimento com a velhice. Esta categoria é composta por seis subcategorias.

i. Institucionalização

Nesta subcategoria foi analisada as informações que associam a velhice com a institucionalização.

“(...) tive em Fátima por duas vezes e gostei muito de lá estar e voltei para este lar, porque tinha gostado muito de aqui estar” (Suj. 4).

ii. Mudanças corporais sentidas

Nesta subcategoria cotou-se a verbalização que refere as mudanças corporais sentidas e a velhice.

“(...) agora estou mais velha (...) as forças a faltarem, as dificuldades em andar (...) a perda de vontade (...) a minha coluna está muito diferente, sinto (...) pelas (...) dificuldades em andar” (Suj. 4).

iii. Diferença em relação ao corpo adulto

Nesta subcategoria foi cotada toda a informação que associa a velhice com as diferenças em relação ao corpo adulto.

“(...) fui uma pessoa muito ativa e agora não o sou” (Suj. 4).

iv. Dificuldade de aceitação

Nesta subcategoria foi cotada toda a informação que menciona a velhice como dificuldade de aceitação.

“(...) embora custe tenho que aceitar (...) é o meu dever. Custa muito” (Suj. 4).

v. *Crenças religiosas*

Nesta subcategoria cotou-se as verbalizações que analisam a velhice e as crenças religiosas.

“(...) tenho que aceitar, porque sou católica (...) Deus quis assim e eu tenho que aceitar como católica que sou” (Suj. 4).

vi. *Inação*

Nesta subcategoria cotou-se as informações que associam a velhice e a inação.

“(...) estou muito parada (...) e as pessoas são muito diferentes” (Suj. 4).