

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

OS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM  
INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO POR CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

Mónica Isabel da Silva Rocha



# INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

## OS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO POR CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

Mónica Isabel da Silva Rocha

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob orientação da Professora Doutora Margarida Abreu

Porto, Dezembro de 2016



## **Agradecimentos**

São muitas as pessoas que contribuem, ou já contribuíram, para ser quem sou hoje. A todas elas agradeço a partilha que promoveu o meu crescimento, aprendizagem e desenvolvimento.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Margarida Abreu por ter aceitado trabalhar comigo este tema e por toda a sua disponibilidade, empenho, tolerância e confiança ao longo da sua elaboração. Foi fonte de inspiração e muita aprendizagem.

Agradeço a todos os meus colegas de trabalho, sendo que alguns deles são também amigos, que estiveram comigo ao longo do meu percurso profissional na área da toxicoddependência, com quem aprendi e progredi quer a nível profissional quer pessoal. Aos atuais colegas, obrigada pelo incentivo, apoio e confiança que me transmitiram ao longo do processo de realização deste trabalho.

Agradeço ao coordenador regional da DICAD e coordenadora técnica do CRI a autorização para a realização deste trabalho, assim como a célere resposta ao pedido da mesma. Aos técnicos de acompanhamento dos participantes pela colaboração na seleção dos mesmos. Aos participantes pela sua disponibilidade e interesse na participação deste trabalho pois sem eles não seria possível fazê-lo nestes moldes.

Ao EP Fonseca agradeço toda a disponibilidade e apoio na tarefa árdua, mas muito compensadora, de “descoberta” e aprendizagem na utilização do software Nvivo. Foram muitas as horas que trabalhamos em conjunto e os bons momentos partilhados.

Aos meus amigos, que são únicos e surpreendentes, agradeço todos os nossos momentos.

À minha família:

Aos meus padrinhos Belita, Óscar e Brando obrigada por me adotarem verdadeiramente como afilhada, com todo o significado que considero ter este termo e por me fazerem sentir que estão sempre comigo.

Ao meu pai, de quem tenho tantas saudades de chamar “pai”, mas que está sempre presente na minha vida. Obrigada pelo exemplo de ser humano maravilhoso que sempre foi, o que me faz sentir tanto orgulho em ser sua filha!

À minha mãe, uma verdadeira guerreira, que tanto me ensina. Obrigada pelos princípios e valores que me foi inculcando e pela educação que me deu que faz de mim grande parte do que sou hoje. Obrigada também por todo o amor e paciência que sempre me dedicou.

Agradeço ainda aos meus pais pelos irmãos que me deram, Paula, Berta, Pedro e Lúcia que foi sem dúvida o melhor presente da minha vida! São incrivelmente únicos! A eles agradeço a escolha dos meus cunhados, Luís, Rui, Rosália e Jacobo, que são autêntica família. A todos agradeço os meus maravilhosamente lindos sobrinhos Ruca, Bernardo, Rui Pedro, Xaninho, Patrícia, Nocas, Pedrito, Vicente e Carolina, que são o meu orgulho! Fazem de mim a verdadeira tia “babada”.

Por fim, agradeço aos meus Animais de Estimação Blue, Branquinha e Flecha por serem uns verdadeiros “companheiros” e por preencherem uma parte importante da minha vida ao longo destes últimos 10 anos. Foram eles que me sensibilizaram e inspiraram para o tema deste trabalho.

# Índice

Índice de Tabelas .....	ix
Resumo .....	xi
Abstract .....	xiii
Résumé .....	xv
Lista de Siglas e Abreviaturas .....	xvii
Introdução .....	1
Parte I - Considerações Teóricas .....	3
1 - O Envelhecimento Humano como Realidade Biológica, Psicológica e Social .....	5
2 - O Envelhecimento em Consumidores de Substâncias Psicoativas .....	15
3 - Animais de Estimação: Definição, Aspetos Históricos e Intervenções Assistidas por Animais.....	25
4 - Os Animais de Estimação na Promoção do Envelhecimento Saudável em Consumidores de Substâncias Psicoativas .....	35
Parte II - Considerações Metodológicas .....	47
1 - Metodologia .....	49
1.1 - Questão de Investigação e Objetivos do Estudo .....	49
1.2 - Tipo de Estudo .....	51
1.3 - Contexto e Participantes no Estudo .....	51
1.4 - Técnica de Colheita de Dados .....	53
1.5 - Tratamento e Análise de Dados .....	55
1.6 - Considerações Éticas .....	56
Parte III - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados .....	59
1 - Caracterização dos Participantes .....	61
2 - Perceção do Consumidor de Substâncias Psicoativas em Tratamento Sobre os Animais de Estimação.....	67

2.1 - Relação com Animais de Estimação ao Longo da Vida .....	67
2.2 - Animal de Estimação Atual.....	68
2.3 - Contexto em que Surge o Animal de Estimação Atual.....	68
2.4 - Benefícios em Ter Animal de Estimação .....	69
2.5 - Responsabilidades em Ter Animal de Estimação .....	82
2.6 - Ter ou Não Ter Animal de Estimação no Futuro .....	87
Conclusão.....	91
Bibliografia.....	97
Anexos .....	107
Anexo I .....	108

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	61
Tabela 2: Caracterização Socioeconómica dos Participantes .....	62
Tabela 3: Situação Familiar e Habitacional dos Participantes.....	63
Tabela 4: Relação dos Participantes com a Justiça .....	63
Tabela 5: Situação dos Participantes Face aos Consumos de SPA e Respetivos Tratamentos	65
Tabela 6: Situação dos Participantes em Relação à Saúde .....	66
Tabela 7: Animal de Estimação ao Longo da Vida dos Participantes .....	68
Tabela 8: Animal de Estimação Atual dos Participantes .....	68
Tabela 9: Contexto em que Surge o Animal de Estimação Atual dos Participantes .....	69
Tabela 10: Benefícios Físicos da Posse do Animal de Estimação .....	70
Tabela 11: Benefícios Mentais da Posse do Animal de Estimação.....	72
Tabela 12: Benefícios Emocionais da Posse do Animal de Estimação .....	75
Tabela 13: Benefícios Sociais da Posse do Animal de Estimação .....	79
Tabela 14: Responsabilidades da Posse do Animal de Estimação .....	82
Tabela 15: Ter ou Não Ter Animal de Estimação no Futuro.....	88



## Resumo

O envelhecimento é um processo vivenciado pelo ser humano desde o nascimento até à sua morte. Sendo um processo comum a praticamente todos os seres vivos, os consumidores de substâncias psicoativas (SPA) veem-no antecipado de forma acentuada, devido às suas trajetórias de vida. A presença de animais de estimação (AE) tem sido associada à promoção de um envelhecimento saudável e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida dos seus donos. Assim, este estudo tem como objetivo geral compreender os contributos dos AE na promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de SPA.

Nesta investigação optamos por um estudo de natureza qualitativa, exploratório e transversal. Aceitaram participar dezassete indivíduos em tratamento num CRI que tem como área territorial de abrangência vários concelhos do distrito Porto e do distrito de Aveiro. Como técnica de colheita de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, posteriormente os dados foram analisados através da análise de conteúdo preconizada por Bardin. Os resultados mostram que 65% dos participantes são do sexo masculino; com uma média de idades de 50,6 anos (DP  $\pm 4,51$ ); a maioria (88%) não tem um(a) companheiro/a; 47% não completaram o ensino básico; 65% encontram-se desempregados. Quanto à primeira SPA ilícita consumida na vida, predomina o consumo de canábis e seus derivados, 82% dos participantes. Relativamente à SPA ilícita que consumiam quando iniciaram tratamento, os 17 participantes consumiam heroína. Em termos de tratamento, 47% dos participantes estão em programa de Metadona. A maioria dos participantes (82%) é portador de doenças infecciosas e parasitárias; seguido de perturbações mentais e do comportamento (41%); de doenças do aparelho circulatório (29%) e de doenças do aparelho respiratório (24%). Na dimensão Relação com Animais de Estimação ao Longo da Vida emergiram duas categorias: Posse de AE e AE anteriores. Na primeira, constatou-se a existência de duas subcategorias: Sempre e Depois de casar; na segunda, três: Cão, Gatos e Outros. Na dimensão Animal de Estimação Atual emergiram duas categorias: Espécie e Tempo que têm AE. Na primeira, constatou-se a existência de duas subcategorias: Cão e Gato; na segunda, três: Menos de 1 ano, 1 a 5

anos e Mais de 5 anos. Na dimensão Contextos em que surge o AE atual emergiram cinco categorias: Adotados, Oferecidos por amigos, Filhos de AE anteriores, Fase significativa e Outros. A dimensão Benefícios em Ter Animal de Estimação deu origem a quatro categorias: Benefícios físicos; Benefícios mentais; Benefícios emocionais e Benefícios sociais. Na primeira categoria emergiram as seguintes subcategorias: Promoção de atividade física e mobilidade; Desenvolvimento da linguagem e Redução da dor; na segunda categoria, as subcategorias: Promoção de mudanças positivas no autoconceito e comportamento; Promoção de vivências como o nascimento, a morte e o cuidar; Brincar; Promoção de saúde mental; na terceira categoria, as subcategorias: Estabelecimento de ligações emocionais; Promoção de estados emocionais positivos e prevenção de estados emocionais negativos; Expressão de sentimentos e emoções; Receção de sentimentos e emoções e Redução da solidão e na quarta categoria, as subcategorias: Entretenimento e diversão; Aumentar o círculo social, o convívio e combater o isolamento social; Promoção de valores e Rotinas. Mas possuir um animal de estimação não apresenta apenas benefícios, também se assumem responsabilidades. A dimensão Responsabilidade permite identificar as seguintes categorias: Saúde e higiene (94%); Morte ou perda (88%); Alimentação (88%); Económicas (82%); Passear (29%); Retaguarda (29%) e Outras (35%). Finalmente, Em relação à dimensão Ter ou Não Ter Animal de Estimação no Futuro, emergiram três categorias: Quer continuar a ter (76%); Não quer continuar a ter (18%) e Sem opinião (6%).

O conceito de envelhecimento saudável pressupõe baixo risco de incapacidades funcionais relacionadas com as doenças; um excelente funcionamento mental e físico e envolvimento ativo com a vida. Assim, os AE são um importante elemento de promoção de envelhecimento saudável junto de um grupo vulnerável como é o dos consumidores de SPA, apresentando-se como uma alternativa às respostas convencionais proporcionadas pelos sistemas de saúde e social.

**Palavras-Chave:** Substâncias Psicoativas; Tratamento; Animais de Estimação; Envelhecimento

## **Abstract**

Aging is a process experienced by human beings from the day they are born until they die. Although it is a natural process for all human beings, the consumers of psychoactive substances (PAS) see it substantially accelerated, due to their life choices. The presence of pets have been associated with the promotion of healthy aging and, consequentially, to an increase in quality of life for their owners. In this sense, this study's main goal is to understand the contribution of pets to the healthy aging of consumers being treated for the consumption of PAS.

For this investigation we chose a qualitative, exploratory and transversal study. Seventeen people, in treatment at integrated response center facility that serves different districts of Porto and Aveiro, accepted to participate. The methodology used to collect data was semi structured interviews. Later the data was analyzed according to Bardin's analysis system. The results show that 65% of the participants are male; with an average age of 50.6 years old ( $SD \pm 4.51$ ); the majority (88%) do not have a partner; 47% did not complete the basic education level; 65% are unemployed. In relation to the first illicit PAS consumed, the majority, 82%, mentioned cannabis and its derivatives. By the time they started treatment, all participants consumed heroin. In terms of treatment, 47% of participants are in a methadone program. The majority (82%) have infectious and parasitic diseases; followed by mental and behavioral disturbances (41%); and diseases of the cardiovascular system (29%) and of the respiratory system (24%). Concerning the dimension Relation with Pets Throughout Life, two categories emerged: Current ownership of a Pet and previous ownership of a Pet. Regarding the former, two subcategories were noticed: Always and After Marriage; and regarding the later, three subcategories: Dog, Cats and Others. When analyzing the Current ownership of a Pet category, two analysis can be made: Specie and Time. Relating to Specie, there are two subcategories: dog and cat; relating to Time, three subcategories: less than a year, 1 to 5 years and more than 5 years. When analyzing the dimension How the current Pet emerged, there are five categories: Adopted, Gift from friend, Children from previous pets, Significate phase and Others. The dimension Benefits of having a Pet can be divided into four categories: Physical

benefits; Mental benefits; Emotional benefits and Social benefits. Regarding the Physical benefits, participants mentioned: promotion of physical activity and mobility; development of verbal language and pain reduction. Mental benefits mentioned are: promotion of positive changes in self-concept and behavior; promotion of experiences such as birth, death and caring; playing; promotion of mental health. When it comes to Emotional benefits, the following was registered: establishment of emotional connections; promotion of positive emotional states and prevention of negative emotional states; expression of emotions and feelings; receiving of emotions and feelings and reduction of loneliness. Lastly, Social benefits are: entertainment and recreation; increase in social connections, get together and decrease in isolation; promotion of values and routines. However, having a Pet does not only present benefits, but also responsibilities. The dimension Responsibility shows the following categories: Health and hygiene (94%); Death or lost (88%); Feeding (88%); Economical (82%); Walking (29%); Background (29%) and Others (35%). Finally, when analyzing the dimension Having or Not a Pet in the Future, three categories can be seen: Wants to keep having (76%); Does not want to have (18%) and No opinion (6%).

The concept of healthy aging presumes a low risk of functional disabilities due to illness; an excellent mental and physical functioning and active enrollment in life. In this sense, Pets are an important element in the promotion of a healthy aging process in a vulnerable group as are the consumers of PAS, presenting itself as an alternative to the conventional solutions given by the conventional social and health systems.

**Key-words:** Psychoactive Substances; Treatment; Pets and Aging

## Résumé

Le vieillissement est un processus que l'être humain vit de sa naissance jusqu'à sa mort. Pratiquement tous les êtres vivants subissent les effets du temps, les consommateurs de substances psychoactives (SPA) le voient plus vite et d'une manière plus accentuée dû à leur vécu. La présence d'animaux de compagnies (AC) a été associée à un vieillissement plus sain et par conséquent, améliorant la qualité de vie des maîtres. Cette étude a donc comme objectif principal de comprendre la contribution des animaux de compagnies dans le vieillissement des individus en traitement après avoir consommé des SPA.

Dans cette recherche, nous allons opter pour une étude de nature qualitative, exploratrice et transversale. Dix-sept individus en traitement dans un centre de réponses intégré qui s'étend sur plusieurs municipalités du district de Porto et d'Aveiro, ont accepté de participer. Comme technique de collecte de donnée, nous avons utilisé une interview semi-structurée. Les données ont été postérieurement analysées à travers l'analyse de contenu de Bardin. Les résultats montrent que 65% des participants sont de sexe masculin; avec une moyenne d'âge de 50.6 ans (IA  $\pm 4.51$ ); la plupart (88%) n'ont pas de compagnon; 47% n'ont pas terminé l'enseignement basique; 65% sont au chômage. Quant à la première SPA consommée, le cannabis et ses dérivés dominent pour 82% des participants. Mis à part cette dernière qu'ils consommaient au début du traitement, les 17 participants consommaient de l'héroïne. En termes de traitement, 47% des participants suivent un programme de méthadone. La plupart des participants (82%) ont contracté des maladies infectieuses et parasitaires; ce qui a laissé place à des perturbations mentales et du comportement (41%), des maladies cardiovasculaires (29%) et des maladies respiratoires (24%). Concernant la dimension Relation avec les animaux de compagnie le long de la vie, deux catégories se distinguent : possède un AC et possédait un AC. Dans la première, nous constatons l'existence de deux sous-catégories : Toujours et après le Mariage; tandis que dans la deuxième, trois : Chien, Chat et Autres. Dans la dimension Animal de compagnie actuelle ont surgi deux catégories : espèce et temps depuis lequel il possède l'AE. Dans la première nous constatons l'existence de deux

sous-catégories : chien et chat; tandis que dans la deuxième, trois : moins de 1 an, 1 à 5 ans et plus de 5 ans. Concernant la dimension Contexte dans lequel l'AC actuel a surgi, cinq catégories se distinguent : Adoptés, Offerts par des amis, enfants de l'AC antérieur, phase significative et autres. La dimension Bénéfices à avoir un animal de compagnie laisse alors place à 4 catégories: bénéfices physiques; bénéfices mentaux; bénéfices émotionnels et bénéfices sociaux. Dans la première catégorie surgissent les sous-catégories suivantes : promotion de l'activité physique et de la mobilité; développement du langage et réduction de la douleur; dans la deuxième catégorie, les sous-catégories: promotion de changements positifs envers soi-même et du comportement; promotion d'événements comme la naissance, la mort et l'attention; jouer; promotion de la santé mentale; dans la troisième catégorie, les sous-catégories: création de liens émotionnels; promotion d'états émotionnels positifs et prévention d'états émotionnels négatifs; expressions de sentiments et émotions; réception de sentiments et émotions et réduction de la solitude et dans la quatrième catégorie, les sous-catégories: Passe-temps et divertissement; Augmenter le cercle social, la convivialité et combattre l'isolement social; Promotion de valeurs et Routines. Mais posséder un animal de compagnie ne présente pas que des avantages, il faut aussi assumer certaines responsabilités. La dimension Responsabilité permet d'identifier les catégories suivantes: Santé et hygiène (94%); Mort ou perte (88%); Alimentation (88%); Economies (82%); Promener (29%); Arrière-garde (29%) et Autres (35%). Finalement, dans la dimension d'Avoir ou Pas Un Animal de Compagnie dans le Futur, se sont distinguées trois catégories: Continuer à en avoir un (76%); Ne veut plus continuer à en avoir (18%) et sans opinion (6%).

Le concept de vieillissement sain présuppose de bas risques d'incapacités fonctionnelles en relation avec les maladies; un excellent fonctionnement mental et physique et de l'engagement actif dans la vie. Ainsi, les AC sont un important élément dans la promotion du vieillissement sain dans un groupe vulnérable comme celui des consommateurs de SPA et sont présentés comme une alternative aux réponses conventionnelles proposées par les systèmes de santé et social.

**Mots-clés:** Substances Psychoactives; Traitement; Animaux de Compagnie; Vieillissement

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

AAA - Atividade Assistida por Animais

AC - Análise de Conteúdo

AE - Animal de Estimação

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

CRI - Centro de Respostas Integradas

DGS - Direção Geral de Saúde

DICAD - Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências

E - Entrevistado

EAA - Educação Assistida por Animais

IAA - Intervenção Assistida por Animais

nº - Número

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

SICAD - Serviço de Intervenção Comportamentos Aditivos e Dependências

SPA - Substâncias Psicoativas

STCP - Serviço de Transportes Públicos do Porto

TAA - Terapia Assistida por Animais

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana



## **Introdução**

O envelhecimento humano é uma parte natural do ciclo de vida, implicando uma mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (Silva et al., 2003; DGS, 2004). Segundo estes autores, o envelhecimento tem início ainda antes do nascimento e prolonga-se ao longo de toda vida, sendo desejável que este processo seja vivenciado de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. No entanto, nem todos os indivíduos vivenciam o processo de envelhecimento da mesma forma.

O uso e a dependência de substâncias psicoativas (SPA) causam um prejuízo significativo nos indivíduos em todo o mundo (WHO, 2016). As substâncias psicoativas são substâncias que, quando consumidas ou administradas no organismo de alguém, afetam os processos mentais, nomeadamente a cognição e o afeto. O termo substâncias psicoativas e seu equivalente, droga psicotrópica, são termos mais neutros e descritivos para toda a classe de substâncias, lícitas e ilícitas, de interesse para a política de drogas. O termo psicoativo não implica necessariamente a produção de dependência (WHO, 2016).

Sabe-se que o uso de SPA é frequentemente iniciado na adolescência, mas é durante a idade adulta que as desordens do seu uso atingem o pico e que na velhice o risco de complicações aumenta (Schulte; Hser, 2014).

Segundo a OEDT (2010c), o consumo de substâncias exacerba ou acelera as condições associadas ao envelhecimento, causando um envelhecimento metabólico prematuro, a que acresce uma alta probabilidade de desenvolvimento de doenças crónicas, tais como, a Hepatite C, e o VIH, em consequência da adoção deste comportamento de risco. Por sua vez, estas doenças crónicas também irão potenciar e acelerar o processo de envelhecimento.

Além dos efeitos a nível biológico, o consumo de SPA compromete ainda a função social e ocupacional (Choi, DiNitto, Marti e Choi, 2015), contribuindo também para que o processo de envelhecimento ocorra mais rápido nos consumidores de SPA (OEDT, 2010c).

Face a estes dados, é necessário ter em consideração que a população de idosos consumidores de SPA tem tendência a aumentar, tal como, os *baby boomers* que apresentam uma maior exposição ao uso/abuso destas substâncias, em relação aos seus antecessores (OEDT, 2010c). Esta tendência torna-os um grupo com necessidades crescentes para os serviços de saúde (Schulte; Hser, 2014).

Exercendo a minha atividade profissional num Centro de Respostas Integradas (CRI), fui verificando uma grande preocupação das pessoas consumidoras de SPA com o bem-estar dos seus animais. Tendo conhecimento que, atualmente, muitos profissionais incidem a sua atenção nos pontos fortes do indivíduo e não nos seus défices, no âmbito do Curso de Mestrado em Gerontologia Social, emergiu a seguinte pergunta de partida:

“Quais os benefícios de ter um, ou mais, animais de estimação para a promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de substâncias psicoativas?”

Desde o século XVIII, os AE têm sido utilizados no tratamento de doenças, perturbações mentais e reabilitação de soldados. No século XX, surge a terapia assistida por animais (TAA) e aumenta muito a investigação sobre a utilização de animais em processos de recuperação de indivíduos debilitados.

Este estudo tem por objetivo geral compreender os contributos dos animais de estimação na promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de SPA.

A presente dissertação organiza-se em 3 partes centrais. Na primeira, apresentam-se os conceitos teóricos, nomeadamente, sobre envelhecimento humano, envelhecimento em consumidores de SPA, AE e sobre o papel dos AE na promoção do envelhecimento saudável em consumidores de SPA. Na segunda parte, o percurso metodológico do estudo e, na terceira parte, são apresentados, analisados e discutidos os resultados desta investigação. O documento termina com uma conclusão de todo o processo realizado.

## **Parte I - Considerações Teóricas**



# **1 - O Envelhecimento Humano como Realidade Biológica, Psicológica e Social**

O envelhecimento é um processo natural e inevitável no âmbito do desenvolvimento do ser humano. Acompanha o indivíduo desde o seu nascimento e prossegue ao longo de toda a sua existência, terminando com a morte (Souza, 2011; Pessini e Siqueira, 2011). É um fenómeno transversal a toda a história da humanidade com características singulares de acordo com a cultura, o tempo e o espaço.

O conceito de envelhecimento tem-se apresentado em constante mudança, resultante de uma crescente preocupação com os indivíduos que se situam na última fase deste processo. Tal preocupação reflete-se no aumento de estudos relativos a esta temática, e consequentemente, na emergência de disciplinas científicas com a preocupação de estudar quer a velhice (Geriatría, mais dirigida para a prevenção e o tratamento das doenças na velhice), quer o processo de envelhecimento (Gerontologia) (Prado e Sayd, 2006).

Segundo Jeckel-Neto e Cunha (2002), é necessário continuar a investigar para se chegar a um consenso sobre os conceitos básicos que possam definir o processo de envelhecimento nos seres vivos e assim obter uma explicação unificada. A falta desses conceitos sedimentados impede a formulação de uma teoria que explique, esclareça, interprete e unifique o domínio de fenómenos envolvidos neste processo.

O ser humano é um todo uno, integrado, organizado e verdadeiramente dinâmico que está em constante processo de mudança. Todos os seus sentidos, emoções e órgãos do corpo estão profundamente interrelacionados. À medida que envelhece, surgem mudanças na aparência, nas capacidades e comportamento, mudanças que não devem diminuir o seu valor, a razão de viver e a capacidade de aprender. Cada fase da vida anuncia modificações em resposta a situações decorrentes do trajeto de vida, as quais trazem perdas e ganhos. A idade é uma questão de percepção e atitudes (Pessini e Siqueira, 2011), pelo que seria importante que, ao longo da vida, as pessoas aprendessem a adaptar-se às variadíssimas e constantes transformações, pois à medida que envelhecem, diminuem proporcionalmente as suas perspetivas de vida.

Ao longo do ciclo de vida temos várias etapas, tendo a velhice, segundo Schneider e Irigaray (2008), as suas particularidades, só podendo ser entendida numa abordagem globalizante que relaciona aspetos distintos: cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estes aspetos contribuem para categorizar um indivíduo como sendo, ou não, velho e conseqüentemente dão contributos para a definição de envelhecimento na atualidade.

Contudo, não podemos esquecer que aspetos culturais, económicos, geográficos, políticos, históricos influenciam as representações sociais do envelhecimento. O processo de envelhecimento acontece de modo distinto e é influenciado pelo estilo de vida, condições socioeconómicas, ambiente, saúde, hereditariedade, entre outros fatores (Valer, Bierhals, Aires e Paskulin, 2015).

Como o ser humano é único, irrepetível e geneticamente determinado, o processo de envelhecimento é mais uma etapa da vida com constantes modificações, dependendo de fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo e o seu estudo deve ser sustentado em três dimensões: biológica, psicológica e social (Souza, 2011; Pereira, Freitas e Mendonça, 2004; Olshansky, Hayflick e Carnes, 2004). A dimensão biológica, consequência do aumento da idade cronológica, a dimensão psicológica que advém da resposta comportamental ao processo biológico, e a dimensão social que emerge da interação entre o organismo e a sua envolvência (Olshansky et al., 2004). A decadência física que é mais evidente, conjuntamente com dificuldades sociais, leva a consequências psicológicas. Tudo contribui para a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e o acumular de doenças e de sintomas característicos da idade madura (Pereira et al., 2004).

Segundo Blazer (1998), o envelhecimento humano pode ser dividido em envelhecimento primário - associado ao processo biológico, essencialmente relacionado com a hereditariedade do organismo, e que gera uma inevitável alteração desfavorável; e o envelhecimento secundário - relacionado com incapacidades, em que a origem primordial está ligada a fatores ambientais, ou seja, a modificações causadas pelas doenças.

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e irreversível, que todos os seres humanos vivenciam. Definir o fenômeno do envelhecimento é uma questão que implica a análise de múltiplas dimensões, seguindo os autores atrás referenciados, abordamos neste estudo a biológica, psicológica e social.

#### DIMENSÃO BIOLÓGICA

Segundo o relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS (2015, p. 12)

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

As mudanças no indivíduo a nível biológico, que decorrem do envelhecimento são complexas, inabaláveis e irreversíveis, ficando o organismo mais suscetível a vulnerabilidades intrínsecas e extrínsecas. Envelhecer implica perdas funcionais que são o resultado da diminuição progressiva das funções de todos os órgãos e sistemas. Com o envelhecimento surge a deterioração, o déficit, a falência e o falecimento que advêm de perdas de audição, visão e mobilidade relacionados com a idade, assim como doenças não transmissíveis entre as quais doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e demência (OMS, 2015).

A evidência reforça a ideia de que a potencialização destas perdas resulta, sobretudo, da “sua interação com os hábitos de vida do indivíduo e com as amenidades do seu meio envolvente” (Nogueira, D. e Reis, E., 2011, p. 71).

Decorrente dos estilos de vida, podemos considerar como aspetos biológicos do envelhecimento a senescência, o envelhecimento diferencial e o surgimento das principais alterações fisiológicas.

Com o decorrer da vida, sem comprometer as relações e a gestão de decisões, os sinais de défices funcionais vão surgindo paulatinamente, denominando-se senescência. Assim, todos os órgãos ou sistemas envelhecem de forma diferenciada, tornando a variabilidade cada vez maior (Moraes, Moraes e Lima, 2010), segundo a seguinte

fórmula: Envelhecimento = vulnerabilidade + Variabilidade + Irreversibilidade. Contudo, este processo não pode ser considerado patológico, é decorrente de alterações físicas e morfológicas.

As células do corpo humano estão em constante regeneração, porém, com o envelhecimento surgem alterações anatômicas e fisiológicas, o processo de regeneração celular fica diminuído originando a diminuição das funções biológicas, anatômicas e redução nas reservas. A maioria dos sistemas orgânicos, a partir dos 30 anos, apesar de nem sempre se manifestarem, começa a ter cerca de 1% de perdas funcionais em cada ano (Kane, Ouslander e Abrass, 2005).

Com o decorrer da idade são muitas as transformações e vão surgindo alterações como: a diminuição da estatura (devido à diminuição da altura vertebral ocasionada pela redução da massa óssea e outras alterações degenerativas da coluna vertebral); a redução da quantidade de cabelo; da tolerância à glicose; da capacidade do sistema imunitário combater as infecções; da alteração dos sentidos, essencialmente da acuidade visual (sobretudo para objetos mais perto) e da auditiva; a pele fica mais fina, seca e elástica (aparecimento de rugas); do comprometimento da cavidade oral; do aumento da relação entre gordura e massa muscular e corporal; da redução da água corporal total; da frequência cardíaca durante o exercício e em resposta ao stress; do fluxo sanguíneo para o fígado e rins; da capacidade de eliminação das toxinas; da captação máxima de oxigênio; da motilidade intestinal e da atividade sexual. Há diminuição da força e a contração muscular é mais lenta, assim como o desempenho psicomotor que é também mais lento. Surgem ainda alterações neurológicas, musculares e osteoarticulares de etiologia inespecífica, que pode causar cansaço, perda de apetite, fraqueza, alteração da marcha e do equilíbrio, o que pode contribuir para a decadência funcional e a uma dificuldade de adaptação a situações novas (Pinto, 2001; Neto, 2004, Kane et al., 2005).

A nível fisiológico, o estilo de vida que o indivíduo adota desde a infância influencia o envelhecimento, contribuindo para diferentes padrões de declínio biológico do ser humano nos vários sistemas e aparelhos, pois o organismo envelhece como um todo, enquanto os seus órgãos, tecidos, células e estruturas têm envelhecimento diferenciados (Cancela, 2007). O organismo vai ficando mais debilitado afetando o

funcionamento dos vários sistemas respiratório, cardiovascular, digestivo, geniturinário nervoso e sensorial. Mas normalmente as transformações do corpo são as que surgem mais rapidamente, ao nível do sistema locomotor alterando a estrutura física e a aparência.

O processo de envelhecimento no ser humano progride de modo diferente e fatores genéticos, patológicos, socioeconómico, assim como o estilo de vida influenciam o seu desenvolvimento de formas distintas. Contê-lo é impossível, mas pode ser contornado através de uma alimentação saudável, prática de atividade física e intelectual com objetivo de minimizar e/ou retardar as perdas e assim proporcionar um envelhecimento mais saudável.

#### DIMENSÃO PSICOLÓGICA

O processo de envelhecimento psicológico está associado às alterações psicológicas que decorrem nesse período do ciclo de vida e manifestam-se a nível cognitivo e a nível emocional.

Segundo a OMS (2015), com o avançar da idade, para além das perdas biológicas surgem por vezes mudanças significativas a nível dos objetivos, da motivação e das preferências. Nessas mudanças estão incluídas alterações de papéis, posições sociais e perdas de relações próximas. Assim, com o objetivo de se ajustar a essas alterações, os idosos optam por fazer uma redução das atividades e das metas a atingir, otimizando as capacidades existentes, equilibrando a perda de algumas capacidades, descobrindo, ainda, diferentes formas de concretizar tarefas. Estas mudanças refletem o desenvolvimento psicológico contínuo que pressupõe a capacidade de desenvolver novos papéis e novos pontos de vista (OMS, 2015).

Segundo Moraes et al. (2010) a evidência permitiu uma mudança no paradigma do envelhecimento psíquico. Os idosos saudáveis sem problemas físicos podem ser produtivos e não é forçoso que surjam alterações na funcionalidade mental. O conhecimento de como e quais as funções psíquicas que se modificam no processo de envelhecimento possibilitou a reflexão que permite que o idoso não seja tratado como um ser limitado cognitivamente, pois apenas necessita de se adaptar a estímulos ambientais para possuir funcionalidade semelhante à de adultos jovens. Permite,

ainda, fundamentar as alterações impostas pela sociedade para que os idosos sejam valorizados.

No ser humano a atividade intelectual, a nível cognitivo, inclui a “percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento” (Moraes et al. 2010, p. 69).

Por vezes, é difícil estabelecer a barreira entre as alterações cognitivas normais e patológicas. Com o decorrer da idade diminuem algumas capacidades de memória de trabalho e velocidade de pensamento, no entanto, a inteligência verbal, a atenção e a competência de cálculo permanecem inalteradas. Em determinadas situações, as capacidades cognitivas do indivíduo podem sofrer alterações, decorrentes de mudanças fisiológicas, doenças crónicas, má nutrição, consumo de determinados fármacos, circunstâncias psicossociais desfavoráveis (viuvez, dificuldades económicas e perdas ao nível do meio envolvente), podendo levar à construção de uma nova identidade pessoal (Squire, 2005; Moraes et al. 2010).

As alterações não significam necessariamente um prejuízo na concretização das atividades diárias, nem limitação da participação social. Contudo, Squire (2005) refere que o défice na acuidade visual e auditiva e a lentificação das reações, podem contribuir para o isolamento social, para diminuição da autoconfiança com repercussões nas atividades quotidianas favorecendo o aparecimento de patologias como a depressão.

Resultantes do processo de envelhecimento podem surgir algumas perdas, mas há também capacidades que não são tão atingidas, como a capacidade de adaptação, ponderação e exatidão na realização de tarefas, agilidade na resolução de problemas, competência na execução de tarefas familiares e no uso de conhecimento acumulado (Ribeiro, 2007; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Para Moraes et al. (2010), no processo de desenvolvimento psicológico, o idoso tem capacidades de aceitação dos factos e de desencadear mecanismos para tolerar a dor e/ou perda da autonomia. O início e o progresso do declínio cognitivo resultante do envelhecimento são influenciados por diversos fatores entre os quais a educação, a saúde, a personalidade, o nível intelectual global e a capacidade mental específica. É

essencial que o idoso se sinta mais valorizado e estimulado e para isso é primordial que tenha objetivos e um projeto de vida que possa promover a motivação e a autoestima. Concomitantemente, terá ganhos afetivos e sociais que facilitarão a adaptação a novos papéis. Assim, a homeostasia entre o envelhecimento psíquico biológico e social é fundamental para melhorar a interação com os outros e a qualidade de vida.

#### DIMENSÃO SOCIAL

Para a OMS (2015, p. 12), “o envelhecimento origina modificações nos papéis e posições sociais, assim como a necessidade de lidar com perdas de relações próximas”.

O processo de envelhecimento social refere-se a mudanças nos papéis sociais relacionadas com o contexto em que o indivíduo está inserido. As interações sociais provenientes da educação, do trabalho e da experiência de vida influenciam este processo, pois cada sociedade tem definidas as funções e os papéis sociais que cada cidadão (estudante, marido, trabalhador, aposentado, entre outras) deve desempenhar.

Segundo Zimerman (2000), o estatuto do idoso e a relação com os outros podem sofrer modificações, através de:

- Crise de identidade – perda da autoestima causada pela ausência de papel social;
- Mudanças de papéis sociais – adequações a novos papéis ao nível do trabalho, na família e na sociedade;
- Reforma – os idosos devem estar preparados para não ficarem isolados, deprimidos e sem rumo;
- Perdas na autonomia, na independência, no poder de decisão, e na perda de parentes e amigos;
- Diminuição dos contactos sociais.

Resultante do envelhecimento, os idosos devem adotar um estilo de vida que lhes permita colmatar as prováveis perdas. No entanto, os idosos que não tenham limitações podem ser muito produtivos.

A rede social, onde o indivíduo está inserido, regula a conduta social espectável e a idade circunscreve um novo estrato social que funciona como orientador que constitui e abona direitos e privilégios (Silva et al., 2003). Essa rede é responsável por conceder significados a situações diferenciadas no seu quotidiano.

Resultante da sociedade em que o idoso está inserido, o processo de envelhecimento é mais do que uma experiência individual, é uma experiência social, em que as alterações biológicas que surgem têm um sentido próprio em contextos próprios. Assim na atual sociedade a perda de memória ou a lentidão são construções sociais dominadas pela competitividade, dificultando a experiência social do idoso. Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín e Paz (2009) consideram que o envelhecimento é um conceito psicossocial, do qual não se podem separar os aspetos biológicos, psicológicos e sociais. As mudanças de estatuto social condicionam as relações sociais que o idoso estabelece, assim como a probabilidade de perda de alguns papéis sociais. Por vezes essas mudanças resultam de limitações funcionais, do estado de viuvez ou da redução do número de contactos sociais.

A entrada na reforma é um marco normativo, com importância a nível social, que mais mudanças trás ao idoso, pois modifica o seu estilo e ritmo de vida e provoca uma perda e/ou alteração de papéis a nível profissional, familiar e da sociedade. Pode também provocar uma perda de estatuto social e ser um modo de exclusão social, tendo repercussões a nível da autoestima o que pode condicionar os desafios provocados pela sociedade onde está inserido. Outras repercussões podem estar associadas como a diminuição do poder económico e da participação na sociedade, contribuindo para o isolamento social e mesmo a marginalização (Ribeiro, 2007; Ribeirinho, 2005). A sociedade, assim como a família, nem sempre está desperta às necessidades do idoso e, em alguns casos, negligencia e/ou até mesmo se torna agressiva, desrespeitando-o e deixando-o muitas vezes abandonado.

No processo de envelhecimento social podem ocorrer perdas, separações, solidão e isolamento que condicionam a motivação e a forma de viver, pois a perda de estatuto pode gerar um sentimento de inutilidade. Todavia, nem todos os idosos vivenciam o processo de envelhecimento da mesma forma, havendo os que são muito autónomos e mantêm uma vida social muito ativa.

Resultantes das alterações demográficas e sociais emergiram novas necessidades. As alterações do núcleo familiar, do circuito de amigos e dos papéis sociais requerem adaptações. É necessário reunir condições e soluções adequadas ao atual contexto para obter maior qualidade nesta etapa do ciclo de vida, em que o idoso deve ser tratado como um ser biopsicossocial, dado que a sociedade atual quer viver muitos anos mas não quer envelhecer (Schneider e Irigaray, 2008).



## **2 - O Envelhecimento em Consumidores de Substâncias Psicoativas**

As Nações Unidas (2015) estimam que entre 2015 e 2030, no mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais aumentará cerca de 56%, passando de 901 a 1400 milhões e em 2050, a população mundial de pessoas idosas deverá mais do que duplicar em relação a 2015, atingindo cerca de 2,1 biliões.

O processo de envelhecimento é maior em países mais ricos. O Japão é o país com a população mais envelhecida do mundo, tendo em 2015, 33% da população com mais de 60 ou mais anos de idade. Segue-se a Alemanha (28% com 60 ou mais anos), a Itália (28%) e a Finlândia (27%) (United Nations, 2015).

Segundo dados do INE, relativos ao ano de 2014, em Portugal o índice de envelhecimento é de 141,3 (INE, 2014).

Este envelhecimento demográfico deve-se ao aumento da esperança de vida, em conjunto com outros fatores, tais como, a redução das taxas de natalidade e de mortalidade, o aumento da emigração e imigração, os progressos científicos e tecnológicos da medicina e as transformações socioeconómicas que proporcionaram uma melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas (United Nations, 2015).

No entanto, uma maior longevidade poderá não corresponder a uma vida funcional, independente, autónoma e sem problemas de saúde. Um idoso pode tornar-se dependente e inválido, em consequência de uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes (Costa, M., 2006; United Nations, 2015).

Relativamente à população consumidora de SPA na Europa, os dados estatísticos publicados revelam que estas pessoas estão igualmente a envelhecer e que a prevalência destes consumos em adultos mais velhos está a aumentar (OEDT, 2010b). De facto, embora exista uma tendência natural de associar o consumo/abuso de SPA ilícitas a grupos etários jovens, temos vindo a constatar este problema em idades mais avançadas.

Os dados disponíveis pelo OEDT (2010a; 2010c) permitem ainda identificar duas tendências em relação ao consumo de canábis: um aumento gradual na prevalência do

consumo nos países do sul e do oeste e uma tendência de estabilização num pequeno número de países de baixa prevalência. A análise longitudinal aponta para uma proporção considerável de indivíduos que mantêm o consumo de SPA ilícitas, quase exclusivamente de canábis, ao longo do seu envelhecimento, o que pode estar na origem deste fenómeno. À medida que aumenta o consumo de substâncias como a canábis, cocaína e sintéticas nos jovens, pode esperar-se, num futuro próximo, o aumento de consumidores de SPA ilícitas na faixa etária acima dos 40 anos.

Mesmo face aos dados referidos anteriormente, o OEDT (2008; 2010c) considera que não existem dados suficientes sobre os idosos consumidores de SPA para se fazer uma estimativa da situação atual desta população. Esta insuficiência de dados pode dever-se à não existência de uma definição padronizada de “consumidores de substâncias psicoativas ilícitas mais velhos”. No entanto, o OEDT (2008) e o SICAD (2013) referem que estes se podem dividir em duas categorias: os sobreviventes e os reativos. A categoria de sobreviventes refere-se aos que iniciaram os consumos de SPA durante a juventude e que geralmente têm uma extensa carreira de consumos que perdura até à velhice, sendo estes a maioria. A categoria de reativos, incluem os que iniciaram os consumos numa fase mais tardia da vida, devido a situações de stress, tais como, rutura conjugal, reforma, isolamento social ou a perda de entes queridos (OEDT, 2008; SICAD, 2013).

O OEDT (2010b; 2010c) refere ainda que a idade definida como ponto de corte em estudos de investigação para considerar um indivíduo como consumidor velho de SPA são os 40 anos de idade. Segundo este observatório os indivíduos que nesta idade são dependentes de SPA ilícitas já tiveram um longo percurso de consumos problemáticos, sendo o seu processo de envelhecimento mais rápido. Assim, quando atingem os 40 anos de idade podem necessitar de um nível de cuidados de saúde geralmente associado a pessoas 20 mais velhas.

Já o SICAD (2013), estima que entre 2001 e 2020, na Europa, o número de idosos com problemas relacionados com o consumo de SPA aumente para mais do dobro.

Por sua vez, o OEDT (2014) estima que um quarto da população adulta da União Europeia, correspondente a cerca de 80 milhões de adultos, terá consumido SPA

ilícitas em algum momento da sua vida. A SPA mais consumida terá sido a canábica (73,8 milhões), seguida da cocaína (14,1 milhões), das anfetaminas (11,4 milhões) e do ecstasy (10,6 milhões). Os níveis de consumo de SPA ilícitas ao longo da vida variam em função dos países. Na Dinamarca, França e Reino Unido cerca de um terço dos adultos já consumiram SPA ilícitas ao longo da vida e na Bulgária, Grécia, Chipre, Hungria, Portugal, Roménia e Turquia um em cada dez.

O aumento do número de cidadãos mais velhos com consumos problemáticos de SPA foi influenciado por vários fatores, tais como, as mudanças demográficas e as tendências de mudança na disponibilidade da heroína, em simultâneo com um aumento da esperança média de vida ligada a um melhor acesso a tratamento e ao desenvolvimento de serviços de redução de riscos e minimização de danos e terapias farmacológicas (ex. antirretroviral) (OEDT, 2010b; 2010c).

O OEDT (2010c) reforça ainda que o aumento da idade média de óbitos relacionados com o consumo de SPA na Europa apoia a perspetiva de uma coorte de consumidores problemáticos em envelhecimento em muitos países europeus. Dados disponibilizados pelos serviços de tratamento de comportamentos aditivos e dependências descrevem um crescente número de clientes mais velhos em tratamento. Aparentemente estes indivíduos são predominantemente sobreviventes da epidemia das drogas (heroína) que atingiu a Europa durante os anos 80 e 90. Houve um aumento da esperança e qualidade de vida devido à disponibilidade e avanço nos tratamentos, nomeadamente intervenções de redução de riscos e minimização de danos e terapias farmacológicas, como referido anteriormente (OEDT, 2010c).

Estima-se que, em 2012, pelo menos 1,3 milhões de pessoas tenham recebido tratamento na Europa por consumo de SPA ilícitas. Os consumidores de opiáceos constituem o maior grupo em tratamento e os dados relativos aos utentes que iniciaram tratamento sugerem que os consumidores de canábica e de cocaína são o segundo e o terceiro maiores grupos, apesar das desigualdades observadas de país para país. Na Europa, o tratamento mais usado para a dependência de opiáceos é o tratamento de substituição, o qual normalmente é combinado com intervenções psicossociais. Os dados disponíveis afirmam que esta abordagem combinada contribui para manter os doentes em tratamento e para reduzir o consumo de opiáceos ilícitos,

assim como os danos e a mortalidade relacionados com consumo de SPA ilícitas (OEDT, 2014).

É também estimativa do OEDT (2008; 2010c) que, entre 2001 e 2020, o número de pessoas idosas com problemas de consumo de SPA, ou necessitadas de tratamento devido a perturbações causadas por esse consumo, possa ter aumentado para mais do dobro. Relaciona-se este aumento com a extensão da geração do «baby-boom» (nascida entre 1946 e 1964) e à maior quantidade de consumo de SPA presente neste grupo.

Segundo dados disponíveis pelo OEDT (2010b; 2010c), na Europa, cerca de 19% dos indivíduos que iniciam tratamento por consumo de SPA ilícitas têm 40 ou mais anos, enquanto em Portugal a percentagem é de 28%. Relativamente aos Estados Unidos, as estimativas sugerem que entre 2001 e 2020 o número de pessoas com mais de 50 anos com problemas ligados ao consumo de SPA ilícitas e com necessidades de tratamento pode aumentar até 300% (OEDT, 2008).

Beynon (2009), Anderson e Levy (2003) e Levy e Anderson (2005) referem que nos últimos trinta anos o tratamento em sujeitos com abuso de SPA ilícitas tem-se tornado muito eficaz, o que tem aumentado a esperança de vida desta população. A evolução natural de algumas doenças implica que os sintomas apenas se manifestem em idade avançada.

Assim, a vida de consumidores de SPA mais velhos tende a ser caracterizada por níveis consideráveis de comorbilidades. Sabe-se que os consumidores de substâncias psicoativas ilícitas mais velhos apresentam problemas de saúde específicos, pois o consumo destas a longo prazo aumenta ainda mais o risco de certas morbilidades já prevalentes na velhice, como o enfarte do miocárdio, as doenças pulmonares e cerebrais (associadas ao consumo de cocaína), a cirrose e outras doenças do fígado (associadas com a infeção pelo vírus da hepatite C, contraída através da partilha de material de consumo e/ou consumo excessivo de álcool) (Beynon, 2009; Anderson e Levy, 2003; Levy e Anderson, 2005).

O OEDT (2008) revela que os consumidores de SPA mais velhos podem apresentar falta de mobilidade, quedas e falta de saúde em geral. Com o avançar da idade, a

metabolização das SPA é mais lenta e poderá haver uma maior vulnerabilidade do cérebro aos seus efeitos. Há estimulantes que provocam alterações no funcionamento dos recetores cerebrais, que podem interagir com outros processos e acelerar, ou agravar, o desenvolvimento das perturbações neuro cognitivas associadas ao envelhecimento. As alterações metabólicas e fisiológicas associadas ao envelhecimento podem facilitar o aparecimento de efeitos adversos mesmo em baixos níveis de consumo de SPA ilícitas (OEDT, 2008).

Segundo OEDT (2010c), os consumidores de SPA mais velhos são mais vulneráveis aos efeitos físicos e mentais acumulados dos policonsumos, overdoses e infeções. Muitos podem sofrer de défices ou comprometimentos físicos adquiridos ao longo da carreira de consumo. Como o aumento da eficácia das terapias a vida dos consumidores prolongou-se, tornando-os propensos a problemas de saúde que são mais típicos de pessoas mais velhas, tais como doenças ligadas ao álcool e tabaco, incluindo doenças cardíacas ou diabetes. Podem, também, ser afetados por problemas de saúde de evolução lenta, tais como a hepatite viral crónica.

Seabra e Sá (2011) salientam os determinantes de saúde das pessoas consumidoras de SPA: o policonsumo de substâncias, as comorbilidades (físicas e psíquicas) e o envelhecimento da população consumidora de SPA. Estes determinantes vão influenciar o estado funcional, o autocuidado, a gestão de sintomas, a dor e a segurança. Estes autores corroboram ainda que as consequências do policonsumo e das comorbilidades se acentuam quando o indivíduo continua a consumir SPA em idade mais avançada. É importante referir que os determinantes de saúde são os fatores que influenciam, condicionam e determinam o aparecimento de necessidades numa pessoa ou grupo de pessoas, os quais decorrem de fatores individuais (genéticos, biológicos, psicológicos e comportamentais), ambientais, económicos, sociais e culturais (DGS, 2005).

O consumo abusivo de álcool pode igualmente agravar os problemas de saúde relacionados com o envelhecimento, assim como a combinação de consumo de álcool e outras SPA, mesmo sendo consumos baixos e moderados. O álcool intensifica os fármacos depressores do sistema nervoso central (por exemplo, as benzodiazepinas e os analgésicos à base de opiáceos), mesmo que seja consumido em baixas

quantidades, os quais são frequentemente consumidos pelos adultos mais velhos. Há um elevado risco de «overdose» com o consumo da mistura de álcool e sedativos. O consumo excessivo de álcool está associado a um risco aumentado de disfunção cognitiva e de demência (OEDT, 2008; SICAD 2013).

O consumo abusivo de medicamentos com propriedades psicoativas também é uma realidade comum em idosos, em alguns casos não intencional, que em simultâneo com o consumo de bebidas alcoólicas pode atenuar ou agravar os efeitos dos medicamentos, dependendo da natureza dos mesmos (SICAD, 2013).

Outro aspeto a salientar refere-se ao facto dos problemas de saúde resultantes do consumo de SPA entre os mais velhos passarem muitas vezes despercebidos ou serem mal diagnosticados. Alguns estados co mórbidos normalmente observados nestes adultos (por exemplo, deficiência cognitiva) podem mascarar os sintomas e dificultar o rastreio, por exemplo, a agitação e a confusão, tanto podem anteceder como ser consequência do consumo de substâncias. Deve prestar-se maior atenção às co morbilidades no caso dos doentes mais velhos, pois estes podem não admitir os seus problemas de saúde por uma questão de estigma. Estes consumidores de SPA podem ter doenças crónicas, nomeadamente do fígado, causadas por uma infeção crónica pelo vírus da hepatite C, ou doenças relacionadas com o VIH, e por isso necessitarem de tratamentos especializados (OEDT, 2008).

O OEDT (2008) relembra ainda que os consumidores de SPA ilícitas mais velhos, devido ao desenvolvimento de doenças graves e terminais, podem recorrer a essas substâncias como estratégia de resistência à dor física. Por exemplo, podem consumir cânabis devido aos seus efeitos analgésicos.

Mas, o consumo de SPA não tem efeito apenas na saúde física dos indivíduos. Segundo OEDT (2010c), grande número dos consumidores de SPA mais velhos vivem uma situação social vulnerável devido a esses consumos. Esta vulnerabilidade resulta da perda do contacto com a família e amigos não consumidores de SPA; da morte de pares e de serem considerados um grupo diferente pelos consumidores mais jovens. Assim, esta população é frequentemente excluída socialmente e isolada em relação à sua família, amigos e redes sociais, mantendo apenas a rede de consumidores de SPA,

principalmente os mais velhos, pois têm dificuldade em fazer novos amigos. São mais vulneráveis à perda de amigos próximos e sentimentos associados de depressão, isolamento e solidão. Têm níveis mais baixos de instrução, níveis mais elevados de desemprego, encontram-se frequentemente em situação de sem abrigo, ou a viverem em condições instáveis ou em instituições. Há grande probabilidade de que já tenham estado presos. Enfim, são mais marginalizados. Em geral, a qualidade de vida é pior do que a dos consumidores mais jovens (Cassar, Stafford e Burns, 2009; Nézet, Spilka, Laffiteau, Legleye, e Beck, 2009).

O OEDT (2010c) revela ainda que num estudo realizado em oito países europeus, 86% dos consumidores de SPA ilícitas mais velhos que iniciaram tratamento, com a heroína como a substância psicoativa principal, são economicamente inativos ou estão desempregados. Muitos vivem em condições instáveis ou em instituições e o mais comum é que os consumidores de opiáceos relatem condições de vida precárias. Uma grande percentagem desta população vive sozinha. Contudo, os consumidores de SPA mais velhos em tratamento apresentam melhores condições sociais quando comparados com os que não estão em tratamento (Cassar et al., 2009; Nézet et al., 2009).

O consumo de SPA tem também efeito a nível psicológico. Estes efeitos incluem a depressão, a solidão, a ansiedade, os problemas de memória, a deficiência cognitiva, a demência, a confusão e a diminuição da autoestima (OEDT, 2008).

O OEDT (2008) salienta ainda que os problemas sociais, psicológicos e de saúde estão frequentemente associados ao processo de envelhecimento e constituem fatores de risco para o abuso de SPA entre os idosos, e, conseqüentemente, estas fragilidades podem ser agravadas por este abuso. Dadas as necessidades desta população, poderá ser necessário desenvolver serviços com respostas alternativas às existentes (OEDT, 2008). Segundo este observatório permanecem muitas questões terapêuticas por responder em relação aos consumidores de SPA mais velhos, no entanto, há o conhecimento de que quando iniciam o tratamento conseguem resultados equivalentes, ou melhores, aos dos adultos mais jovens (OEDT, 2008).

O OEDT (2010b; 2010c) refere que os serviços são cada vez mais solicitados para colmatar as necessidades de utentes mais idosos, cuja saúde reflete os efeitos combinados do consumo prolongado de SPA e do envelhecimento. Estas novas necessidades representam um problema progressivo tanto para os serviços especializados de tratamento de consumidores de SPA como para os serviços genéricos de saúde e assistência social.

Outra preocupação do observatório está relacionada com o pouco conhecimento existente sobre a melhor forma de suprir as necessidades desta população em fim de vida e a necessidade de prestar cuidados paliativos aos consumidores de SPA com doenças terminais, o que constitui um importante desafio para os profissionais e os serviços de saúde (OEDT, 2008).

A Organização Mundial de Saúde considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde pública. Prevê a garantia de acesso aos cuidados de todos os doentes com necessidades, independentemente do local onde se encontrem, com os corretos critérios de qualidade (DGS, 2010).

Os cuidados paliativos são destinados a todas as pessoas com doenças crónicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo, com prognóstico de vida limitado e forte sofrimento, assim como estão direcionados a problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar. Os cuidados paliativos promovem a prevenção e alívio do sofrimento e a preparação e gestão do fim de vida com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também psicossociais e espirituais. São prestados de forma multidimensional e regular por uma equipa inter e multidisciplinar, baseados na ética clínica (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010; DGS, 2010).

Os cuidados paliativos garantem o apoio aos familiares e cuidadores dos doentes, através de cuidados planeados e estruturados, durante a vida do doente e na fase de luto. O cuidador deve ser envolvido no plano de apoio e de tratamento, pois tem um papel imprescindível na garantia de assegurar o bem-estar físico, psicológico e emocional do doente, sendo, por isso, necessário protegê-lo do risco de doença física e

mental (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010; DGS, 2010).

A intervenção dos Cuidados Paliativos é determinada pela situação e necessidades do doente e não apenas pelo seu diagnóstico ou prognóstico. As doenças que requerem com maior frequência cuidados paliativos são as oncológicas, SIDA em estágio terminal, algumas doenças cardiovasculares, doenças neurológicas degenerativas, demências na sua fase final, insuficiências terminais de órgãos, que sejam de rápida progressão. Este tipo de cuidados podem ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces da doença, mesmo quando são utilizadas outras terapêuticas que têm por finalidade prolongar a vida (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010; DGS, 2010).

A intervenção ao nível dos cuidados paliativos tem por critérios: idade jovem; antecedentes de doença psiquiátrica ou toxicod dependência; coexistência de doenças crónicas; evolução rápida ou com crises frequentes; necessidade de utilização frequente de recursos; sintomas múltiplos, intensos, específicos (ex. alterações comportamentais, entre outros) ou refratários ao tratamento convencional; indicação de intervenções complexas de Cuidados Paliativos; grande impacto emocional com dificuldades de equilíbrio emocional do doente ou família; dificuldades de suporte familiar ou do cuidador principal (DGS, 2010).

A constituição e funções das equipas de Cuidados Paliativos são definidas pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Podem ser prestados em instalações com internamento próprio - Unidades de Cuidados Paliativos - ou por Equipas de Suporte de Cuidados Paliativos. As Equipas de Suporte são equipas móveis, sem lugares de internamento, que acompanham os doentes que necessitam de cuidados paliativos de forma organizada e diferenciada, quer seja em contexto de internamento, quer de domicílio (Decreto-Lei nº 101/2006).

É reconhecida a existência de graves falhas e ameaças ao direito do ser humano em ser apoiado na fase final de vida. É, pois, essencial uma maior atenção às condições de vida dos doentes, principalmente ao nível da prevenção da solidão e sofrimento. Para tal é necessário que os cuidados paliativos sejam assegurados num ambiente

adequado, que promova a proteção da dignidade do doente. A promoção destes direitos deveria ser uma obrigação social prioritária (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010; DGS, 2010).

### **3 - Animais de Estimação: Definição, Aspetos Históricos e Intervenções Assistidas por Animais**

Animal de estimação (AE) é um termo usado em referência ao animal de companhia e que o dono estima. Estes animais acompanham os seres humanos na sua vida quotidiana, na medida em que lhes fazem companhia, não sendo destinados ao trabalho (exploração animal), nem usados como fonte de alimento (Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, 2015).

Elizeire (2013) define AE como sendo os animais que foram criados para o convívio com os seres humanos, para companhia ou divertimento. Estão inseridos ou encontram-se nas imediações das habitações dos seus donos, têm um nome e participam das rotinas familiares, gerando benefícios através das relações afetivas que estabelecem com os mesmos. Esta relação é marcada pela responsabilidade do dono em cuidar do animal e pelo contacto que é estabelecido entre ambas as partes. As principais espécies incluídas nesta categoria são: cães, gatos, pequenos roedores, répteis, cobras, peixes, aves, entre outras.

Como já foi dito, a definição de AE remete-nos para o conceito de animal de companhia, que em Portugal está legislado pela Lei nº 69/2014, artigo nº 389, nº 1, que determina “animal de companhia é qualquer animal detido ou destinado a ser detido por seres humanos, designadamente no seu lar, para seu entretenimento e companhia” (p. 4567).

Para Faraco (2008), o que define os animais de companhia são os fortes vínculos emocionais estabelecidos com reciprocidade entre humanos e cavalos, cães e gatos.

Segundo Dotti (2014), pesquisas reconhecidas em todo o mundo afirmam que os cães foram os primeiros animais a serem domesticados. Durante muito tempo foram considerados como seres sagrados e adorados como deuses. Registos históricos afirmam que nas civilizações mais remotas o elo de ligação com os animais através da representação da afetividade e seus relacionamentos são retratados com muita qualidade através de símbolos e desenhos. Os animais foram sempre retratados pelo homem como seres poderosos, que indicavam transmutação, proteção, sentimentos básicos humanos e até mesmo evolução espiritual. Quando representados pelo

homem primitivo, os animais eram identificados pelas necessidades básicas, tais como alimentação, vestuário e poder de conquista. Também eram tidos como seres que conferiam força e poder aos humanos.

Com o passar dos tempos foi havendo alterações nos papéis dos animais, tornando-se de maior importância. Assumiram figuras de divindades que se aproximavam do homem para ajudá-lo na sua jornada terrena e espiritual. Desde o antigo Egito que os animais assumiram formas de deuses, semi-humanas. Representavam a sabedoria, proteção e resolução das necessidades humanas. Outras civilizações também utilizaram a simbologia dos animais para conceitos e princípios de vida. A presença dos animais foi fundamental para situar o homem, os seus desejos e ambições em quase todas as culturas, em diferentes épocas e diferentes continentes. Na cultura ocidental, desde o século XVII, há relatos da importância dos animais na socialização e mudança do comportamento do homem. Gradualmente, o homem foi levando os seus animais para dentro ou imediações de suas casas (Dotti, 2014).

Por norma, o que é mais valorizado na relação entre indivíduos e AE é a companhia que eles oferecem. Esta tem benefícios psicossociais que pode representar um substancial e importante conforto. A solidão, a falta de companhia, a depressão e a falta de suporte social são fatores de risco para o bem-estar do indivíduo e podem aumentar a possibilidade de ideias suicidas ou comportamentos de risco. A possibilidade de uma interação de afeto homem-animal leva ainda o ser humano a receber e oferecer vantagens fisiológicas, que são, atualmente, estudadas e utilizadas em momentos terapêuticos e pedagógicos (Abrahão e Carvalho, 2015).

No século XVIII, no York Retreat, em Inglaterra, começou-se a aplicar teorias sobre a influência positiva dos AE em sujeitos com doenças mentais. O referido centro usava animais domésticos para estimular os seus pacientes a escrever, a ler e a vestir-se. Nesse mesmo centro, no final do século XVIII, William Tuke usou animais rurais no tratamento de pessoas doentes. No ano de 1867, na Alemanha, utilizou animais no tratamento da epilepsia. De 1944 a 1945, a Força Aérea Americana usou animais para a reabilitação de soldados. Nos anos 1950, Nise da Silveira utilizou de animais num hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro, Brasil.

Na década de 1960, Boris Levinson inicia a terapia psicológica com animais em crianças. É nesta década que surge a TAA, que consiste na utilização de animais com finalidades terapêuticas (Kawakami e Nakano, 2002; Dotti, 2014). Nas décadas de 1970 e 1980, houve um aumento da investigação nesta área, tendo sido criada a Pet Terapia, termo que foi abandonado nos anos 1990, por não traduzir eficazmente as possibilidades do trabalho com animais (Dotti, 2014).

Uma vez que nas décadas de 1960, 1970 e 1980 foram usadas diferentes terminologias na definição de atividades realizadas com animais, surgiu, a necessidade de estabelecer um padrão e criar uma definição que implicasse a exigência de profissionalismo e credibilidade (Dotti, 2014). Na década de 1990, a “Delta Society” definiu objetivamente a interação do homem com os animais nos seguintes termos (Dotti, 2014):

- A atividade assistida por animais (AAA) promove e desenvolve o início de uma relação com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Oferece oportunidade motivacional, educacional, de lazer, descontração, recreação, distração, entretenimento, vínculos, socialização e benefícios emocionais e/ou cognitivos. É uma atividade esporádica que pode envolver voluntários e/ou profissionais com os seus animais, especialmente treinados e com critérios rígidos de comportamento e de saúde, para visitar utentes de todas as idades e de diferentes patologias em ambientes variados. Os seus objetivos específicos de tratamento não são planeados para cada visita. A AAA não envolve metodologia e/ou procedimentos, são visitas espontâneas. Não é realizada uma análise dos pacientes, da sua história e do seu perfil, previamente. A AAA pode ser repetida por pessoas diferentes e sem a existência de um programa formal pré estabelecido, contudo, deverão ser desenvolvidas por profissionais treinados e/ou com proprietários ou guias que levam os animais às instituições. Este conceito contempla visitas, recreação e distração através do contacto das pessoas com os animais. As visitas têm a duração de uma hora ou hora e meia e são realizadas semanalmente ou esporadicamente. São atividades com grande potencial para se transformarem em TAA (Kawakami e Nakano, 2002;

Bertholucci e Martins, 2008; Machado, Rocha, Santos e Piccinin, 2008; Dotti, 2014);

- A TAA é orientada por profissionais de saúde e/ou equipa multidisciplinar, com conhecimentos especializados, os quais utilizam o animal como parte integrante da terapia/tratamento. O animal pode ser conduzido pelo voluntário, tutor ou profissional. É uma intervenção dirigida, com objetivos específicos para cada patologia e faixa etária, onde o AE especialmente treinado com critérios rígidos de comportamento e saúde é parte integrante do processo de tratamento. Tem por objetivo promover a saúde física, social, emocional e o funcionamento cognitivo (pensamento e capacidades intelectuais) dos utentes assistidos. É um processo terapêutico formal com procedimentos e metodologias específicas e é documentado e avaliado em cada sessão. A TAA pode ser desenvolvida individualmente ou em grupos e com a periodicidade semanal ou quinzenal, mas com intervalos definidos. A visita é previamente agendada e tem a duração máxima de uma hora. É um trabalho que deve ser controlado através de registos/realização de relatórios. A TAA é uma técnica cientificamente comprovada, reconhecida a nível mundial, dirigida a uma população alvo com uma grande variedade de diagnósticos, dos quais se destacam as perturbações do desenvolvimento, emocionais, comportamentais e degenerativas (Kawakami e Nakano, 2002; Bertholucci e Martins, 2008; Machado et al., 2008; Dotti, 2014). Segundo Dotti (2014), nas últimas quatro décadas, países como os EUA, o Canadá e alguns países da Europa, têm adotado este modo de intervenção;
- A educação assistida por animais (EAA) usa os mesmos critérios da TAA, mas dirigida por profissionais da área da educação. Tem por objetivos promover a aprendizagem, estimulando o desenvolvimento psicomotor e psicossocial, sendo o principal objetivo o desenvolvimento das capacidades cognitivas, psíquicas, físicas e morais dos educandos. É definida como um conjunto de atividades aplicadas no contexto escolar que trata as perturbações de comportamento. A EAA contempla princípios orientadores de importantes teóricos da pedagogia. O uso do animal como agente dinamizador configura um

meio favorável para o fortalecimento da autoconfiança, tendo presente a noção de respeito e cuidados essenciais a ter com todos os seres vivos (Bertholucci e Martins, 2008; Dotti, 2014; Abrahão e Carvalho, 2015).

Na intervenção terapêutica com o ser humano podem ser usados todo o tipo de animais que possam entrar em contato com os humanos sem perigo, sendo os animais mais utilizados os cavalos, cães, gatos, burros, golfinhos, pássaros, lamas, coelhos, tartarugas, peixes, furões, chinchilas e hamsters (Kawakami e Nakano, 2002).

Segundo Dotti (2014), os animais não precisam ser de uma espécie ou raça específica, o importante é que gostem de pessoas e de outros animais, necessitando de ser treinados (treino básico) e de um adequado acompanhamento médico veterinário (realização da vacinação, desparasitação e higiene), garantindo o bom estado sanitário do animal e minimizando o risco de zoonoses (doenças que podem ser transmissíveis entre pessoas e animais).

O programa selecionado deverá apenas ser aplicado em situações que possam trazer benefícios, podendo as atividades/terapias assistidas por animais trazer benefícios a nível físico, mental, social e emocional, a qualquer grupo de pessoas (Dotti, 2014).

Assim, Dotti (2014) aponta como benefícios a nível físico o estímulo à realização de exercícios, à mobilidade e à comunicação interpessoal, a estabilização da tensão arterial, o bem-estar e a redução da percepção da dor. Os benefícios a nível mental são o estímulo à memória da pessoa (observações relativas à sua própria vida e dos animais com que tem contacto). A nível social, os benefícios são a recreação, a diversão, a mudança de rotinas do quotidiano, a quebra do isolamento com o incentivo à comunicação e sentido de convivência, sentimento de segurança, socialização e motivação. A nível emocional, os benefícios são o amor incondicional e a atenção, a espontaneidade das emoções, a redução da solidão, a diminuição da ansiedade, o relaxamento, a alegria, o reconhecimento de valor, a troca de afeto, o vínculo e o aumento de confiança com os participantes da terapia. Os benefícios da TAA permanecem no tempo, pois, deixam nas pessoas lembranças e experiências positivas.

Em tratamentos assistidos por animais, Machado (2016) refere ainda como benefício a nível físico o alívio da dor e do desconforto pela interação e distração causada.

Os programas de AAA e TAA não devem ser aplicados quando os animais forem fonte de rivalidade e competição num grupo; quando algum elemento do grupo se torna possessivo e quer o animal só para si; quando há possibilidade de ocorrência de algum acidente por manuseio inapropriado do animal, ou mesmo por falta de supervisão; com pessoas com problemas mentais que, sem perceberem, podem provocar ou mesmo magoar os animais; com pessoas que se sintam rejeitadas pelos animais e ofendidas ou em que os animais lhes provoquem baixa estima; com pessoas que têm medo de animais; voluntários ou profissionais que não se identificam com o grupo de pacientes e animais (Dotti, 2014). Este autor recomenda ainda que as pessoas com alergias ou problemas de respiração; com feridas abertas ou com baixa resistência e zoonoses devem ser cuidadosamente supervisionadas.

Nestes programas, os animais também devem ser protegidos, pois são seres de grande sensibilidade. Por este motivo, não devem ser submetidos a situações que lhes causem stress, nem tratados com imposição e força. É importante e necessário reconhecer as suas qualidades, mas também os seus limites (Dotti, 2014).

O bem-estar geral dos animais deve ter em consideração os seguintes aspetos: ausência de fome e sede, ou seja, com acesso a água fresca e a uma dieta que os mantenha saudáveis e robustos; ausência de desconfortos e a viver num ambiente apropriado que inclua abrigo e uma área confortável para descanso; ausência de dor, ferimentos e doenças através de prevenção ou de um diagnóstico precoce, seguido de tratamento imediato; livres para manifestar comportamentos fisiologicamente normais; ausência de medos e angústias e com a garantia de adequadas condições de tratamento que evitem sofrimento de ordem psicológica. Qualquer situação que cause medo, dor, desconforto, ferimento, doença ou ainda “angústias” comportamentais comprometem o seu bem-estar (Zuanon e Fonseca, 2014).

O número de animais terapeutas está em crescimento, assim como o número de profissionais e instituições que usam os animais com estratégia de intervenção. São também cada vez mais usados animais/cães de assistência, conceito que o Decreto-Lei

nº 74/2007 de 27 de Março define como sendo cães treinados ou em fase de treino para acompanhar, conduzir e auxiliar uma pessoa com deficiência. Este conceito abrange as várias categorias de cães de auxílio a pessoas com deficiência, nomeadamente os cães-guia (cão treinado ou em fase de treino para auxiliar pessoas com deficiência visual); cães para surdos (cão treinado ou em fase de treino para auxiliar pessoa com deficiência auditiva); cães de serviço (cão treinado ou em fase de treino para auxiliar pessoa com deficiência mental, orgânica ou motora).

Apenas em situações excepcionais, que resultem da salvaguarda de interesses ligados à saúde pública e segurança, são admitidas limitações ao acesso de cães de assistência, dado que a sua utilização contribui definitivamente para a autonomia, autossuficiência e independência das pessoas com deficiência, assim como para a sua integração e participação na sociedade (Decreto-Lei nº 74/2007).

Na sociedade atual, em consequência da importância que os AE assumem na vida das pessoas, nomeadamente, ao nível da saúde física e mental, tem havido um aumento do fenómeno de antropomorfização.

A antropomorfização é a projeção de características humanas nos animais, ou seja, é a sua humanização. Este fenómeno, para além de considerar as características dos AE, trata-os como se fossem humanos, facto que é verificado com muita frequência, principalmente em cães que são adornados pelos seus donos com roupas e acessórios muitas vezes dispensáveis à sua condição animal e muitas vezes semelhantes aos usados pelos seus donos (Machado, 2016).

O aumento da antropomorfização dos animais domésticos poderá estar relacionado com algumas mudanças, tais como, a transição demográfica, que surgiu inicialmente em países capitalistas, levando à redução da taxa de fertilidade e natalidade, o que originou a redução do número de filhos ou mesmo à sua inexistência (Machado, 2016).

A humanização dos AE trouxe-lhes benefícios a vários níveis, como uma melhoria na qualidade da alimentação e aumento dos cuidados veterinários. Estas mudanças beneficiaram os animais antropomorfizados, assim como os seus proprietários uma vez que o vínculo entre pessoas e animais promove uma melhoria psicológica e emocional, o que tem sido cada vez mais referido em pesquisas (Machado, 2016).

O negócio que envolve os AE também tem tido um forte crescimento ao nível da área alimentar, do seguros de saúde e de serviços especializados, como cardiologia, radiologia, psicologia, entre outro, especialidades anteriormente disponíveis apenas na medicina humana. Na área da higiene, os serviços incluem banho, tosquia e destartarização. A ideia de que os animais sentem e sofrem como humanos promove uma maior empatia com a dor animal, o que leva a uma preocupação com legitimidade moral dos sistemas industriais de produção animal e as pesquisas que utilizam os animais como cobaias em experiências e testes cosméticos e produtos de higiene. As necessidades humanas e dos animais não-humanos são diferentes (Machado, 2016).

Há um crescente aumento do número de famílias com AE em que estes são membros de pleno direito. O estabelecimento de um forte vínculo entre os donos e os AE depende da adoção do animal certo para as necessidades e reais expectativas dos donos. Contudo, há exageros antropomorfistas que desvirtuam o relacionamento saudável entre os seres humanos e os animais. Por princípio, uma relação deste tipo deve respeitar o funcionamento biológico e fisiológico de cada espécie animal. Um AE apenas precisa que lhe seja assegurada qualidade de vida, não necessitando de adornos como, por exemplo, o uso de roupas ou de coleiras com pedras preciosas. O antropomorfismo excessivo é cientificamente inaceitável por ser prejudicial ao animal, ao ponto de lhe gerar transtornos comportamentais (Tatibana e Costa-Val, 2009).

As novas necessidades sociais acabaram por criar outros motivos para aquisição de um AE. Como já foi dito, atualmente o animal é um ser que integra a nossa cultura, com um papel importante até mesmo nas atividades terapêuticas. É o início de uma nova era em que a aproximação dos animais com os seres humanos será considerada mais do que natural, necessária para a harmonia e bem-estar das espécies envolvidas (Tatibana e Costa-Val, 2009).

Num estudo realizado em 2013, por Carvalho e Pessanha, foi observado que existe uma tendência dos proprietários que têm maior vínculo antropomórfico com os seus AE de gastarem mais recursos financeiros com eles, o que sugere a existência de um consumo por afetividade, ou seja, os proprietários procuram dar o que entendem ser melhor para os seus AE. Os valores gastos com os AE são maiores em domicílios com menor número de indivíduos, tipo unipessoal e nuclear/monoparental.

Sabe-se que o ser humano, desde a sua infância, recebe brinquedos com representação de animais como presente das pessoas que lhe são mais próximas. As imagens dos animais sempre foram usadas na ornamentação de roupas, utensílios domésticos, brinquedos e artigos de decoração de mobiliário de crianças. Na literatura, as histórias e lendas, desde sempre concederam aos animais o poder do amor e da sabedoria, representando a união estabelecida entre os animais e o homem (Dotti, 2014).

Através da simbologia dos animais é possível encontrar em algumas imagens a representação de mensagens de paz, do respeito, da fidelidade, da amizade, da companhia, da responsabilidade, da sabedoria, do amor, da liberdade, da força, entre outras. Há muitos animais, como as corujas, cisnes, coelhos, pombos, gatos, cavalos, entre outros, que representam virtudes humanas, assim como ocasiões especiais com fortes significados para o homem. A título de exemplo, a visualização da imagem de um cão com o seu dono incute uma ideia de amizade e fidelidade. Os animais podem assumir uma função de ligação entre o mundo interior e exterior do ser humano (Dotti, 2014).



## **4 - Os Animais de Estimação na Promoção do Envelhecimento Saudável em Consumidores de Substâncias Psicoativas**

“Até amarmos um animal, parte da nossa alma permanece adormecida.”

Anatole France (1844 – 1924)

A população da Região Europeia tem a idade mediana mais elevada do mundo. Em muitos países europeus, as pessoas gozam das mais altas expectativas de vida no mundo (OMS, 2015). Embora, muitas pessoas vivam vidas mais longas e saudáveis, a dinâmica da saúde na terceira idade é complexa (OMS, 2015). Com o aumento da idade, ocorrem mudanças fisiológicas e, conseqüentemente, o risco de aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (Ramos, 2003; OMS, 2015). Segundo este autor o envelhecimento também coloca em causa a autonomia, ou seja, a capacidade do indivíduo de determinar e executar as suas próprias vontades e os seus próprios planos.

No caso dos consumidores de SPA, o consumo destas exacerba ou acelera condições associadas ao envelhecimento, causando um envelhecimento metabólico prematuro (OEDT, 2010c). Acresce a existência de um alto risco de desenvolvimento de doenças crônicas (ex. Hepatite C, VIH), em consequência da adoção de comportamentos de risco. Por sua vez, estas também irão potenciar e acelerar o processo de envelhecimento.

No entanto, Ramos (2003) refere que uma pessoa que aos oitenta anos seja capaz de gerir a sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão as suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) será considerada uma pessoa saudável. Menciona também que não importa saber se faz algum tipo de terapêutica mas se, decorrente de um tratamento bem-sucedido, mantém a sua autonomia, é feliz, integrada socialmente, ou seja, uma pessoa idosa saudável, sem necessariamente significar inexistência de problemas em todas as dimensões.

Esta visão traduz uma mudança de paradigma na saúde pública, pois o envelhecimento deixa de ser avaliado pela existência, ou não, de doenças e passa a ser medida pelo grau de preservação da capacidade funcional (Ramos, 2003).

“Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso

com as mesmas doenças, porém sem controlo destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas. Assim, o conceito clássico de saúde da OMS mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças.” (Ramos, 2003, p. 794).

Filho (2009) também defende que o estado de saúde pode coexistir com uma ou mais doenças, desde que compensadas, uma vez que o processo de envelhecimento vai acumulando doenças crónicas que acompanharão o ser humano até ao final da sua vida.

Para descrever o processo de adiamento das consequências negativas do envelhecimento tem-se usado diferente terminologia: envelhecimento saudável, envelhecimento bem-sucedido e, mais recentemente, o termo envelhecimento ativo, proposto e adotado pela OMS, no final dos anos 90 (Valer et al., 2015). O termo envelhecimento saudável abrange um processo de adaptação às mudanças que surgem ao longo da vida e deve permitir aos idosos manter o seu bem-estar físico, mental e social e proporcionar uma boa velhice. O termo envelhecimento bem-sucedido coloca a sua ênfase na perceção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças resultantes do envelhecimento e condições relacionadas. Está próximo de um princípio organizacional para atingir metas que ultrapassa a objetividade da saúde física (Teixeira e Neril, 2008). O termo envelhecimento ativo designa um processo que procura melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas com o passar dos anos, otimizando as oportunidades contínuas de saúde, segurança e participação. O termo “ativo” refere-se à participação contínua dos idosos dentro da sociedade, inclusive em questões políticas e outras relacionadas com a vida em comunidade e não se esgota apenas na capacidade física dos indivíduos idosos e na sua força de trabalho (OMS, 2005; Ribeiro, 2012a, Valer et al., 2015).

No presente estudo optamos por adotar a visão do envelhecimento saudável. A OMS (2015) considera necessário ter em conta dois conceitos para a definição de envelhecimento saudável: capacidade intrínseca e capacidade funcional. A capacidade intrínseca tem em consideração a conjugação das capacidades físicas e mentais que um indivíduo possui. A capacidade funcional refere-se aos atributos relacionados com

a saúde que permitem que os indivíduos sejam ou façam o que valorizam. Com base nestes dois conceitos, a OMS (2015) define envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada.

Segundo a OMS (2015), o envelhecimento saudável não é definido por um nível específico de atividade ou de saúde. É um processo importante e individual uma vez que a experiência de envelhecimento saudável pode tornar-se mais ou menos positiva. Por exemplo, a trajetória do envelhecimento saudável de pessoas com demência ou doença cardíaca avançada pode melhorar se tiverem acesso a cuidados de saúde que otimizem as suas capacidades e se viverem num ambiente com apoio ou protegido.

Para Ribeiro (2012b, p. 35), o envelhecimento saudável é um termo “consolidado dentro do contexto biomédico”.

Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007), defendem que a definição de “Envelhecimento Saudável” deveria ser elaborada pelas próprias pessoas idosas, pois vivenciam diariamente o processo de envelhecimento.

Mas, o estado de saúde de qualquer indivíduo e, conseqüentemente, o seu envelhecimento saudável é influenciado por diversos fatores denominados determinantes sociais de saúde. Estes podem ser agrupados em diferentes categorias: biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). Todos estes determinantes influenciam o estado de saúde individual, familiar ou comunitário, sendo que o determinante estilos de vida saudáveis ocupa uma posição de destaque pela visível facilidade que indicia na aquisição de mais ganhos em saúde (George, 2014).

Como já foi referido anteriormente, os consumidores de SPA mais velhos, dado o estilo de vida adotado apresentam grandes fragilidades ao nível de diversos determinantes sociais de saúde, que se podem traduzir em baixa escolaridade, baixa qualificação profissional, altos níveis de desemprego, falta de retaguarda familiar, solidão,

isolamento social, perda de habitação, desemprego, dependência económica (OEDT, 2010c). Por sua vez, estes fatores vão ter implicações negativas a nível da saúde física (doenças crónicas) e psicossocial (isolamento social e depressão) (OEDT, 2010c).

Para experienciar um envelhecimento saudável é necessário que sejam minimizados os efeitos nocivos da doença (Filho, 2009). Assim, este autor define ações para a promoção de um envelhecimento saudável: avaliação global do idoso; estímulo à atividade física regular; mudanças de hábitos nocivos; adequação nutricional; retardar o início das doenças; uso criterioso de fármacos; compensar as limitações; prevenir acidentes e traumas; manutenção dos papéis sociais e ampliação da rede de suporte social.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) preconizava que a promoção de um envelhecimento saudável envolva vários sectores: a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus. O enfraquecimento das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. Pela sua prevalência são exemplos importantes dessas situações, estados clínicos como a depressão bem como os fenómenos de solidão e de isolamento social de muitas pessoas idosas. O estado de saúde é a súmula das vivências passadas, dos estilos de vida adotados, da exposição aos diversos ambientes e dos cuidados de saúde recebidos.

É essencial para um envelhecimento saudável a prevenção das doenças, retardando o seu aparecimento e/ou diminuindo a sua gravidade, assim como a promoção de estilos de vida saudáveis, incidindo na prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas. A qualidade de vida, bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão diretamente relacionadas com a atividade social, o convívio, o sentir-se útil a familiares e/ou à comunidade. O convívio é fundamental para a prevenção de diversos problemas dos idosos e para a promoção do envelhecimento saudável (DGS, 2004).

O envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam. Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas os aspetos valorizados para um envelhecimento saudável são a autonomia (promover a autonomia das pessoas idosas, o direito à sua autodeterminação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha), a aprendizagem ao longo da vida (contribui para que se conservem as capacidades cognitivas) e manter-se ativo (importante para a manutenção da saúde da pessoa idosa nas suas diversas componentes: física, psicológica e social) (DGS, 2004).

Envelhecimento saudável passa a ser decorrente da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica (Ramos, 2003).

Viver um envelhecimento saudável não é apenas o desejo de qualquer indivíduo, mas também uma necessidade das instituições de saúde, uma vez que se considera ser impraticável para “qualquer tipo de economia ou de desenvolvimento político e social, a manutenção da saúde de uma população exponencialmente crescente e com índices de comodidades muito elevados” (Filho, 2009, p. 27).

Como já foi dito, os serviços de saúde são cada vez mais procurados para dar respostas adequadas às necessidades de utentes consumidores de SPA mais idosos, cujo estado de saúde revela os efeitos da combinação do consumo prolongado de SPA e do envelhecimento. Estas necessidades expõem um problema crescente tanto para os serviços especializados de tratamento de consumo de SPA como para os serviços gerais de saúde e assistência social (OEDT, 2010b; 2010c). Nesta perspetiva, os serviços de saúde deverão privilegiar respostas terapêuticas que contrariem as perdas que naturalmente diminuem a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial (OMS, 2015).

Assim, será que o envelhecimento saudável pode também ser promovido pela interação com um AE?

A interação do homem com outras espécies surge pela necessidade, enquanto ser social, de coexistir com outras vidas e fazer parte ativa delas, ainda que sejam vidas

não humanas. Há uma procura do equilíbrio mental de modo a sobreviver à angústia da solidão (Costa, Jorge, Saraiva e Coutinho, 2009). Ao nível da saúde humana, este autor acrescenta que os AE assumem um papel importante, especialmente, na melhoria da qualidade de vida, pois são facilitadores sociais que promovem a socialização, estimulam, auxiliam e reforçam a comunicação humana. O contacto com AE é particularmente benéfico em grupos mais vulneráveis e pessoas com menos contacto humano, como idosos, pessoas com algum tipo de deficiência, doentes crónicos e pessoas isoladas socialmente, tal como os consumidores de SPA. É cada vez mais notório a existência de AE nos lares, assim como a importância no papel que desempenham de suporte psicossocial aos indivíduos (Costa et al., 2009).

Contudo, é difícil medir os aspetos positivos da convivência com AE, uma vez que se trata de aspetos subjetivos referentes aos sentimentos e às sensações (Costa et al., 2009). No entanto, diversos estudos defendem que a interação de pessoas com AE traz uma variedade de benefícios para a saúde humana:

- Em 1990, Peretti realizou um estudo com o objetivo de conhecer as relações emocionais e íntimas e o contacto pessoal entre idosos e os seus cães. A amostra foi constituída por pessoas com idade compreendida entre os 64 e os 82 anos, sendo 50% do sexo masculino e o restante do sexo feminino, sozinhos, viúvos ou divorciados, a viver com cães. Os resultados mostraram a existência de um vínculo de amizade entre idosos e os seus cães. As variáveis encontradas foram a relação de companheirismo, ligações emocionais, lealdade e utilidade.
- Em 2002, um estudo realizado por Kawakami e Nakano com o objetivo de conhecer a importância do recurso à TAA para a comunicação entre paciente e enfermeiro. Através da observação da visita de animais aos pacientes constatou-se que estes se tornaram mais alegres, mais dispostos, conversando mais entre si e com os voluntários. Constatou-se também que a TAA podia ser usada como um recurso de aproximação entre o enfermeiro e o paciente.
- Em 2008, o estudo realizado por Bertholucci e Martins, em que estes pretendiam analisar a reação dos idosos institucionalizados ao uso da TAA no seu quotidiano. A pesquisa mostrou que a presença de um animal como parte integrante de um processo de tratamento direcionado e com critérios

específicos de intervenção multiprofissional, contribuiu para a melhoria da função social, emocional, física e/ou cognitiva de pacientes humanos. Notou-se uma melhoria significativa na socialização dos idosos institucionalizados, pois a TAA estimulou a percepção, o autocuidado, a memória e a interação entre os mesmos.

- Em 2009, o estudo realizado por Heiden e Santos pretendeu identificar os benefícios psicológicos da convivência com AE para os idosos, assim como a análise dos vínculos afetivos entre idosos e AE. Os resultados obtidos demonstraram uma variedade de representações dos AE para idosos, sendo que a maioria considerou o AE membro da família. Os principais benefícios identificados proporcionados pelos AE aos idosos foram a alegria, a companhia, a segurança, ter um passatempo e distração.
- Em 2009, o estudo realizado por Costa et al. (2009) pretendeu apreender as representações sociais acerca das interações com AE, por idosos, considerando os seus benefícios e riscos. Os resultados mostraram que as idosas que conviviam com AE fixaram as representações sociais dos animais nas interações sociais alternativas associadas à carência afetiva humana. Elas expressaram a ausência de riscos no contato com os animais, adotando uma conduta defensiva em relação ao estímulo, direcionada para a busca do equilíbrio mental, numa luta silenciosa para sobreviver à angústia da solidão. Constatou-se que a rede de significados ultrapassou a simples posse de um AE e assumiu uma postura referente à deslocação dos afetos.
- Em 2014, o estudo realizado por Uitz, com o objetivo de saber se os donos de AE tinham melhor condição física em resultado dos cuidados que tinham com os seus AE. O estudo foi realizado com indivíduos mais velhos que viviam sozinhos. Os resultados mostraram que os donos dos AE, principalmente cães e gatos, tinham melhor condição física do que quem não tinha ou tinha outros AE. Os resultados indicaram ainda que a melhor condição física resultava de variáveis sociodemográficas como a idade, o nível socioeconómico e o local onde residiam e não dos passeios que faziam com os seus AE. Apontavam que as pessoas que tinham animais como cães e gatos, por si só, eram mais

propensas à atividade física. Contudo, essa condição deveu-se ao facto de já terem esse hábito incutido no seu quotidiano e não porque o animal os obrigava a fazer exercício físico.

De facto, são diversos os benefícios que podem advir da interação Homem-AE. Segundo Dotti (2014), os benefícios mais significativos e que se podem estender a qualquer grupo de pessoas são:

- Benefícios físicos – promover a atividade física e a mobilidade; estabilizar a tensão arterial e as reações químicas positivas; reduzir os níveis de colesterol; melhorar os valores cardíacos, como o ritmo cardíaco; diminuir a incidência de problemas coronários; aumentar o bem-estar geral; diminuir o estado de dor; estimular o desenvolvimento da linguagem (Faraco, 2008; Costa et al., 2009; Dotti, 2014).
- Benefícios sociais – entretenimento; diversão; superar a timidez para comunicar com outras pessoas; promover novos contactos de amizade; facilitar o aumento do círculo social; combater o isolamento social; oportunidade de comunicar e de conviver, com a possibilidade de troca de informações e de ser ouvido; sentimento de segurança; socialização e motivação; promover rotinas diárias, o que ajuda a estruturar o tempo; promover a melhoria do sentido de responsabilidade e do sentimento de utilidade; adquirir as noções de respeito e responsabilidade (Faraco, 2008; Costa et al., 2009; Dotti, 2014).
- Benefícios mentais – promover mudanças positivas no autoconceito e comportamento das pessoas; prevenir e ajudar no tratamento da depressão; promover melhor humor; estabilidade e sentimento de felicidade; empatia; estímulo à memória da pessoa; promover vivências de factos naturais, como o nascimento, a doença e a morte; aprender a cuidar dos outros (ex. alimentar, fazer higiene dos AE) (Faraco, 2008; Costa et al., 2009; Dotti, 2014).
- Benefícios emocionais - amor incondicional e atenção; espontaneidade das emoções; reduzir a solidão; diminuir a ansiedade; relaxamento; alegria; reconhecimento de valor; troca de afeto; vínculo e aumento de confiança com o ser humano; a presença diária dos AE transmite estabilidade e promove sentimento de felicidade, habilidades de comunicação e expressão de

sentimentos e emoções, como o amor, pois é uma fonte de afeto inesgotável. Os AE são uma boa ajuda para superar a solidão, dando a oportunidade de beneficiar do sentimento carinho e experiência de outros valores, como lealdade e sinceridade. Pode ajudar num processo de luto, a superar a perda de um ente querido. Promove melhor humor e hábitos mais ativos e saudáveis (Faraco, 2008; Costa et al., 2009; Dotti, 2014).

De realçar que os benefícios para a saúde física e mental, resultantes da interação homem-animal, são uma das principais causas do aumento da população com AE, assim como as novas necessidades sociais, tais como, a diminuição de número de filhos nas famílias, o aumento da esperança de vida e de doenças crónicas na população em geral (Tatibana e Costa-Val, 2009; Miranda, 2011).

Segundo Costa (2006), os benefícios relacionados com aspetos afetivos e emocionais poderão funcionar como fatores de proteção da saúde, particularmente a psíquica.

Segundo Miranda (2011), os laços criados entre AE e os seres humanos dependem de fatores como a educação e nível cultural do proprietário, o tipo de experiência que teve no passado com outros AE e a satisfação obtida com o comportamento animal. Os proprietários que mantêm relações mais estreitas com os seus AE são os que mais beneficiam dela. Em geral, os laços estabelecidos com AE são maiores em adultos que têm famílias pequenas, vivem em casas em zonas urbanas, divorciados e os que fazem a escolha dos seus AE. Pessoas de faixas etárias mais velhas, com menor escolaridade e menor poder económico também apresentam maior vínculo com os seus AE. No entanto, mesmo sem se possuir AE, é possível usufruir de sentimentos positivos em relação aos animais em geral (Miranda, 2011).

Costa et al. (2009) referem que com o envelhecimento dá-se início à perda da intimidade com companhias humanas (cônjuges, amigos, separação dos filhos, colegas de trabalho e a alteração dos papéis sociais), há tendência à redução da rede de suporte social, o que poderá levar a um estado de solidão. Viver sem uma companhia humana faz aumentar as interações sociais alternativas, perspetivando a manutenção da saúde e do sentimento de bem-estar. Em indivíduos que (já) não têm ligações íntimas com outras pessoas nas suas vidas, os AE podem proporcionar conforto,

intimidade e a possibilidade de cuidar de outro ser. Podem fornecer aos seus cuidadores, aumento de interesse, responsabilidade, orgulho e propósito de viver (Miranda, 2011).

Assim, Costa (2006) defende que a relação homem-animal é talvez mais forte e mais profunda na velhice do que em qualquer outra fase da vida humana, defendendo, também, que os AE estão associados ao aumento da condição física, da saúde emocional e da felicidade, assim como à redução dos sentimentos de solidão dos seus donos.

De facto, os AE são companhias íntimas, que podem ser amados sem medo de rejeição, promovendo experiências estimulantes, brincadeiras e bom humor, facilitando o aumento ou restabelecimento da autoestima das pessoas idosas pelo sentimento de que os AE que cuidam as amam em troca (Suthers-McCabe, 2001).

Ter AE promove uma melhoria nas vidas dos seus donos de diferentes modos e a vários níveis, mas é também uma grande responsabilidade que implica obrigações e preocupações. É, pois, necessário e importante pensar cuidadosamente sobre qual o animal mais adequado ao estilo de vida do proprietário e, se for o caso, qual se adequa melhor às características da casa para onde irá viver, e ter-se sempre presente que os AE necessitam de uma constante atenção e dedicação.

Como já foi referido anteriormente, nem todos os animais podem oferecer os mesmos efeitos às mesmas pessoas e nem todas as interações entre seres humanos e animais são benéficas (Dotti, 2014). É de realçar que esta convivência também pode apresentar riscos para a saúde humana como a propagação de infeções entre animais e seres humanos (zoonoses - especialmente em pessoas com sistema imunitário debilitado), picadas, lesões, agressões e alergias a alguns animais (Miranda, 2011).

Os proprietários que têm um forte vínculo com os seus AE podem ter preocupações acrescidas, nomeadamente ao nível do sofrimento com a doença e a morte destes, vivendo uma angústia profunda e estados depressivos. A importância que preenchem na vida das pessoas é tão grande que a experiência dolorosa associada com o declínio das funções vitais e a morte do AE pode ter efeitos semelhantes à perda de um ser humano significativo para a pessoa (como membro da família). Contudo, este tipo de

luto não é socialmente reconhecido o que poderá dificultar o acesso a um suporte emocional necessário e adequado. O mesmo pode acontecer quando os AE desaparecem de casa, se perdem ou são roubados (Miranda, 2011).

Costa (2006) identifica outras dificuldades na convivência com AE, como custos relacionados com os seus cuidados de saúde (alimentação e cuidados veterinários), aversão a animais, fobias e inibições culturais. Porém, estas limitações não inviabilizam a coexistência e convivência do ser humano com AE e o usufruto dos ganhos resultantes dessa relação. O importante é conseguir-se um equilíbrio entre as partes para que os danos à saúde dos seres humanos e não-humanos não anulem os benefícios resultantes dessa relação.



## **Parte II - Considerações Metodológicas**



## **1 - Metodologia**

Na comunicação científica é fundamental a descrição do método utilizado, o qual compreende toda a ordem de procedimentos adotados para os resultados obtidos (Castro, Abs e Sarriera, 2011).

Os métodos de investigação constituem uma das partes mais distintas de qualquer estudo. Permitem responder à questão colocada no início da investigação, recolher a informação necessária, do modo adequado, com os procedimentos apropriados, que possibilitam identificar e enaltecer os aspetos mais importantes da pesquisa (Ribeiro, 2010).

Para Quivy e Campenhoudt (2008), os princípios do procedimento científico em ciências sociais são a rutura, construção e a verificação. Para estes autores a rutura é o primeiro ato construtivo do procedimento científico e consta em romper com os preconceitos e as falsas evidências. A construção é um sistema conceptual estruturado, capaz de expressar a lógica que o investigador considera estar na base do fenómeno. Com esta teoria o investigador poderá elaborar explicações do fenómeno a estudar e prever qual o plano de pesquisa a escolher, as operações a aplicar e as consequências a esperar no término da observação. Esta construção teórica vai validar a experimentação. A construção de um quadro teórico de referência permitirá uma verificação proveitosa, a qual irá ou não conceder o estatuto científico dependendo da sua confirmação. Estes três princípios complementam-se ao longo do procedimento científico.

Assim, após a construção do quadro- teórico de referência chegou a altura de definir o plano de pesquisa, as operações a aplicar e as consequências a esperar no término da observação.

### **1.1 - Questão de Investigação e Objetivos do Estudo**

Um projeto de investigação deverá começar pela definição de uma pergunta de partida, através da qual o investigador tenta expor o que procura compreender melhor. A pergunta de partida deverá servir de fio condutor na elaboração do trabalho de investigação. Para tal terá de poder ser tratada, ser clara, exequível e pertinente.

Esta etapa promove a rutura com os preconceitos e as noções prévias (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Como já foi referido anteriormente, a pergunta de partida que esteve na génese deste estudo foi a seguinte: “Quais os benefícios de ter um, ou mais, animais de estimação para a promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de substâncias psicoativas?”

Esta questão surgiu pela verificação, na minha prática profissional, num serviço público de tratamento de comportamentos aditivos (Centro de Respostas Integradas), da existência de utentes em tratamento pelo consumo de SPA que têm como principal companhia um, ou mais, AE.

Através de um contacto regular com esta população fui verificando uma grande preocupação com o bem-estar dos seus animais, assim como uma forte valorização da existência nas suas vidas. Por vezes, abdicam da satisfação de algumas das suas necessidades básicas para reunir condições económicas para cuidar do seu animal, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde, tais como, consultas veterinárias e respetivos tratamentos.

Este estudo tem por objetivo geral compreender os contributos dos animais de estimação na promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de SPA.

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- Identificar as características sociodemográficas do participante;
- Conhecer a situação clínica do participante;
- Identificar a situação do participante face ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas;
- Conhecer a relação passada do participante com AE;
- Descrever a relação com o AE atual e o papel deste na vida do participante;
- Compreender a perceção do participante sobre o contributo do seu AE na promoção do seu envelhecimento saudável;
- Conhecer os planos futuros dos participantes quanto a ter/não ter AE.

## **1.2 - Tipo de Estudo**

Dada a escassez de estudos nesta área em Portugal, foi realizado um estudo de natureza qualitativa, exploratório e transversal.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), o método qualitativo é intensivo. Analisa um pequeno número de informações complexas e pormenorizadas, que teriam como informação de base a presença ou ausência de uma característica ou o modo segundo o qual os elementos do discurso estão articulados uns com os outros.

A pesquisa exploratória tem por objetivo conhecer a variável do estudo tal como se apresenta, o seu significado e o contexto onde se insere. Possibilita o controlo dos resultados desvirtuadores da perceção do pesquisador, permitindo que a realidade seja percebida tal como é, e não como o pesquisador pensa que seja. Permite um conhecimento mais completo e mais adequado da realidade, uma observação do lado desconhecido da realidade (Piovesau e Temporini, 1995).

Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenómeno num determinado momento, sem necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito. São usados quando a exposição é constante no tempo e o efeito é permanente. Todo estudo é realizado num único momento, sem existência de período de seguimento dos indivíduos, impossibilitando o estabelecimento de relações causais (Hochman, Nochas, Oliveira e Ferreira, 2005).

## **1.3 - Contexto e Participantes no Estudo**

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), na realização de um trabalho de investigação o campo de análise deverá ser circunscrito no espaço e no tempo. Esta pesquisa foi realizada num CRI que tem como área territorial de abrangência vários concelhos do distrito Porto e do distrito de Aveiro. A sua localização é favorecida por uma boa rede de transportes públicos (Metro do Porto e STCP), o que facilita o acesso da sua população alvo.

Os CRI das Divisões para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) das Administrações Regionais de Saúde, I.P., são estruturas locais de cariz assistencial e de intervenção comunitária, referenciadas a um território definido e dispendo de Equipas Técnicas Especializadas para as diversas áreas de intervenção em

comportamentos aditivos e dependências: Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção. A sua estrutura funcional inclui o Coordenador Técnico, que coordena as suas Equipas Técnicas Especializadas para as diferentes áreas de intervenção. As Equipas Técnicas Especializadas podem ter um responsável de equipa. O CRI dispõe ainda de uma equipa administrativa, que articula com os diferentes departamentos das ARS. Aos CRI compete a prossecução dos objetivos definidos pelas DICAD e pelas ARS.

A sua intervenção pretende ser interdisciplinar, integrando técnicos especializados em diferentes domínios do saber, sustentando a sua intervenção no modelo bio-psico-social, que procura abordar globalmente o indivíduo com comportamentos aditivos e dependências, de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, ou comportamentais, com o objetivo do tratamento e reinserção. Desta forma, as equipas de intervenção são constituídas por profissionais de diferentes domínios do saber, designadamente, técnicos de serviço social, psicólogos clínicos, médicos de medicina geral e familiar, médicos psiquiatras, enfermeiro, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

O agir complementar destas especialidades permite intervir terapêuticamente na globalidade de cada indivíduo. Para tal, torna-se fundamental uma constante partilha de informação entre os técnicos das diferentes áreas, favorecendo uma leitura partilhada dos casos e o estabelecimento de estratégias de intervenção integradas e complementares. O trabalho de articulação com outras estruturas da comunidade, públicas e privadas, assume também particular importância para o sucesso da intervenção terapêutica.

A Equipa de Tratamento do CRI onde este estudo foi realizado, integra quatro médicos psiquiatras, oito psicólogos clínicos, oito assistentes técnicos (dos quais cinco são técnicos psicossociais), três enfermeiros e quatro assistentes operacionais (dois dos quais com funções de telefonista). A Equipa de Reinserção a exercer funções nesta Equipa Técnica de Tratamento é constituída por quatro técnicas superiores de serviço social. Este serviço está aberto ao público, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

Em complemento ao trabalho que desenvolve junto de indivíduos com comportamentos aditivos e dependências, consumidores de substâncias psicoativas

lícitas e ilícitas, ou comportamentais, seguindo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, esta Equipa Técnica de Tratamento dispõe ainda de um Serviço de Apoio às Famílias, uma Consulta de Sexologia Clínica, uma consulta de Cessação Tabágica e uma Consulta de Terapia Familiar e Terapia de Casal para os utentes e significativos.

Relativamente aos participantes, estes foram previamente selecionados pelos seus técnicos de acompanhamento: assistente social, psicólogo, médico e enfermeiro. A sua seleção foi realizada no período entre Novembro de 2015 e Abril de 2016, respeitando os seguintes critérios:

- Ter 40 ou mais anos de idade;
- Possuir um ou mais AE;
- Apresentar capacidade cognitiva para responder às questões colocadas;
- Aceitar participar no estudo.

Face a estes critérios, foram referenciados pelos técnicos de acompanhamento vinte e cinco indivíduos, dos quais participaram dezassete. A não participação dos restantes utentes esteve relacionada com a recusa na gravação da entrevista e em faltas sucessivas à marcação da entrevista previamente combinada. Contudo, tendo em consideração a saturação de dados, encontrávamo-nos numa fase em que deixava de ser necessário persistir na colheita de dados, pois os já obtidos passaram a apresentar uma certa repetição. A saturação de dados estabelece o tamanho de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos elementos (Fontanella, Ricas, Turato, 2008).

No entanto, Fontanella et al. (2008) realçam que na prática da pesquisa qualitativa, o encontro do ponto de saturação está sujeito a imprecisões, por este ser influenciado por fenómenos cognitivos e afetivos da dupla pesquisador-pesquisados.

#### **1.4 - Técnica de Colheita de Dados**

Segundo Tuckman (2000), os investigadores utilizam os questionários e as entrevistas para transformar em dados a informação fornecida por uma pessoa. Para este autor, este processo permite medir o que o indivíduo sabe, o que gosta e não gosta e o que pensa.

Neste estudo, dada a natureza da problemática, optou-se pela entrevista semiestruturada. A entrevista implica um contacto direto entre investigador e interlocutores, sendo que a entrevista semiestruturada não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. São usadas perguntas-guias, relativamente abertas. Não são colocadas necessariamente todas as perguntas pela ordem previamente definida e sob a formulação prevista. O entrevistado fala abertamente com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier. O investigador tem de conduzir a entrevista para os objetivos, na eventualidade do entrevistado se afastar dos mesmos, e colocar, no momento mais adequado, as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio (Quivy e Campenhoudt, 2008; Ribeiro, 2010).

A construção do guião da entrevista teve em conta os objetivos definidos para o estudo, e um formato que facilitasse a realização correta do tratamento e da análise da informação.

A entrevista semiestruturada foi composta por três partes: a primeira parte refere-se à situação sociodemográfica e clínica do participante; a segunda à situação do participante face ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas e a terceira à perceção do participante sobre a contribuição do AE na promoção do envelhecimento saudável (Anexo I).

Foi realizado um pré teste da entrevista a dois sujeitos que respeitavam os critérios de inclusão no estudo, com o objetivo de verificar a adequação das questões da entrevista para obtenção das informações pretendidas. Deste pré-teste não resultaram alterações ao guião da entrevista inicialmente estabelecido.

#### *Procedimentos de recolha de dados*

Após conhecer o participante, apresentado pelo seu técnico de acompanhamento, foi explicado ao participante no que consistia o trabalho e quais os seus objetivos, que a entrevista iria ser gravada em suporte áudio, transcrita e que, posteriormente, a gravação seria destruída. Foi assegurado o sigilo dos dados recolhidos, sendo garantido que esses dados seriam apenas utilizados para a investigação. Sempre que o

participante concordasse em realizar a entrevista, foi combinado o seu momento, em função da sua disponibilidade e interesse.

Antes de dar início à entrevista foram lembrados os procedimentos referidos no parágrafo anterior, sendo depois assinado o consentimento informado pelo entrevistador e pelo entrevistado.

Quando o participante não tinha disponibilidade para a realização da entrevista na data prevista, a mesma foi remarcada, o que sucedeu com 11 dos participantes. Uma das entrevistas foi repetida devido a falha no aparelho eletrónico que impossibilitou a gravação na primeira vez que foi realizada. Nesta situação o participante compreendeu o sucedido e não colocou qualquer entrave à repetição da mesma, a qual se realizou algumas semanas depois.

As entrevistas foram realizadas à hora previamente combinada com os participantes, num gabinete do serviço de saúde já referido, à porta fechada. A duração de cada entrevista variou entre os 15 e 60 minutos, dependendo do participante. Todas as entrevistas foram codificadas na gravação áudio e na respetiva transcrição.

### **1.5 - Tratamento e Análise de Dados**

Com o propósito de dar resposta à questão de investigação e aos objetivos a que esta pesquisa se propôs, os dados colhidos foram submetidos a uma análise de conteúdo (AC) de acordo com o defendido por Bardin (2009).

A AC é definida por Bardin (2009) como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção dessas mensagens. A análise de resultados é resultante de testes de associação de palavras que pretendem estudar estereótipos e conotações.

A AC enriquece a tentativa exploratória de uma pesquisa e amplia a propensão à descoberta. A análise de conteúdo proposta por Bardin (2009) está organizada em três fases:

- A pré-análise – processo de escolha de documentos ou definição do corpus de análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final.

Nesta fase é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis.

- A exploração material – a segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente. É um processo em que os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto.
- O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – nesta última etapa, o pesquisador, apoiado nos resultados brutos, procura torna-los significativos e válidos. Procura colocar em relevo as informações dadas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexas como a análise fatorial, possibilitando apresentar os dados em diagramas, figuras, modelos, entre outros.

Para o tratamento e análise de dados recorreu-se ao uso do Software Qualitative Solutions Research NVivo (QSR NVivo) 10, o qual é específico para um estudo de natureza qualitativa.

### **1.6 - Considerações Éticas**

Na realização de um estudo de investigação, o pesquisador necessita compreender os termos do trabalho e ter o cuidado de proteger as populações vulneráveis, para não correr o risco de transformar os participantes do estudo em meros objetos para atingir a sua finalidade, o que eticamente é reprovável. Decorrente do princípio da responsabilidade dever-se-á dar especial atenção à liberdade dos participantes do estudo priorizando sempre o interesse destes. Os dados colhidos deverão ser tratados de forma a manter o anonimato dos participantes e a preservar a confidencialidade das fontes. O anonimato e confidencialidade deverão ser uma preocupação constante ao longo de todo o percurso da realização do trabalho de investigação. Uma forma de o fazer é a codificação dos instrumentos usados na colheita de dados: questionários, entrevistas, observações (Nunes, 2013).

O modo como se acede aos possíveis participantes é um aspeto importante. O investigador para ter acesso a sujeitos a partir de dados de saúde, necessita da participação de um profissional que sirva de referenciador. Para tal, um profissional de

saúde de uma equipa terapêutica, salientando a importância do consentimento ser voluntário, perguntar à pessoa se consente em ser identificada ao investigador. Assim sendo, há um duplo consentimento, ou seja, uma declaração assinada por quem referencia (profissional) e quem acede a ser identificado e outra declaração de consentimento se a pessoa aceitar participar no estudo (Nunes, 2013). Deve ficar claro para o participante que pode retirar o seu consentimento em qualquer momento da investigação, sem qualquer tipo de consequências para o próprio (Nunes, 2013).

Nunes (2013) refere ainda que os participantes no estudo não devem ser prejudicados, devendo-se avaliar previamente o prejuízo potencial do estudo, procedendo-se à eliminação dos riscos desnecessários; têm direito à informação completa sobre o estudo - a natureza, o fim e a duração, assim como os métodos utilizados no estudo; podem negar responder a algumas questões, respeitando a sua intimidade.

Para a realização da entrevista foi respeitado o protocolo de investigação definido pela Administração Regional de Saúde – Norte (ARSN).

Foi efetuado pedido de autorização à ARSN para realização do trabalho de investigação no serviço de saúde referido anteriormente. A autorização foi concedida, com celeridade, pelo coordenador de Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências - DICAD e pela coordenadora técnica do Centro de Respostas Integradas.

A apresentação do projeto de investigação aos técnicos de saúde em funções nesse serviço, a qual foi realizada numa reunião geral, dirigida a toda a equipa. Nesta reunião foi solicitado aos técnicos presentes a referência e encaminhamento de possíveis participantes, de acordo com os critérios previamente definidos e apresentados. Para tal, o técnico antecipadamente teve de pedir autorização ao utente para o poder selecionar/sinalizar. Depois de obtida a autorização, o participante foi encaminhado para o pesquisador, mediante declaração devidamente assinada. Os restantes passos foram já relatados no procedimento de recolha de dados.



## **Parte III - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados**



## 1 - Caracterização dos Participantes

Como referido anteriormente, participaram neste estudo 17 indivíduos portugueses, acompanhados num CRI do Porto. Na Tabela 1 são apresentados os dados de caracterização sociodemográfica dos participantes. Conforme se observa, do total de 17 participantes, 65% (N = 11) são do sexo masculino e 35% (N = 6) do sexo feminino. A idade mínima é de 44 anos e a máxima de 58, sendo a média de idades de 50,59 ( $DP \pm 4,51$ ). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes não tem uma companheira/o. Com efeito, 53% (N = 9) dos participantes estão solteiros e 35% (N = 6) estão separados de facto/divorciados.

Em termos de habilitações literárias, 47% (N = 7) dos participantes não completaram o ensino básico; 24% (N = 4) concluíram o ensino secundário e 6% (N = 1) é analfabeto. Finalmente, 47% (N = 8) participantes residem no Porto, 41% (N = 7) no Grande Porto e 12% (N = 2) fora do Grande Porto.

Segundo a OEDT (2010b; 2010c), todos os participantes neste estudo são considerados consumidores velhos de SPA e enquadram-se no crescente número de clientes mais velhos em tratamento, reportados pelos serviços de tratamento de comportamentos aditivos e dependências. Por outro lado, a frequente ausência de uma família constituída e os baixos níveis de instrução observados neste estudo são comumente encontrados em estudos com consumidores velhos de SPA (OEDT, 2010c).

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

		N	%
Sexo	Masculino	11	65
	Feminino	6	35
Idade	41 – 50	9	53
	51 – 60	8	47
Estado Civil	Solteiro	9	53
	União de Facto	2	12
	Separado de Facto / Divorciado	6	35
Nacionalidade	Portuguesa	17	100
Habilitações Literárias	Analfabeto	1	6
	1º Ciclo do Ensino Básico	2	12
	2º Ciclo do Ensino Básico	6	35
	3º Ciclo do Ensino Básico	4	24
	Ensino Secundário	2	12
	Frequência Ensino Superior	2	12
Residência	Porto	8	47
	Grande Porto	7	41
	Fora do Grande Porto	2	12

Os dados de caracterização socioeconómica dos participantes são apresentados na Tabela 2. Em termos laborais, observa-se uma grande precariedade laboral com 65% (N = 11) de desempregados. Não obstante a idade máxima ser de 58 anos de idade, como referido anteriormente, 24% (N = 4) dos participantes estão reformados. Finalmente, apenas 12% (N = 2) dos participantes estão empregados.

Os dados da fonte de rendimentos refletem a instabilidade laboral anteriormente descrita, observando-se que a maior parte dos participantes depende financeiramente de subsídios ou de terceiros. Assim, 47% (N = 8) dos participantes recebe rendimento social de inserção, 6% (N = 1) recebe subsídio de desemprego e 12% (N = 2) dependem financeiramente da família. Apenas para 36% (N = 6) dos participantes a fonte de rendimentos é o salário ou a reforma.

O estudo do OEDT (2010c), realizado em oito países europeus, mostra que 86% dos consumidores de SPA ilícitas mais velhos que iniciaram tratamento, com a heroína como a substância psicoativa principal, são desempregados e estão economicamente inativos, percentagem que está bastante próxima da encontrada neste estudo.

Tabela 2: Caracterização Socioeconómica dos Participantes

		N	%
Situação Profissional	Empregado	2	12
	Reformado	4	24
	Desempregado	11	65
Fonte de Rendimentos	Família	2	12
	Rendimento Social de Inserção	8	47
	Salário	2	12
	Reforma	4	24
	Subsídio de Desemprego	1	6

Na Tabela 3 são apresentados os dados da situação familiar e habitacional dos participantes. A maioria dos participantes (53%; N = 9) vivem sozinhos e 42% (N = 7) vivem com a família; 35% (N = 6) vivem numa casa; 24% (N = 4) num apartamento e outros 36% (N = 6) vivem em condições habitacionais precárias, nomeadamente, em casa tipo ilha, em quarto em casa particular e em anexo. Finalmente, em termos de regime de ocupação, apenas 6% dos participantes (N = 1) são proprietários do local em que habitam. O regime de aluguer, 59% dos participantes (N = 10) é o que predomina.

A literatura científica aponta que as longas trajetórias associadas aos consumos de SPA conduzem à exclusão social dos consumidores velhos de SPA e ao isolamento em

relação à sua família, amigos e redes sociais. Estes mantêm apenas a rede de consumidores de SPA, pois têm dificuldade em fazer novos amigos. Desta forma, uma grande percentagem desta população vive sozinha. Por outro lado, em termos habitacionais, este grupo de consumidores encontra-se frequentemente em situação precária, nomeadamente, vivenciando situações de sem abrigo ou a viverem em condições instáveis ou em instituições. Os dados encontrados no presente estudo vão, assim, de encontro aos da literatura científica (OEDT, 2010c).

Tabela 3: Situação Familiar e Habitacional dos Participantes

		N	%
Com quem vive	Sozinho	9	53
	Companheira/o	2	12
	Pais	3	18
	Irmã/ão	1	6
	Filha/o	1	6
	Amigas/os	1	6
Tipo de Habitação	Casa	6	35
	Apartamento	4	24
	Habitação Social	1	6
	Casa de Ilha	2	12
	Quarto em casa particular	2	12
	Anexo	2	12
Regime Ocupação	Próprio	1	6
	Família	3	18
	Emprestado/Por favor	3	18
	Alugado	10	59

A maioria dos participantes não tem antecedentes judiciais (65%; N = 11), Tabela 4. A prática recorrente de atividades desviantes, nomeadamente, a operacionalização de crimes é típica dos consumidores de SPA, sendo que a existência de antecedentes judiciais e mesmo de condenação a penas de prisão é recorrente. Enfim, os consumidores, nomeadamente, os consumidores velhos, de SPA são um grupo marginalizado.

Tabela 4: Relação dos Participantes com a Justiça

		N	%
Antecedentes Judiciais	Sim	6	35
	Não	11	65

Na Tabela 5 é apresentada a situação dos participantes face ao consumo de SPA e respetivos tratamentos. A idade de iniciação nos consumos de SPA ilícitas é, em geral, baixa, tendo 47% dos participantes (N = 8) iniciado o consumo de SPA ilícitas entre os 10 e os 15 anos de idade; 29% (N = 5) entre os 16 e os 21 anos e 6% (N = 1) antes dos

10 anos de idade. Doze por cento dos participantes (N = 2) não se lembram em que idade começaram a consumir SPA ilícitas.

Quanto à primeira SPA ilícita consumida na vida, predomina o consumo de canábis e seus derivados, 82% (N = 14) dos participantes. Relativamente à SPA ilícita que consumiam quando iniciaram tratamento, os 17 participantes (100%) consumiam heroína. Em termos de tratamento, 47% dos participantes (N = 8) estão em programa de Metadona; 29% (N = 5) em programa de Buprenorfina e 24% (N = 4) estão sem um programa de medicação.

Finalmente, quanto aos consumos atuais de SPA, a maior parte dos participantes consomem SPA lícitas, tal como o tabaco (71%; N = 12); o café (65%; N = 11) e o álcool (29%; N = 5). Nos consumos atuais de SPA ilícitas, 29% dos participantes (N = 5) consomem canábis e seus derivados; 18% (N = 3) cocaína e 6% (N = 1) consomem heroína.

Os participantes neste estudo pertencem, assim, à categoria de sobreviventes, isto é, iniciaram os consumos de SPA durante a juventude e têm uma extensa carreira de consumos que perdura até à velhice (DGS, 2005; OEDT, 2008; Seabra e Sá, 2011; SICAD, 2013). Por outro lado, eram exclusivamente consumidores de opiáceos à data de iniciação de tratamento o que confirma os dados do OEDT (2008, 2010c) que reportam que os consumidores de opiáceos são o maior grupo de consumidores em tratamento. Os consumos atuais de canábis e seus derivados confirmam os estudos longitudinais que mostram que uma proporção considerável de indivíduos mantem o consumo de SPA ilícitas, quase exclusivamente de canábis, ao longo do seu envelhecimento (OEDT, 2010a; 2010c). Os tratamentos que os participantes se encontram a efetuar estão de acordo com as tendências europeias, em que o tratamento mais usado para a dependência de opiáceos é o tratamento de substituição (OEDT, 2010c).

Tabela 5: Situação dos Participantes Face aos Consumos de SPA e Respetivos Tratamentos

		N	%
Idade em que consumiu SPA ilícitas pela primeira vez	Antes dos 10	1	6
	10 - 15	8	47
	16 - 21	5	29
	Mais de 22	1	6
	Não se lembra	2	12
Primeira SPA ilícita que consumiu na vida	Speeds	2	12
	Drunfos	1	6
	Canábis e derivados	14	82
SPA que consumia quando iniciou tratamento	Heroína	17	100
	Drunfos	1	6
	Cocaína	5	29
Tipo de Tratamento	Metadona	8	47
	Buprenorfina	5	29
	Outra Medicação	3	18
	Sem Medicação	4	24
SPA que consome atualmente	Tabaco	12	71
	Café	11	65
	Álcool	5	29
	Canábis e derivados	5	29
	Heroína	1	6
	Cocaína	3	18

Como se pode observar na Tabela 6 os participantes do presente estudo apresentam mais que uma doença diagnosticada. Há uma prevalência elevada de doenças infecciosas e parasitárias, 82% dos participantes (N = 14); seguida das perturbações mentais e do comportamento, 41% (N = 7); das doenças do aparelho circulatório, 29% (N = 5) e das doenças do aparelho respiratório, 24% (N = 4). Apenas 12% (N = 2) dos participantes não têm doenças diagnosticadas.

Em termos de tratamento, 35% (N = 6) dos participantes fazem-no para as perturbações mentais e do comportamento e igual percentagem para as doenças infecciosas e parasitárias; 24% dos participantes (N = 4) fazem tratamento para as doenças do aparelho circulatório. Estes resultados revelam que muitos participantes não se encontram a efetuar tratamento das doenças que lhe foram diagnosticadas.

O consumo de SPA a longo prazo aumenta o risco de algumas das morbilidades prevalentes na velhice, pelo que os consumidores de SPA mais velhos tendem a ter níveis elevados de comorbilidades, nomeadamente o enfarte do miocárdio, as doenças pulmonares e cerebrais (associadas ao consumo de cocaína), a cirrose e outras doenças do fígado (associadas com a infeção pelo vírus da hepatite C, contraída através da partilha de material de consumo e/ou consumo excessivo de álcool) (Beynon, 2009; Anderson e Levy, 2003; Levy e Anderson, 2005). Os participantes neste

estudo confirmam estes dados referidos na literatura. Por outro lado, o facto de alguns participantes não estarem a realizar tratamentos para os seus problemas de saúde evidencia, uma vez mais, que, não obstante o seu enquadramento numa unidade de tratamento para consumidores de SPA, os consumidores velhos de SPA são um grupo vulnerável.

Tabela 6: Situação dos Participantes em Relação à Saúde

		N	%
Doenças Diagnosticadas (Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID – 10) – Administração Central do Sistema de Saúde, IP)	Doenças do aparelho respiratório	4	24
	Perturbações mentais e do comportamento	7	41
	Doenças infecciosas e parasitárias	14	82
	Doenças endócrinas	2	12
	Doenças aparelho circulatório	5	29
	Doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo	2	12
	Doenças do aparelho geniturinário	1	6
	Tumores	1	6
	Doenças aparelho digestivo	2	12
	Doenças do olho e anexos	1	6
	Sem doenças diagnosticadas	2	12
	Tratamento	Doenças do aparelho respiratório	3
Perturbações mentais e do comportamento		6	35
Doenças infecciosas e parasitárias		6	35
Doenças endócrinas		1	6
Doenças do aparelho circulatório		4	24
Doenças do Sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo		1	6
Doenças aparelho digestivo		2	12
Doenças do aparelho geniturinário		1	6
Tumores		1	6
Doenças do olho e anexos		1	6

Em suma, os participantes neste estudo são considerados consumidores velhos de SPA em tratamento e têm características muito semelhantes às descritas na literatura, nomeadamente, baixos níveis de instrução, isolamento familiar e social, vivendo sozinhos, desempregados, economicamente inativos, situação habitacional precária, prática de atividades criminais, níveis elevados de comorbilidades e baixo acesso aos cuidados de saúde. Face ao seu estilo de vida, estes consumidores de SPA levantam problemas, em geral, associados a pessoas 20 anos mais velhas. Assim, os efeitos combinados do consumo prolongado de SPA e do envelhecimento colocam novas questões terapêuticas e requerem níveis de cuidados, nomeadamente sócio-sanitários e de saúde, alternativos aos existentes.

## 2 - Percepção do Consumidor de Substâncias Psicoativas em Tratamento Sobre os Animais de Estimação

“I cannot talk. I have 4 legs. I have paws. My claws may intimidate you. I wag my tail when I am happy. I whimper when I am sad. At last, I have arrived and I am here to help you. Pet me and you will smile. I will calm you. I will help you forget the bad things, yet I’m here to help you remember the good things in life. I won’t offer solutions; I will just listen. All I have are gestures. . . .”

(Matuszek, 2010, p. 187)

Um dos objetivos do presente estudo é compreender a percepção dos indivíduos em tratamento por consumo de SPA acerca do contributo, no futuro, do seu AE para um envelhecimento saudável. Assim, tornou-se pertinente contextualizar a vivência dos participantes com os animais de estimação; qual o animal de estimação atual e em que contexto surgiu; os benefícios e as responsabilidades de possuir um animal de estimação e, finalmente, a decisão de ter ou não ter um animal de estimação no futuro.

### 2.1 - Relação com Animais de Estimação ao Longo da Vida

Na dimensão Relação com Animais de Estimação ao Longo da Vida emergiram duas categorias, Tabela 7: *Posse de AE e AE anteriores*. Na primeira, constatou-se a existência de duas subcategorias: *Sempre e Depois de casar*; na segunda, três: *Cão, Gatos e Outros*.

Das respostas obtidas pelos participantes, foi possível verificar que 80% (N = 15) sempre tiveram AE: “em minha casa sempre, desde miúdo, tínhamos animais” (E07); “desde criança, eu fui criado com animais” (E11); “mas sempre tive animais” (E12). Apenas 12% (N = 2) dos participantes tiveram o seu primeiro AE quando casaram: “só tive possibilidades de ter mesmo, minha, ou seja, e a residir comigo, quando casei” (E16).

Relativamente aos AE anteriores, 82% (N = 14) dos participantes tiveram cães; 71% (N = 12) tiveram gatos e 24% (N = 4) tiveram outro tipo de AE, nomeadamente, hámster e aves.

Os participantes deste estudo mantiveram, geralmente ao longo de toda a sua vida, relações com AE, sobretudo com as espécies que são mais comuns encontrar como AE (Elizeire, 2013).

Tabela 7: Animal de Estimação ao Longo da Vida dos Participantes

Categoria	Subcategoria	N	%
Posse de AE	Sempre	15	88
	Depois de casar	2	12
AE anteriores	Cão	14	82
	Gatos	12	71
	Outros	4	24

## 2.2 - Animal de Estimação Atual

Na dimensão Animal de Estimação Atual emergiram duas categorias, Tabela 8: *Espécie* e *Tempo que têm AE*. Na primeira, constatou-se a existência de duas subcategorias: *Cão* e *Gato*; na segunda, três: *Menos de 1 ano*, *1 a 5 anos* e *Mais de 5 anos*. Assim, é possível observar que 71% (N = 12) dos participantes têm pelo menos um cão e 35% (N = 6) pelo menos um gato. Destes dados pode-se, pois, concluir que 6% (N = 1) dos participantes têm cão e gato em simultâneo.

O AE atual dos participantes é também e exclusivamente de espécies mais comuns encontrar como AE (Elizeire, 2013).

Tabela 8: Animal de Estimação Atual dos Participantes

Categoria	Subcategoria	N	%
Espécie	Cão	12	71
	Gato	6	35
Tempo que têm AE	Menos de 1 ano	6	22
	1 a 5 anos	10	37
	Mais de 5 anos	11	40

## 2.3 - Contexto em que Surge o Animal de Estimação Atual

Na dimensão Contextos em que Surge o AE Atual emergiram cinco categorias: *Adotados*, *Oferecidos por amigos*, *Filhos de AE anteriores*, *Fase significativa* e *Outros*, Tabela 9. Em relação à primeira categoria, 47% (N = 8) dos participantes adotaram AE abandonados que se encontravam na rua “parei na esquina do contentor lá na rua... e vi a gata a chegar ao pé de mim... devia ter fome, e eu com pena levei-a para casa” (E05); “tudo o que me aparece de gatos eu fico com eles, fico com eles... e todos vadios, todos da rua” (E08), ou num canil “é uma adoção feita na Sociedade Protetora de Animais. Vivia eu com a minha mãe nessa altura... e foi adotado” (E15). Para 35% (N = 6) dos participantes, os AE foram oferecidos por amigos “foi sempre por amigos. Eu

nunca fui de adotar nenhum. Comprar muito menos” (E06); “e, entretanto, eu tenho umas pessoas amigas que também gostam muito de animais, mais não sei quê não sei que mais... ó X olha tenho uma cadela, nós sabemos que gostas muito da cadela, gostas de animais, não queres tomar conta dela, mas sem responsabilidades, só tomares, porque veterinário e tudo é tudo por nossa conta, não te preocupes, nós somos padrinhos dela” (E14). Em 29% (N = 5) dos participantes, os AE são filhos de AE anteriores “arranjei uma cadelinha, uma caniche... Depois ela deu, deu filhotes, fiquei com ela e fiquei com uma filha” (E08). Vinte e nove por cento (N = 5) dos participantes assumiram os AE em fases significativas da sua história de vida, nomeadamente em situações adversas como momentos de rutura afetiva e isolamento social “depois quando me divorciei a cadelinha,... por quem eu tenho muito amor” (E16); “Quando eu estou a passar uma fase difícil é quando me aparece um cãozito, num sei porquê... e eu claro” (E02), ou em momentos positivos “surge numa altura boa, numa altura do meu casamento que se estava a passar, boa, eu diria a melhor, se calhar... onde eu me encontrava a trabalhar” (E16). Finalmente, para dezoito por cento (N = 3) dos participantes os AE surgem em outras situações, nomeadamente, caça “porque os meus cães são de caça” (E17) e compra “Arranjei uma cadelinha, uma caniche, também, também comprei” (E08).

Apesar da história do relacionamento entre humanos e AE, o abandono é um importante problema de saúde pública e de bem-estar animal (Cardoso, 2013). Assim, não surpreende que a maior parte dos AE surjam na vida dos participantes pelo processo de adoção.

Tabela 9: Contexto em que Surge o Animal de Estimação Atual dos Participantes

Categorias	N	%
Adotados	8	47
Oferecido por amigos	6	35
Filhos de AE anteriores	5	29
Em fases significativas	5	29
Outros	3	18

## 2.4 - Benefícios em Ter Animal de Estimação

A dimensão Benefícios em Ter Animal de Estimação deu origem a quatro categorias: *Benefícios físicos*; *Benefícios mentais*; *Benefícios emocionais* e *Benefícios sociais*. Em

cada uma destas categorias emergiram subcategorias. De seguida, apresentam-se as categorias e respetivas subcategorias.

### ***Benefícios Físicos***

Os 17 participantes referem Benefícios físicos com o seu AE, Tabela 10, tendo emergido as seguintes subcategorias: a *Promoção de atividade física e mobilidade*, 82% dos participantes (N = 14); o *Desenvolvimento da linguagem* é mencionado por 41% dos participantes (N = 7); e a *Redução da dor*, referida por 6% dos participantes (N = 1).

Tabela 10: Benefícios Físicos da Posse do Animal de Estimação

Subcategoria	N	%
Promoção de atividade física e mobilidade	14	82
Desenvolvimento da linguagem	7	41
Redução da dor	1	6

#### Promoção da atividade física e a mobilidade

Os AE obrigam os participantes, muitas vezes de forma diária, a sair: “todos os dias saio com ele” (E10); “a minha gata tem uma coisa, não gosta de me ver na cama... mal alerta o dia começa-me a acordar e a querer que eu saia a querer que eu saia a querer que eu saia... e lá eu me levanto e fica toda contente... ela põe-me ativa” (E01); “eu todos os dias de manhã 5, 5 e meia, 6 menos tal da manhã, não está quase ninguém, está tudo a dormir, e eu pego nele,...” (E06).

A atividade física realizada passa por caminhar “faz-me caminhar e como dizem que caminhar faz bem à saúde... traz-me um benefício (E15) ou correr “o exercício que eu faço a correr a trás dele... e é verdade, ajuda-me porque eu corro” (E11).

Esta produção de atividade física e mobilidade produz cansaço “eu moro à beira da praia, levo-os a passear à beira da praia... não os posso é largar porque eles piram-se e eu depois tenho de andar atrás deles. Ando na areia com eles de trela, não é. Mas eles vão a puxar, a puxar... a gente chega a casa mais cansada...” (E09) e pode até ajudar na recuperação de processos de doença “Eu tive o problema na perna e na altura o médico dizia que eu ia ficar a mancar, que ia não sei quê, não sei que mais... e não fiquei nada, porque eu fazia com o cão, tava com a perna assim, fiz grandes caminhadas... fazia caminhadas de 3, 4, 5 horas e melhorei a perna, melhorei” (E04); “e

por acaso a minha doença exige que eu faça 1 hora por dia, no mínimo, de caminhada... porque eu tenho artérias entupidas nas pernas e ele até me puxa” (E13).

#### Desenvolvimento da linguagem

Os participantes falam com os seus AE porque não têm alternativa, na medida em que vivem sozinhos “eu vivo sozinho e a gente tá só e não vai tar a falar sozinho. Fala pó cão. Ele não pode entender, mas sente” (E02); “para eu ter com quem falar senão falava para quem, para as paredes? Mesmo!” (E06). Estas conversas entre os participantes e os AE por vezes assumem a forma de desabafo “às vezes desabafo com eles até” (E13); “não sei se é uma burrice o que vou dizer, mas eu dou por mim, muitas vezes, a desabafar com o gato” (E11).

#### Redução da dor

Os participantes mencionam como um dos benefícios da posse dos seus AE a redução da dor “porque se encosta a mim e ele é quentinho e aquece-me a parte onde me está a doer muito” (E03).

Conter o envelhecimento é impossível, mas existem processos que permitem contorná-lo. Entre estes processos, a prática de atividade física e a mobilidade são dos que mais permitem minimizar e/ou retardar as perdas e, assim, proporcionam um envelhecimento mais saudável. Com efeito, a atividade física e a mobilidade permitem uma série de ganhos em termos de saúde (Faraco, 2008; Costa et al., 2009; Dotti, 2014), promovendo um bem-estar geral. Os indivíduos velhos consumidores de SPA, além de evidenciarem as consequências físicas crónicas do consumo prolongado de SPA, são mais vulneráveis aos efeitos físicos acumulados dos policonsumos, overdoses e infeções. Desta forma, a atividade física e a mobilidade proporcionadas pela posse de um AE tendem a minimizar esses efeitos, sobretudo tendo em conta que, em muitos casos, tem uma regularidade diária e é uma alternativa a estilos de vida menos saudáveis. A literatura tem documentado, em tratamentos assistidos por animais, alívio da dor e do desconforto pela interação e distração causada (Machado, 2016), assim como o desenvolvimento da linguagem (Faraco, 2008; Costa et al., 2009; Dotti, 2014), dimensões que os participantes no presente estudo também mencionam.

### ***Benefícios Mentais***

Os 17 participantes referem benefícios mentais com o seu AE, Tabela 11, tendo originado as seguintes subcategorias: *Promoção de vivências como o nascimento, a morte e o cuidar*, mencionado por 76% dos participantes (N = 13); *Promoção de mudanças positivas no autoconceito e comportamento*, 35% dos participantes (N = 6); *Brincar*, referido por 35% dos participantes (N = 6); e *Promoção da saúde mental*, mencionado por 35% dos participantes (N = 6).

Tabela 11: Benefícios Mentais da Posse do Animal de Estimação

Subcategoria	N	%
Promoção de vivências como o nascimento, a morte e o cuidar	13	76
Promoção de mudanças positivas no autoconceito e comportamento	6	35
Brincar	6	35
Promoção de saúde mental	6	35

#### Promoção de vivências como o nascimento, a morte e o cuidar

A morte de AE anteriores que os participantes possuíram é uma vivência recorrente. Na sequência de um desaparecimento “um deles desapareceu passado uns tempos e apareceu morto” (E08), de um acidente “um cão, mas morreu atropelado” (E09); “Quando o cãozito morreu, a gente viu logo que não valia a pena porque ele levou uma pantufada e rebentou todo por dentro” (E09), ou até num nascimento “...nado morto, e eu pensei, prontos já não vai dar nada, fiz o enterro à bichinha,” (E01). A morte provoca dor “a morte do pai do Nico foi uma coisa que me chocou muito” (E17) e mais ainda se for na sequência de falta de cuidados do participante

“já passei muito mal quando era por esse cão que me morreu... era muito agarrado a ele um cão que eu tinha morreu, eu desse não gostava muito de falar... Custa-me porque ele esteve doente e eu não tive possibilidades... foi por isso que eu disse que esta cadela tinha que ser com essas condições. Eu nunca tratei do bicho e ele morreu mesmo (emociona-se). Doeu mesmo, acredite! Ainda hoje me dói! Dói-me bastante, mesmo!” (E14)

Desta forma, os participantes têm a consciência de que há que estar preparado para a perda dos seus AE “que vão acontecer... e é bom até falar nelas. Tem que haver o mínimo de preparação. A minha mãe dizia-me sempre antes de morrer ‘Não te

esqueças que ele vai morrer antes de ti... em princípio... portanto tens que estar preparado” (E15).

Por outro lado, os participantes sabem que têm que cuidar dos seus AE “Há que estimá-lo, há que cuidar, dar o banhinho há que saber se ele tá mal, se ele tá bem” (E02); “para poder cuidar quase que não digo absolutamente mas oitenta por cento de... acho que era o ideal para um animal, não é” (E10) e têm orgulho nesse cuidado “Mas cuidado... eu escovo-o todos os dias, bebe água fervida doutora, água fervida. Eu fervero água para o meu gato, atenção. Calma” (E11)

### Promoção de mudanças positivas no autoconceito e comportamento

Os participantes referem a promoção de mudanças positivas no seu autoconceito e comportamento: “mas melhorou-me como pessoa outra vez” (E04); consideram que o facto de tratarem e cuidarem de animais como que minimiza uma imagem menos positiva que tenham, derivada dos seus problemas pessoais, nomeadamente com o uso de SPA, incrementando assim o seu autoconceito “ele pode ser o que seja, mas olha bem pelos animais. E eu acho que é tudo... Sim, já olham para mim de uma maneira diferente... Porque eles olham pra mim como eu sou boa pessoa” (E02); “ajuda-me a eu andar mais calmo e a ter o tal pensamento positivo e prontos, é bom, é bonito, é salutar” (E10). A posse de AE aumenta a realização pessoal na medida em que se consegue lidar com sucesso com os problemas que os seus AE lhe colocam “E até de uma certa forma traz uma realização até pessoal no... problemas a resolver relacionados com ele... mas pronto, é como eu disse, por outro lado, dá-me uma certa realização ver que sou capaz de ultrapassar” (E15).

Noutros casos, a mudança comportamental passa por anular comportamentos adquiridos ao longo de trajetórias desviantes

“um dos problemas que eu tinha, tantos anos a viver com pessoas rudes por causa de drogas e tudo, eu era, sei lá, a maneira de falar para as pessoas, era muito agressivo... Isto fui adquirindo, muitos anos de droga fui adquirindo isto... Com ele não, consegui, não sei como, mas consegui uma certa calma. Deixar de ser tão bruto com as pessoas com palavras, a maneira de confrontar as pessoas não é igual... Cheguei muitas vezes a ser violento, porque tinha que ser violento. Tínhamos que ser violentos em muitas das situações. E isso a mim

desapareceu. A violência, agressividade, tanto verbal como física... Agora nem pensar. Agora não uso violência física. Nem os animais usam quanto mais nós” (E04).

### Brincar

A brincadeira com os AE provoca estados de humor positivos “ela brinca e eu também brinco com ela... e rio-me, e rio-me...” (E01) e troca de afetos “Gostam muito de brincar, ah se vier cá fora saltam-me logo porque querem que lhes faça meiguices” (E09).

### Promoção de saúde mental

Os participantes afirmam que por terem AE promovem a sua saúde mental: “Ajudou em questões físicas e psicológicas também. O cão ajudou-me bastante” (E04); “Aquele gato tem-me ajudado psicologicamente, fisicamente, mentalmente... tudo acabado em mente aquele gato tem-me ajudado” (E11); “Este animal acho que me veio curar de uma depressão que eu tava a ter...” (E08). Por isso, emerge a consciência de que ter um AE pode produzir, em certas condições, ganhos em termos de saúde mental “Quem sofrer de certas perturbações mentais ou assim...” (E10).

As perdas associadas ao envelhecimento podem ter repercussões nas atividades quotidianas, favorecendo o aparecimento de patologias como, por exemplo, a depressão, sendo exacerbadas em indivíduos com longas histórias de consumos de SPA. Os AE podem prevenir as perturbações mentais e ajudar no seu tratamento e promover mudanças positivas no autoconceito e no comportamento, nomeadamente, através dos momentos de brincadeira e da sensação de realização pessoal que proporcionam (Suthers-McCabe, 2001). Por outro lado, a posse de um AE promove vivências como o confronto com factos naturais, tais como o nascimento, a doença, a morte e o aprender como cuidar dos outros (Faraco, 2008; Costa et al., 2009; Dotti, 2014). Os participantes no presente estudo documentam todas estes aspetos realçando o papel do AE na sua imagem pessoal, no seu comportamento, no seu estado de humor, na sua realização pessoal e na sua saúde mental.

### ***Benefícios Emocionais***

Os 17 participantes referem benefícios emocionais por possuírem um AE, Tabela 12, tendo sido delimitadas as seguintes subcategorias: *Redução da solidão*, 100% dos participantes (N = 17); *Estabelecimento de ligações emocionais*, 88% dos participantes (N = 15); *Expressão de sentimentos e emoções*, referida por 82% dos participantes (N = 14); *Promoção de estados emocionais positivos e prevenção de estados emocionais negativos*, mencionado por 65% dos participantes (N = 11); *Receção de sentimentos e emoções*, 35% dos participantes (N = 6).

Tabela 12: Benefícios Emocionais da Posse do Animal de Estimação

Subcategoria	N	%
Redução da solidão	17	100
Estabelecimento de ligações emocionais	15	88
Expressão de sentimentos e emoções	14	82
Promoção de estados emocionais positivos e prevenção de estados emocionais negativos	11	65
Receção de sentimentos e emoções	6	35

#### Redução da solidão

A redução da solidão é referida pelos 17 participantes, associando-se os AE a elementos de companhia “É só com ela que eu convivo...” (E01); “pronto é uma companhia que eu tenho” (E03); “É uma companhia, é uma companhia, não falo para ninguém falo para os gatos...” (E05)

Os AE são os amigos com quem se fala nos momentos difíceis “eu estou triste, eu meto-me em casa, ou pego nos cães e vou dar uma volta e, falo pra eles com uma onda como eu não posso falar pra um amigo, e então falo prós meus animais” (E02) ou os amigos preferidos “E eu também, antes preferi ter um amigo, o meu cão, neste caso, do que ter um ser humano” (E10).

Os AE são comparados a filhos “um filho, um filho, para mim são como uns filhos” (E09); “não tenho filhos, não... é o meu filhote” (E13); a irmãos “quase como os filhos que eu não tenho (risos) e os irmãos que agora não tenho” (E07), a netos “O gato está a fazer o substituto de um neto” (E08) ou membros genéricos da família “é como se fosse um parente próximo e muito, muito, de muita estima” (E10); “que fosse um membro da família...” (E16).

Entre as pessoas, os AE são o substituto do humano “como se fosse uma pessoa...” (E11), ou mesmo algo que supera a presença humana “é mais do que uma pessoa até” (E07), são com quem se fala “...emocional, é assim, é a tal companhia e a gente em falar com eles às vezes e sentir que está ali alguém, não é... e que nos compreendem às vezes” (E07), a companhia preferida “Eu sei que fazem falta as pessoas. Claro que eu sei que fazem falta. Mas eu mesmo assim prefiro viver, faz de conta, entre quatro paredes, dou-me melhor com os animais, com eles entendendo-me, agora com pessoas... é um bocado... não vou dizer que não me entendo com pessoas, claro” (E04) a pessoa com quem se desabafa “é uma companhia, como se fosse uma pessoa... tem-me ajudado a passar momentos... pá, não sei se é uma burrice o que vou dizer, mas eu dou por mim muitas vezes a desabafar com o gato” (E11).

#### Estabelecimento de ligações emocionais

Em primeiro lugar, os participantes qualificam a relação com os seus AE como forte e intensa. Essa ligação emerge porque os participantes sentem que os seus AE “dão tudo...tudo, tudo, entregam-se completamente” (E01) ou porque existe uma interligação forte entre dono e AE “...tamos muito interligados um com o outro. É a minha vida, é a minha vida, é a minha vida...” (E10). Desta interligação emergem também comportamentos de compreensão “só não fala comigo, mas percebe-me tudo” (E09), de entendimento “a gente entende-se bem!” (E13) e de empatia entre os donos e os seus AE:

“quando estou doente ele faz aquele ganir um bocado de choro” ou “a gente juntava-se lá a fumar charros, quando eramos mais novos e então o cão, sentava-se lá no muro, a princípio só tinha um, e então ele notava quando a gente estava fumado, ele parecia que tinha outro comportamento, ele olhava para mim de outra forma. Parecia que ele compreendia e via isso... A gente, ao menos, e até comentávamos isso, que ele quando via que eu estava fumado ele tinha outro comportamento comigo. Ele olhava assim de outra forma” (E07)

E é precisamente o olhar um dos meios mais utilizados pelos participantes para qualificarem a ligação com os seus AE “como ele só tem olhos para mim, eu também só tenho olhos para ele... é a menina dos meus olhos, digamos assim” (E10), ou “é a luz

dos meus olhos” (E11). De outra forma, o AE assume um papel único na vida dos participantes “este cão para mim é tudo” (E10), “são das coisas mais importantes da minha vida, sem sombra de dúvida!” (E12)

Assim, são normais as referências a relações de proximidade entre os participantes e os AE. Com efeito, os participantes referem que passam o dia todo com os seus AE “passamos as horas do dia os dois” (E10); “a minha cadela dorme comigo” (E14), ao longo de sucessivos dias “todos os dias saio com ele” (E10). E uma tal proximidade “claro! Ele não me larga!” (E13) faz emergir reclamações noutras figuras significativas “A minha mulher tem ciúmes dele!” (E13).

### Expressão de sentimentos e emoções

Os participantes enunciam sentimentos e emoções em relação ao AE atual, nomeadamente a *paixão* e *o amor*. Por vezes, os participantes associam elevada intensidade aos seus sentimentos e emoções “é um amor incondicional” (E12); “muito amor àqueles gatinhos” (E03) pelo que colocam a hipótese de dar a vida pelo seu AE “eu tenho muito amor e acho que dava a minha vida por ela... francamente” (E13) ou então a sua paixão deriva de terem “noutra vida, na vida anterior, lá devo ter sido algum animal... não sei. Olhe, gosto muito! Tenho uma paixão por animais” (E14). Noutros casos, os sentimentos e emoções podem derivar de uma particularidade do animal “é uma paixão. Isto é uma paixão. Eu já gosto de gatos e de animais, no geral, mas este gato cativou de uma maneira... porque, é diferente dos outros todos que já vi e que tive. Este é diferente! Percebe tudo!” (E08).

Os participantes mencionam também que *gostam e adoram* os seus AE. Estes sentimentos e emoções emergem porque os participantes sempre gostaram, sem distinções “eu não distingo os animais... para mim são iguais... gosto deles” (E14), de animais “sempre gostei e desde que eu me lembre, desde que eu me lembre” (E02), transferindo esses sentimentos e emoções para o animal que atualmente possuem, ou emergem porque os seus animais são *bonitinhos, queridos, lindos*, desejando que tenham uma vida longa “Deus dê muitos aninhos também ao meu gato, que eu gosto muito dele...” (E03). Por outro lado, embora se afirme a preferência por seres humanos “gosto muito dos animais, mas gosto mais dos seres humanos, é evidente” (E10), não

se deixa de considerar que no confronto entre seres humanos e animais, estes são preferidos “quanto mais conheço os animais... as pessoas, mais gosto dos animais” (E09).

Finalmente, o *carinho* é outra forma de expressar afeto emocional pelos seus AE, “E eu... o que eu sinto pelos meus cães é isso. Carinho. E é o que me preenche” (E02); “Ele só pede que o passeie e que lhe dê de comer, mais nada, e carinho. Só essas 3 coisas... e a mim não me custa nada isso” (E04) e *estima*.

Promoção de estados emocionais positivos e prevenção de estados emocionais negativos

Os participantes consideram que os seus AE lhes promovem estados emocionais positivos ora genéricos “faz-me sentir bem” (E14); “sinto paz com eles, sinto paz” (E04), ora concretos, como o prazer “aquele gato a mim não me dá dificuldades, só me dá prazer” (E11) e a alegria “É um bicho que eu tenho que dá-me muita alegria e dá alegria à casa também” (E03). Noutros casos, os AE permitem combater e prevenir estados emocionais negativos “eu estou triste, eu meto-me em casa, ou pego nos cães e vou dar uma volta e, falo pra eles com uma onda como eu não posso falar pra um amigo, e então falo prós meus animais” (E02).

Receção de sentimentos e emoções

Comparativamente com a subcategoria anterior, é menor o número de participantes a evocarem sentimentos e emoções dos AE para consigo. Os participantes descrevem os sentimentos e emoções que os seus AE manifestam por si, sendo também aqui possível organizar a informação produzida em função da intensidade dos sentimentos e emoções. Assim, emerge no extremo superior de intensidade o *amor*, “ele faz-te sentir que és amado... e isso é tão bom... poça... qual é a pessoa que não gosta de ser amado? Nem que seja por um animal?” (E11), qualificando-se este amor como impar “não há amor como o de um cão” (E06). Numa posição intermédia emergem o sentimento e emoção de *gostar* “eu sinto que o meu gato gosta de mim como uma pessoa, ou até melhor” (E11) e de adorar “eu adoro muito o meu cãozinho” (E13). Por fim, com a intensidade mais fraca surge o *carinho* “as suas demonstrações de carinho, pá isso é muito bom” (E11).

Os benefícios relacionados com aspetos afetivos e emocionais poderão funcionar como fatores de proteção da saúde, particularmente a psíquica (Costa, E. C., 2006). A relação dono-AE proporciona aos donos o estabelecimento de uma forte ligação emocional (Peretti, 1990) e uma troca de emoções e sentimentos generalizada (Faraco, 2008; Costa et al., 2009; Dotti, 2014), sendo mais forte na velhice do que em qualquer outra fase da vida humana (Costa, M. 2006). Por outro lado, os laços estabelecidos com AE são maiores em adultos que têm famílias pequenas, vivem em casas em zonas urbanas, divorciados, pessoas de faixas etárias mais velhas, com menor escolaridade e menor poder económico (Miranda, 2011). Ora todas estas características estão, em geral, bem presentes nos participantes do presente estudo, pelo que se compreende que eles descrevam a sua relação com o seu AE como uma fonte espontânea de amor incondicional e inesgotável. Por outro lado, o envelhecimento associa-se à perda do contacto com outros humanos, pelo que há tendência a reduzir as ligações íntimas e ao isolamento, o que poderá levar a um estado de solidão (Costa et al., 2009). Os consumidores velhos de SPA são indivíduos em geral isolados e os participantes no presente estudo documentam bem esta característica. Assim, os AE surgem como uma alternativa ao isolamento (Miranda, 2011), fornecendo aos seus cuidadores sentimentos de alegria em detrimento dos de tristeza. E, por definição, os AE foram criados para o convívio com os seres humanos e para companhia (Elizeire, 2013).

### ***Benefícios Sociais***

Relativamente à categoria Benefícios sociais 82% dos participantes referem estes benefícios por possuírem um AE, Tabela 13, tendo emergido as seguintes subcategorias: *Rotinas*, 82% dos participantes (N = 14); *Aumentar o círculo social, o convívio e combater o isolamento social*, mencionado por 71% dos participantes (N = 12); *Entretenimento e diversão*, 29% dos participantes (N = 5); e *Promoção valores*, referida por 24% dos participantes (N = 4).

Tabela 13: Benefícios Sociais da Posse do Animal de Estimação

Subcategoria	N	%
Rotinas	14	82
Aumentar o círculo social, o convívio e combater o isolamento social	12	71
Entretenimento e diversão	5	29
Promoção de valores	4	24

## Rotinas

Os participantes afirmam que os seus AE os levam a ter rotinas. Um AE pode provocar rotinas “é aquela obrigação de o ter a passear às tantas horas e isso dá-me uma certa, uma certa, cria-me uma certa rotina, coisa que eu não tinha” (E04); “faz-me levantar todos os dias certinho, o que me mantém aquela coisa de um ritual, como se me levantasse para ir trabalhar, seja inverno, chova, vento, e...” (E08), que mudam o quotidiano do seu dono “Foi ele que me ajudou bastante a mudar tudo. A mudar os ritmos e as coisas todas. É claro que ele me mudou... O meu estilo de vida foi ele que ajudou a mudar. Horários e outras coisas como tais” (E04).

As rotinas começam nas primeiras horas do dia, passando por levantar cedo “há 2 anos que ainda não houve um dia em que não me levantasse às 8 da manhã. Às 8 da manhã já ando com ele no jardim é aquela obrigação de o ter a passear às tantas horas e isso dá-me uma certa, uma certa, cria-me uma certa rotina, coisa que eu não tinha” (E08) e prologam-se ao longo do dia seja saindo “todos os dias saio com ele” (E10), cuidando do AE “a ter responsabilidade a dar-lhe comer, dar-lhe de beber, limpar, estar ali, fazer-lhe companhia. Fez-me ser mais responsável” (E11), ou tratando da higiene associada ao AE “olhe limpar o terraço não, não fazia de certeza...” (E17).

## Aumentar o círculo social, o convívio e combater o isolamento social

Os participantes consideram que os seus AE contribuem para aumentar o círculo social, o convívio e combater o isolamento social. A posse de AE obriga, em muitos casos, a sair de casa “mas também que me fez bem, é que faz-me sair e faz-me não estar em casa” (E04); “se não isolava-me completamente, não saía de casa. Não saía de casa, refugiava-me quando saísse se calhar era só para consumir álcool ou assim... e assim” (E10); “eu estava já há 4 anos dentro de casa, não saía à rua” (E13)

Uma vez no espaço público, o AE permite conhecer a rede de vizinhança “os únicos vizinhos que conheço são os que têm animais, tanto rapazes, tanto mulheres como homens é tudo por causa dos animais” (E04), seja a vizinhança da zona em que se reside há muitos anos “há ali pessoas que, estou ali há 16 anos e nem nunca me salvaram a mim, nem eu nunca as salvei... e por causa do gato, muitas dessas pessoas deram-se à conversa” (E08), seja a nova vizinhança quando se muda de residência

“agora estou a morar nas Antas e comecei lá a conhecer vizinhos por causa dos cães” (E04). Mas ter um AE também permite estabelecer contacto com estranhos “por vezes até nem os conheço... ‘aí que rico cão e não sei quê?’... E aí as pessoas aproximam-se mais e começam a conviver mais, é evidente” (E10); “tenho conhecido muita gente por causa do gato” (E11). Por fim, o AE facilita até o contacto com terceiros através das novas tecnologias “já conheci estrangeiros. Ele deve ser na internet bem conhecido” (E13); “olhe acontece, olhe, no facebook” (E14).

Uma vez estabelecido o contacto emerge o convívio “há sempre aquele contacto e troca de pareceres e opiniões e as pessoas contam sempre o quê que o dele tem, o quê que não tem, o quê que teve...” (E15).

Enfim, na medida em que facilita o contacto com terceiros “facilitam muito, não tenho problemas nenhuns, nenhuns” (E14), a posse de AE permite combater o isolamento social “mas lá está, mas é bom porque a gente entra mais na sociedade e as pessoas olham p’ó animal e olham para a gente” (E02).

#### Entretenimento e diversão

Os participantes afirmam que ocupam os seus tempos com os seus AE “tem-me ajudado a passar os momentos” (E11), o que tem uma componente positiva “estou em casa desocupada e preciso de ocupar o tempo com alguma coisa e ele ocupa-me muito tempo” (E08), mais ainda quando se vivenciam situações de desemprego “Infelizmente agora tou outra vez desempregado e ele consegue-me matar os tempos mortos” (E04).

#### Promoção valores

Os AE promovem valores que se possuíam, mas que não se praticavam “os valores morais fui, fui adquirindo também com eles, outra vez. Não é que não os tivesse, ficaram adormecidos” (E04) ou, então, a prática quotidiana com o AE faz emergir valores como a lealdade “lealdade... muito carinho da parte dela, muita preocupação para mim... preocupar-me... hummmm mas acima de tudo a lealdade” (E01) ou da fidelidade “aquilo é fiel mesmo, vai connosco até ao fim do mundo” (E06).

O processo de envelhecimento social associa-se a perdas, separações, solidão e isolamento que condicionam a motivação e a forma de viver. Os consumidores velhos

de SPA têm ainda mais presente o isolamento social e situações que o potenciam, como o desemprego. Estas alterações não significam necessariamente um prejuízo na concretização das atividades diárias, nem uma limitação da participação social (Squire, 2005). Com efeito, com a presença de um AE é possível minimizar essas alterações promovendo benefícios sociais como a recreação, a diversão, a quebra do isolamento com o incentivo à comunicação, ao sentido de convivência e à socialização (Dotti, 2014). E, por definição, o entretenimento e o divertimento são duas das funções dos AE. Promover a comunicação com outras pessoas, com novos contactos de amizade, facilitar o aumento do círculo social e combater o isolamento social são outras das possibilidades que os AE proporcionam. Por outro lado, a posse de um AE poderá permitir a recuperação de processos muitas vezes encobertos pelas longas trajetórias de consumo de SPA. Estão, neste caso, as rotinas diárias, o que ajudam a estruturar o tempo, e a experiência de valores, como a lealdade e a fidelidade (Faraco, 2008; Costa et al., 2009; Dotti, 2014).

## 2.5 - Responsabilidades em Ter Animal de Estimação

A dimensão Responsabilidade em ter um AE é referida pelos 17 participantes, Tabela 14, e permite identificar as seguintes categorias: *Saúde e higiene*, referida por 94% dos participantes (N = 16); *Morte ou perda*, 88% dos participantes (N = 15); *Alimentação*, presente em 88% dos participantes (N = 15); *Económicas*, mencionada por 82% dos participantes (N = 14); *Passear*, 29% dos participantes (N = 5); *Retaguarda*, 29% dos participantes (N = 5) e *Outas* mencionada por 35% dos participantes (N = 6).

Tabela 14: Responsabilidades da Posse do Animal de Estimação

Categoria	N	%
Saúde e higiene	16	94
Morte ou perda	15	88
Alimentação	15	88
Económicas	14	82
Passear	5	29
Retaguarda	5	29
Outas	6	35

### *Saúde e Higiene*

Uma grande fonte de preocupação é a saúde e a higiene dos AE: “eu preocupo-me é..., como é que eu hei-de explicar... o cão, eu chegar a casa e o cão estar doente” (E02); o que implica assegurar os cuidados de saúde e de higiene dos AE “Tenho medo de ficar

desempregada e não poder, não é, dar-lhe as vacinas direitinhas e fazer... preocupa-me um bocado isso” (E12). Esta preocupação com a saúde dos AE implica mesmo comportamentos de securização “eu rezo à Nossa Senhora por ele, para lhe dar saúde” (E13).

Os cuidados de saúde e de higiene são mais de carácter preventivo, associando-se, por exemplo, à vacinação e à limpeza “Vacinas, tudo, dar-lhe banho, não é, claro!... não é? Claro! Para isso não tinha o cão!...” (E06); “estou sempre a mudar a água, o caixotinho dela, onde tem a areiazinha dela” (E01); “há que cuidar, dar o banhinho” (E02) e à desparasitação “dou-lhe as pipetas todas, para tudo, para pulga, para tudo, tudo” (E01) e podem mesmo assumir uma regularidade diária “escovo-o todos os dias... dou-lhes a injeção, desparasito-os... dou-lhes banho” (E11). Por outro lado, em situações de emergência, quando o AE está doente ou em sofrimento, recorre-se ao veterinário “deixa-la assim num, num estado de sofrimento e e e... não só, não, isso para mim não cabe na cabeça, não cabe na cabeça... é, logo ao veterinário” (E01) e depois há que assegurar que os cuidados prescritos pelo veterinário são administrados ao AE “punha o despertador para lhe dar aquela dose e ela começou a ganhar força” (E01). Noutros casos, a ida ao veterinário é mesmo uma das maiores dificuldades “A maior dificuldade é mesmo quando tenho que ir com ele ao veterinário” (E04) ou mesmo a única “levalos ao veterinário, é a única coisa que me falta” (E05).

Ainda em termos de higiene, a presença do AE implica uma maior sujidade dos espaços por eles utilizados “sujam o carro e depois obrigam-me a limpa-lo... vão com as patas todas sujas e enchem-me tudo de pelos (risos). Em casa a mesma coisa” (E07). Esta realidade exige um esforço regular com o objetivo de manter a higiene “tenho que lavar mais vezes... todos os dias tenho que lavar o pátio... tenho sempre o ‘sitinho’ deles limpo” (E09).

### ***Morte ou Perda***

A morte “não, não, não, ninguém lida bem com a morte da pessoa que nos faz mais companhia. Da coisa, do animal, da pessoa... acaba por ser uma pessoa, para mim” (E17); “o meu cão atravessa pela passadeira, mas há sempre aquele carro que não pare e eu nem me imagino que ele morra. Isso, isso eu num sei, nem sei como é que há-de ser caso me acontecer uma coisa dessas, mas num sei mesmo” (E02) ou perda

“eles me fujam e que eu não os veja mais” (E09) do AE é outra das grandes preocupações dos participantes. De novo emergem os comportamentos de securização “peço a Deus e a minha Nossa Senhora de Fátima, que lhe dê ainda muito tempo de vida (chora)” (E16).

Os participantes têm consciência que, na sequência da relação afetiva estreita “porque gosto dele e sei que vou sofrer muito com a perda” (E15) e dos laços quotidianos “criou-se ali um hábito muito grande ao ponto de um dia que ele morra, eu vou sentir muito a falta, não é, psicologicamente e se calhar pelos hábitos que tenho de fazer de comer, de o passear, etc., etc., vou sentir muito essa falta” (E15) que têm com o seu AE, vão sentir a sua falta em caso de morte “é um vazio enorme! É um vazio enorme! (E05). Falam abertamente do sentimento provocado pela morte do AE “depois quando acaba, não é? Quando eles morrem é um desgosto enorme... parece que falta tudo!...” (E08), comparando esse sofrimento à perda de um familiar “se me faltar o meu cão é como se morresse uma pessoa de família que me fosse muito querida” (E10).

Desta forma, emerge uma ambivalência face ao cenário desejado, na medida em que se nuns casos se deseja um fim em comum “Como fui eu que o criei quero que ele acabe ao meu lado” (E04) noutros não se consegue perspetivar a existência sem o AE “mexe muito comigo, mesmo porque tenho muito medo de a perder e de... (emociona-se) e não vejo a minha vida sem ela... (emocionado)” (E16), e noutros casos considera-se que é desejável ser o AE a morrer primeiro para não ser ele a vivenciar o sentimento de perda

“eu prefiro que ele vá primeiro do que eu, como é evidente. Porque, eu, como ser humano, penso eu que é de superar essa situação, embora me vá ser muito difícil de certeza. Porque se vou eu primeiro, eu vou com aquilo na minha cabeça e sei que o bicho nunca mais é animal... ele morre de certeza” (E10).

### ***Alimentação***

As responsabilidades com a alimentação do AE é efetuada em função das especificidades do AE “quando é coisas que devo dar, fritos já não lhe dou porque faz mal ao estômago a ele porque tem problemas de estômago...” (E03) e são de crucial importância, de tal forma que se equiparam à alimentação de um amigo “olhar por eles é como que olhasse por um amigo meu, dava de comer, é igual” (E02) ou de um

filho “sou capaz de dar... de que, dar primeiro a um filho é a mesma coisa... (E05), implicando mesmo espírito de sacrifício pessoal “para não lhes faltar o que comer. Eu deixo de comer se for preciso... Primeiro estão eles” (E09). A este nível, os participantes chegam a assumir a responsabilidade de cozinhar diariamente para os seus AE “durante o dia, ao almoço come frango com massa ou arroz, ou uma carnita cozida por mim” (E15). Noutros casos, os participantes compram rações para a alimentação dos seus AE “ao fim da tarde e à noite costumo-lhe dar uma latinha de ração e um snackzito...” (E15). Além de assegurar o alimento, orçamentando a despesa e gastando-se, por vezes, mais dinheiro na alimentação do AE do que na pessoal “Que eu incluo também no meu orçamento, às vezes mais dinheiro com ele do que comigo para comer” (E08), tem que se assegurar também que o AE ingere esse alimento “e depois tenho de estar com cuidado para ela comer... oh menina come...” (E05).

### *Económicas*

As responsabilidades a nível económico são um aspeto central para os participantes. A posse de AE implica gastos económicos, por vezes, elevados, “... já que os tem, tem que os tratar bem, não? Tem que lhe dar vacinas, tem que os desparasitar e essas coisas e tudo isso é dispendioso. E quanto mais, mais caros ficam” (E07). Estes gastos económicos são difíceis de conciliar com o facto de os participantes viverem em precariedade financeira “e para quem tem pouco dinheiro é um sacrifício grande” (E08) e laboral “e eu não estiver a trabalhar vai ser muito difícil, porque vai haver outras coisas que, é como as pessoas, começam a aparecer problemas” (E04); “pronto, tenho aquela despesa com eles, pra já consigo suportar. Tenho medo de ficar desempregada e não poder, não é, dar-lhe as vacinas direitinhas e fazer... preocupa-me um bocado isso” (E12), assim como o facto de não terem apoios para cuidar dos seus AE “porque não há descontos para nada, não há... os animais pagam tudo por em cheio... aqui em Portugal é zero, o estado é zero, zero, não ajuda com nada” (E04). Desta forma, há que fazer sacrifícios pessoais “Às vezes sou capaz de deixar eu de comer... de comer, bebo só um chá, um café em casa com um pão só para dar aos gatos...” (E05). Noutros casos, há mesmo que prescindir de alguns cuidados que se desejava ter “gostava de ter posses para eles poderem ter mais... eles são saudáveis...

Agora, há certas coisas que eu sei que eles precisavam de tomar, não é, como nós. Mas já fui saber o preço e é muito dinheiro” (E09).

### ***Passear***

A responsabilidade de passear o AE é, em muitos casos, uma consequência lógica de resposta às necessidades fisiológicas “vir para a rua... porque ele quer vir fazer as necessidades e eu, claro, venho com ele” (E13) e sociais do AE “as pessoas têm de passear os cães para eles serem sociáveis. Têm de ver pessoas e as crianças” (E04), que, com o decorrer do tempo, se torna um hábito e/ou uma obrigação “pensavam que era só por uns tempos, agora de uma brincadeira passou a ser coisa a sério. Passou a ser sério. É porque eu sinto-me obrigada a levá-lo. Sinto essa obrigação” (E08). Se, por vezes, levar o AE a passear pode ser menos agradável “pode ser um bocadinho mais chato é nos dias de chuva” (E04), passear o AE é uma das atividades que se faz com ele sem sacrifício “e a mim não me custa nada isso” (E04), até porque é uma forma de devolver ao AE aquilo que ele dá aos participantes “É a minha maneira de compensá-lo... é trata-lo bem” (E04).

### ***Retaguarda***

Os participantes evocam a preocupação em fornecerem aos seus AE uma retaguarda “porquê, se eu caio à cama o quê que vai ser feito dela, não é? e ela está há muitos anos comigo... desde que eu disse que era um bicho (riso)” (E01) de preferência segura “tinha que ter a certeza que se tratava bem, senão não entregava... senão não entregava o cão” (E02); “quero entregar a bicha a alguém de confiança” (E01), seja em situações temporárias “é que eu tive doze dias no hospital... é complicado, eles estranham quando não vêm o dono” (E05), seja em situações mais prolongadas ou definitivas “nem quero pensar, mas um dia que eu saia num imagino o que é que vai ser dos meus animais” (E02); “e não posso pensar que ela, que eu vá e que ela fique para aí, não! Isso, isso sim, isso era, isso já não é amor, isso já é outra coisa muito feia” (E01).

### ***Outras***

Por fim, surgem as *Outras Responsabilidades em Ter Animal de Estimação*, tais como, as dificuldades em consequência do ajustamento às regras dos espaços de residência “pois claro que dificulta... nem toda a gente aceita animais” (E01); “E prontos, foi mais

um dos trabalhos porque eu na altura estava num quarto, não podia ter o cão e andei a correr, a correr e lá consegui ir para uma casa, não tinha muitas condições e não tive lá bastante tempo. Sem condições nenhuma para ter o cão” (E04), da reprodução dos animais “deixo-a em liberdade total e depois tenho que assumir as consequências. Ela ficar grávida, depois tenho que arranjar alguém para os pequerruchos, não é? Ter que arranjar alguém para eles, sim... quando ela pare depois há um problema também. Quando ela pare depois traz para lá uma série de filhos” (E07), do ajustamento às Leis “depois há as ameaças, a GNRs, porque têm de ter licença, se são apanhados na rua, embora eles andem na rua e não podem andar, mas pelo menos têm a licença e estão vacinados, é isso... Embora, se eles me denunciarem que eles andam à caça é possível que eu tenha que pagar alguma multa” (E17) e segurança “evitar que eles num se magoe” (E02).

Se, por um lado, ter um AE promove uma melhoria nas vidas dos seus donos de diferentes modos e a vários níveis, por outro, a relação do dono com os AE é também marcada por obrigações, dificuldades, preocupações e/ou responsabilidades do dono para com o seu AE. Com efeito, os AE precisam de uma constante atenção e dedicação que responda aos cuidados que eles necessitam, sejam eles de saúde e higiene ou de alimentação. No entanto, para um dono, a ideia de doença, morte ou perda do seu AE pode implicar sofrimento, tanto mais profundo quanto mais forte for o vínculo com os seus AE, o que pode ter efeitos semelhantes à perda de um ser humano significativo para essa pessoa (Miranda, 2011). Outra das dificuldades associada à posse de um AE são os custos (Costa, 2016), que estão muito presentes nos consumidores velhos de SPA que participaram neste estudo, devido às carências psicossociais que apresentam. Porém, estas obrigações, dificuldades, preocupações e/ou responsabilidades não impossibilitam uma relação ser humano AE, nem os benefícios daí decorrentes, como bem demonstram as histórias de vida dos participantes deste estudo, em geral, e a sua relação com AE, em particular.

## **2.6 - Ter ou Não Ter Animal de Estimação no Futuro**

Em relação à dimensão Ter ou Não Ter Animal de Estimação no Futuro, Tabela 15, emergiram três categorias: *Quer continuar a ter*, referido por 76% (N = 13) dos

participantes; *Não quer continuar a ter, indicado por 18% (N = 3) e Sem opinião, indicado por 6% (N = 1) dos participantes.*

Tabela 15: Ter ou Não Ter Animal de Estimação no Futuro

Categoria	N	%
Quer continuar a ter	13	76
Não quer continuar a ter	3	18
Sem opinião	1	6

Entre os participantes que referem que querem continuar a ter AE, há aqueles para quem ter animais é uma inevitabilidade “sim, sim, não me imagino já sem eles, sim” (E07); “cães vou ter sempre” (E17) e, portanto, expressam o desejo de ter mais animais sem qualquer tipo de constrangimento “sempre! Espero que este dure muitos anos, mas um dia que este se vá, vou lá buscar outro” (E06), mas há os que condicionam esse desejo ao cumprimento de condições “Futuramente se a vida melhorasse, claro, se tivesse o meu canto, se tivesse a minha casa, se tivesse a minha gata, se tivesse um cão, claro que gostava” (E04); “Mas no futuro, se a minha vida tiver bem, tiver como tá agora, tudo bem, não me importo de ter outro” (E08).

Entre os participantes que referem não querer continuar a ter AE há os que querem evitar os problemas associados à posse de AE “Aí não quero mais, não, não estou a pensar ter mais, é uma dor de cabeça” (E05) e há os que se sentem incapazes de cuidar plenamente do AE “não vou ter mais nenhum AE porque não vou ter oportunidade de o acompanhar no crescimento” (E16).

Em suma, os participantes sempre mantiveram relações com AE ao longo da sua vida e a maioria deseja manter essa relação. É importante também salientar que, os participantes reconhecem que os animais lhes proporcionam inúmeros benefícios em termos de saúde. Recordamos uma das definições de saúde mais conhecidas, a da OMS, segundo a qual a saúde é considerada um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Este conceito marca a rotura com a dicotomia saúde/doença, salienta uma conceção global e positiva de saúde, incluindo as dimensões mental e social, refere a interação corpo-mente e considera a envolvente social (Gil, 2008).

Importa ainda recordar que o envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção

dos objetivos que as pessoas desejam alcançar (DGS, 2004). Filho (2009) acrescenta, entre outras, a necessidade de estimular a atividade física regular, as mudanças de hábitos danosos, compensar as limitações e a ampliação da rede de suporte social. Tudo isto pode ser proporcionado pelo animal de estimação.



## **Conclusão**

A sociedade contemporânea tem como objetivo prolongar a vida e retardar o envelhecimento (Schneider e Irigaray, 2008). De facto, pela primeira vez na história, a maioria das pessoas vivem para além dos 60 anos. As consequências desta transição demográfica para a saúde, os sistemas de saúde e para as empresas são profundas (WHO, 2015). Neste sentido, é importante promover um envelhecimento saudável (Filho, 2009), ou seja, há que prevenir as doenças, retardar o seu aparecimento e/ou diminuir a sua gravidade e há que promover estilos de vida saudáveis.

Segundo a WHO (2015), o termo envelhecimento saudável é amplamente utilizado nos círculos académicos e políticos, mas surpreendentemente há pouco consenso sobre o seu significado e a sua forma de medição. Além disso, é frequentemente utilizado para identificar um estado livre de doença, permitindo fazer a distinção entre indivíduos saudáveis e não saudáveis. Assim, esta Organização (2015) define envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e a manutenção da habilidade de funcionamento que permite o bem-estar na velhice.

Segundo o OEDT (2010b; 2010c), o consumidor de SPA é o velho que a sociedade atual evita. O consumo de SPA aumenta o risco de doenças crónicas que antecipam o envelhecimento, e, por si só, provoca um envelhecimento prematuro. Um consumidor velho de SPA apresenta, em geral, problemas relacionados com o envelhecimento que deveria apresentar duas décadas depois (OEDT, 2010c). No entanto, os serviços reportam cada vez mais adultos mais velhos com problemas de consumo de substâncias, o que expõe a prestação de cuidados ao nível da saúde, das drogas e dos serviços sociais a novos problemas (OEDT, 2010c).

O estilo de vida adotado pelos consumidores velhos de SPA faz emergir fortes debilidades nos determinantes sociais de saúde, nomeadamente, baixa escolaridade, altos níveis de desemprego, falta de retaguarda familiar, solidão, isolamento social, perda de habitação, desemprego e dependência económica. Estas debilidades, por sua vez, têm implicações negativas na saúde biopsicossocial destes indivíduos (OEDT, 2010c).

Para Casciotti e Zuckerman (2016) os animais desempenham um importante papel na vida de numerosas pessoas e quanto melhor compreendermos a ligação homem-animal, melhor podemos utilizar esse recurso para melhorar a vida das pessoas.

Como anteriormente foi referido, na minha atividade profissional tinha observado a capacidade das pessoas consumidoras de SPA em cuidar dos seus AE. Assim, emergiu a seguinte pergunta de partida “Quais os benefícios de ter um, ou mais, animais de estimação para a promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de substâncias psicoativas?”

Para dar resposta a esta questão definimos os seguintes objetivos:

Objetivo geral: compreender os contributos dos animais de estimação na promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de SPA.

Objetivos específicos:

- Identificar as características sociodemográficas do participante;
- Conhecer a situação clínica do participante;
- Identificar a situação do participante face ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas;
- Conhecer a relação passada do participante com AE;
- Descrever a relação com o AE atual e o papel deste na vida do participante;
- Compreender a perceção do participante sobre o contributo do seu AE na promoção do seu envelhecimento saudável;
- Conhecer os planos futuros dos participantes quanto ter/não ter AE.

Nesta investigação optamos por um estudo de natureza qualitativa, exploratório e transversal. Aceitaram participar dezassete indivíduos em tratamento num CRI que tem como área territorial de abrangência vários concelhos do distrito Porto e do distrito de Aveiro. Como técnica de colheita de dados utilizamos a entrevista semiestruturada, posteriormente os dados foram analisados através da análise de conteúdo preconizada por Bardin.

Os resultados evidenciam o seguinte:

- A maioria dos participantes (65%) são do sexo masculino; com uma média de idades de 50,6 anos ( $DP \pm 4,51$ ); a maioria (88%) não tem um(a) companheiro/a; 47% não completaram o ensino básico; 65% encontram-se desempregados.
- Quanto à primeira SPA ilícita consumida na vida, predomina o consumo de canábis e seus derivados, 82% dos participantes. Relativamente à SPA ilícita que consumiam quando iniciaram tratamento, os 17 participantes consumiam heroína. Em termos de tratamento, 47% dos participantes estão em programa de Metadona.
- A maioria dos participantes (82%) é portador de doenças infecciosas e parasitárias; seguido de perturbações mentais e do comportamento (41%); de doenças do aparelho circulatório (29%) e de doenças do aparelho respiratório (24%).
- Na dimensão Relação com Animais de Estimação ao Longo da Vida emergiram duas categorias: *Posse de AE* e *AE anteriores*. Na primeira, constatou-se a existência de duas subcategorias: *Sempre* e *Depois de casar*; na segunda, três: *Cão, Gatos e Outros*.
- Na dimensão Animal de Estimação Atual emergiram duas categorias: *Espécie* e *Tempo que têm AE*. Na primeira, constatou-se a existência de duas subcategorias: *Cão* e *Gato*; na segunda, três: *Menos de 1 ano, 1 a 5 anos* e *Mais de 5 anos*.
- Na dimensão Contextos em que surge o AE atual emergiram cinco categorias: *Adotados, Oferecidos por amigos, Filhos de AE anteriores, Fase significativa* e *Outros*.
- A dimensão Benefícios em Ter Animal de Estimação deu origem a quatro categorias: *Benefícios físicos; Benefícios mentais; Benefícios emocionais* e *Benefícios sociais*. Na primeira categoria emergiram as seguintes subcategorias: *Promoção de atividade física e mobilidade; Desenvolvimento da linguagem* e *Redução da dor*; na segunda categoria, as subcategorias: *Promoção de mudanças positivas no autoconceito e comportamento; Promoção de vivências como o nascimento, a morte e o cuidar; Brincar; Promoção de saúde mental*; na terceira categoria, as subcategorias: *Estabelecimento de ligações emocionais*;

*Promoção de estados emocionais positivos e prevenção de estados emocionais negativos; Expressão de sentimentos e emoções; Receção de sentimentos e emoções e Redução da solidão e na quarta categoria, as subcategorias: Entretenimento e diversão; Aumentar o círculo social, o convívio e combater o isolamento social; Promoção de valores e Rotinas. No entanto, possuir um animal de estimação não se associa só a benefícios, pois também implica responsabilidades.*

- A dimensão Responsabilidade permite identificar as seguintes categorias: *Saúde e higiene (94%); Morte ou perda (88%); Alimentação (88%); Económicas (82%); Passear (29%); Retaguarda (29%) e Outras (35%).*
- Finalmente, em relação à dimensão Ter ou Não Ter Animal de Estimação no Futuro, emergiram três categorias: *Quer continuar a ter (76%); Não quer continuar a ter (18%) e Sem opinião (6%).*

Na presente investigação, os consumidores velhos de SPA, apesar de terem fortes indicadores de doença e de envelhecimento, associados a um estilo de vida vulnerável, precário e marginalizado, conseguem minimizar os efeitos combinados que o consumo prolongado de SPA e que o envelhecimento lhes colocam com AE.

Desta forma, não obstante as responsabilidades que lhe são inerentes, os AE são um importante elemento de promoção de envelhecimento saudável junto de um grupo vulnerável como é o dos consumidores velhos de SPA, mostrando-se como uma alternativa às respostas convencionais proporcionadas pelos sistemas de saúde e social.

Quanto às limitações desta investigação, o estudo foi realizado num contexto muito específico, apenas com consumidores de SPA em tratamento num CRI do Porto; apenas incluiu consumidores de SPA em tratamento, realizado num serviço público de saúde, com um modelo específico e selecionados por técnicos que fazem parte da rede de relações profissionais do investigador. Por isso, não são abrangidos vários tipos de consumidores de SPA, nomeadamente aqueles que fazem outros tipos de tratamento.

Embora o estudo tenha sido realizado com 17 participantes, a confiança conferida pela descrição detalhada do processo metodológico e da análise dos dados permite a

transferibilidade dos seus resultados para um contexto semelhante (Sandelowski, 2007).

Assim, na medida em que pela presente investigação se pode concluir que os AE têm grandes benefícios na promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de SPA seria relevante desenvolver um programa de intervenção que aumentasse a adoção de AE por consumidores de SPA em tratamento, nomeadamente desenvolvendo ações de sensibilização com este objetivo e ações que facilitassem o processo de adoção. Por outro lado, também foi possível observar neste estudo que alguns dos participantes não prestavam todos os cuidados necessários aos seus AE, não porque não o desejassem, mas por dificuldades económicas. Assim, junto de populações desfavorecidas, seria pertinente desenvolver intervenções que facilitassem e tornassem mais acessíveis financeiramente os cuidados mais dispendiosos a prestar aos AE.

Quanto a futuras investigações, sugerimos a realização de um estudo de natureza quantitativa que se apoie nos resultados desta investigação. Este estudo teria como objetivo principal avaliar o impacto dos AE na promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de SPA. Assim, seria constituída uma amostra, aleatória, de consumidores de SPA composta por dois grupos: consumidores de SPA com AE e consumidores de SPA sem AE. Esta amostra seria avaliada quanto à sua qualidade de vida, num desenho longitudinal.



## Bibliografia

Abrahão, F., & Carvalho, M. C. (2015). Educação Assistida por Animais como Recurso Pedagógico na Educação Regular e Especial – Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Científica Digital da FAETEC*, VIII(01), 1-6.

Anderson, T. L., & Levy, J. A. (2003). Marginality among older injectors in today's illicit drug culture: assessing the impact of ageing. *Addiction*, 98(6), 761-770.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bertholucci, T. B., & Martins, M. F. (2008). *O Uso da Terapia Assistida Por Animais no Cotidiano de Idosos Institucionalizados*. S. Paulo, Enfermagem /UNIEFOB-zooterapia, FMVZ/USP.

Beynon, C. M. (2009). Drug use and ageing: older people do take drugs!. *Age and Ageing*, 38(1), 8-10.

Blazer, D. (1998). *Problemas emocionais da terceira idade*. S. Paulo: Editora Andrei.

Brasil. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. (2015). Manual de boas práticas na criação de animais de companhia. Brasília: Câmara Setorial Pet (Consultado a 26 de Novembro de 2016) Recuperado de [www.agricultura.gov.br/arq\\_editor/file/camaras.../Animais%20de%20estimação/.../4.p](http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/file/camaras.../Animais%20de%20estimação/.../4.p)

Cancela, D. (2007). *O Processo do Envelhecimento*. Porto: Universidade Lusíada do Porto.

Cardoso, S. P. D. (2013). *Causas de renúncia de cães e gatos nos concelhos de Cascais e Sintra*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Carvalho, R., & Pessanha, L. (2013). Relação entre famílias, animais de estimação, afetividade e consumo: estudo realizado em bairros do Rio de Janeiro. *Sociais e Humanas, Santa Maria*. 26(3), 622–637.

Casciotti, D., & Zuckerman, D. (2016). *The benefits of pets for human health*. Washington, DC: National Center for Health Research (Consultado a 15 de Agosto de

2016). Recuperado de <http://center4research.org/healthy-living-prevention/pets-and-health-the-impact-of-companion-animals/>.

Cassar, J., Stafford, J., & Burns, L. (2009). Examining differences between younger and older injecting drug users in the 2009 National Illicit Drug Reporting System sample. *Drug Trends Bulletin*, December, 1-5.

Castro, T. G., Abs, D., & Sarriera, J. C. (2011). Análise de conteúdo em pesquisas em psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 814-825.

Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Choi, B. Y. (2015). Associations of Mental Health and Substance Use Disorders With Presenting Problems and Outcomes in Older Adults' Emergency Department Visits. *Academic Emergency Medicine*, 22(11), 1316-1326.

Costa, E. C. (2006). *Animais de estimação: uma abordagem psico-sociológica da concepção dos idosos*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual do Ceará (Consultado a 19 de Janeiro de 2015). Recuperado de [http://uece.br/cmasp/dmdocuments/edmarachaves\\_2006.pdf](http://uece.br/cmasp/dmdocuments/edmarachaves_2006.pdf)

Costa, E. C., Jorge, M. S. B., Saraiva, E. R. D. A., & Coutinho, M. D. P. D. L. (2009). Aspectos psicossociais da convivência de idosas com animais de estimação: uma interação social alternativa. *Psicologia: teoria e prática*, 11(3), 2-15.

Costa, M. (2006). *Cuidar Idosos, Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.

Cupertino, A. P. F. B., Rosa, F. H. M., & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-6.

Decreto-Lei nº 101/2006. (2006). *Diário da República*, I Série. nº 109 (2006-06-06), 3856-3865

Decreto-Lei nº 74/2007. (2007). *Diário da República*, I Série. nº 61 (2007-03-27), 4566-4567.

Dotti, J. (2014). *Terapia & Animais*. Editora Livrus. (Consultado a 10 de Janeiro de 2015) Recuperado de

em:[https://books.google.pt/books?id=Ng8HBAAAQBAJ&pg=PT4&lpg=PT4&dq=dotti+terapia+e+animais+2014&source=bl&ots=kvfBVwGxVs&sig=PFQFIVIG5MYdXC\\_R4KQUKs0Q2Ck&hl=pt-PT&sa=X&ei=QP3dVK\\_CA4P2Uui2g-AM&ved=0CC0Q6AEwAg#v=onepage&q=dotti%20terapia%20e%20animais%202014&f=false](https://books.google.pt/books?id=Ng8HBAAAQBAJ&pg=PT4&lpg=PT4&dq=dotti+terapia+e+animais+2014&source=bl&ots=kvfBVwGxVs&sig=PFQFIVIG5MYdXC_R4KQUKs0Q2Ck&hl=pt-PT&sa=X&ei=QP3dVK_CA4P2Uui2g-AM&ved=0CC0Q6AEwAg#v=onepage&q=dotti%20terapia%20e%20animais%202014&f=false).

Elizeire, M. B. (2013). *Expansão do mercado Pet e a importância do Marketing na medicina veterinária*. (Monografia Graduação em Medicina Veterinária). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Consultado a 30 de Novembro de 2015). Recuperado de:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/80759/000902205.pdf?sequence=1>.

Esquivel, L. R., Calleja, A. M. M., Hernández, I. M., Medellín, M. P. O., & Paz, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56. (Consultado a 25 de Setembro de 2015). Recuperado de [https://archive.org/stream/PsicologiaYEducacionPresenteYFuturo/Psicolog%C3%ADa%20y%20Educaci%C3%B3n%20-%20Presente%20y%20Futuro\\_djvu.txt](https://archive.org/stream/PsicologiaYEducacionPresenteYFuturo/Psicolog%C3%ADa%20y%20Educaci%C3%B3n%20-%20Presente%20y%20Futuro_djvu.txt).

Faraco, C. (2008). *Norma Culta Brasileira: desatando alguns nós*. São Paulo: Parábola Editoria.

Filho, J. W. (2009). Fatores determinantes do envelhecimento saudável. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 47, 27-32. (Consultado a 09 de Maio de 2016). Recuperado de [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122009000200007&lng=pt&tlng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200007&lng=pt&tlng=pt).

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

Freitas, E. V., & Py, L. (2011). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L., & Rocha, S. M. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

George, F. (2014). *Sobre Determinantes da Saúde, Direção-Geral da Saúde*. (Consultado a 1 de Maio de 2016). Recuperado de <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicações-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude.aspx>.

Gil, P. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Publica* (11ª Ed). Barcelona: Elsevier e Masson.

Heiden, J., & Santos, W. (2009). Benefícios Psicológicos da Convivência com Animais de Estimação para os Idosos. *ÁGORA: revista de divulgação científica*, 16(2A), 489-496.

Hochman, B., Nochas, F., Oliveira, R., & Ferreira, L. (2005). Desenhos de Pesquisa, *Acta Cirurgia Brasileira*, 20(Suplemento 2).

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia* (Consultado a 11 de Julho de 2015) Lisboa: INE. Recuperado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2).

Jeckel-Neto, E. A., & Cunha, G. L. (2002). Teorias Biológicas do Envelhecimento. In Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Caçado, F. A. X., Gorzoni, M. L., & Rocha, S. M. (Eds.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp 13-19). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Kane, R., Ouslander, J. & Abrass, I. (2005). *Geriatria clínica* (5ª Ed.). Rio de Janeiro: McGraw-Hill.

Kawakami, C. H., & Nakano, C. K. (2002). Relato de experiência: terapia assistida por animais (TAA) - mais um recurso na comunicação entre paciente e enfermeiro. *In Proceedings of the 8ª Brazilian Nursing Communication Symposium*. (Consultado a 10 Março de 2015). Recuperado de [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100009&script=sci_arttext&tlng=pt)

Lei nº 52/2012. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República*. I Série. nº 172 (2012-09-05), 5119-5124.

Lei nº 69/2014. (2014). Código Penal. *Diário da República*. I Série. Nº 166 (2014-08-29), 1764-1766.

Levy, J. A., & Anderson, T. (2005). The drug career of the older injector. *Addiction Research & Theory*, 13(3), 245-258.

Machado, C. (2016). Antropomorfização: Prós e Contras. *Salão do Conhecimento – Ciência Alimentando o Brasil*. UniJui, Universidade Regional. Ensaio Teórico, XXI Jornada de Pesquisa.

Machado, J. D. A. C., Rocha, J. R., Santos, L. M., & Piccinin, A. (2008). Terapia assistida por animais (TAA). *Revista científica eletrônica de medicina veterinária*, 10, 1-7.

Matuszek, S. (2010). Animal-Facilitated Therapy in Various Patient Populations: Systematic Literature Review. *Holistic Nursing Practice*. 24(4), 187-203.

Miranda, M. I. L. A. R. (2011). *A importância do vínculo para os donos de cães e gatos nas famílias portuguesas*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto.

Moraes, E., Moraes, F., & Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20(1), 67-73.

Neto, M. (2004). Solidão (também) mata... não só idosos como jovens. *Diário de Notícias*. (Consultado a 10 de Fevereiro de 2016). Recuperado de [http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content\\_id=591870](http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content_id=591870).

Nézet, O., Spilka, S., Laffiteau, C., Legleye, S., & Beck, F. (2009). Usages de substances psychoactives après 60 ans. *OFDT, Tendances*, 67.

Nogueira, D. & Reis, E. (2011). Envelhecimento e condições de saúde: caracterizações dos perfis de dependência dos idosos portugueses. In *Conferencia Internacional sobre envelhecimento: Livro de Comunicações*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Fundação D. Pedro IV. (Consultado a 19 de Julho de 2015). Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj r5dqVqObQAhUJOxoKHUnxCr8QFggZMAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D20766%26code%3D107861254&usg=AFQjCNEPeesLbV4ovnjWJ1XYnl6gvCo4lg>.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Edição: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2008). *Drogas em Destaque*. 1º Número de 2008. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2010a). *A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Relatório Anual. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2010b). *Consumidores de Droga Mais Velhos: Um Problema Crescente para os Serviços de Tratamento Europeus*. Comunicado da agência da EU de informação sobre droga. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2010c). *Treatment and care for older drug users – 2010*, Selected Issue 2010, European Monitoring Centre for Drugs and Addiction

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2014). *Relatório Europeu sobre drogas 2014: tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 80(4).

Olshansky, S., Hayflick, L., & Carnes B. (2004). *Position statement on human aging*. quackwatch: 1-11. (Consultado a 28 de Fevereiro de 2016). Recuperado de <http://www.quackwatch.org/01QuackeryRelatedTopics/antiagingpp.html>.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. (Consultado a 10 de Fevereiro de 2016). Recuperado de <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.

Pereira, A., Freitas, C., & Mendonça, C. (2004). Envelhecimento estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciências & Cognição*, 1, 34-53. (Consultado a 10 de Janeiro de 2015). Recuperado de <http://www.cienciasecognicao.org>.

Peretti, P. O. (1990). Elderly-animal friendship bonds. *Social Behavior and Personality*, 18(1), 151-156.

Pessini, L., & Siqueira, J. (2011). Bioética envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida (107-116). In Freitas, E. V., & Py, L. (Eds.) *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pinto, A. (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.

Piovesau, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista Saúde Publica*, 29(4), 318-325.

Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Portugal. Direção-Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Portugal. Direção-Geral de Saúde. (2010). *Programa Nacional de Cuidados Continuados*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.

Prado, S., & Sayd, J. A (2006). Gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciência e Saúde Colectiva*, 11(2), 491-501.

Quivy, R., Campenhoudt L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (12ª Ed.). Lisboa: Gradiva.

Ramos, L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 19(3), 793-797. (Consultado a 10 de Setembro de 2015). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>.

Ribeirinho, C. M. C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais ao Domicilio* (Dissertação Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

Ribeiro, A. P. F. (2007). *Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro.

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Legis Editora.

Ribeiro, O. (2012a). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Número temático: Envelhecimento demográfico, 33–52.

Ribeiro, O. (2012b) Género e Envelhecimento (231-253). In Paúl, C., & Ribeiro, O. (Eds.) *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

Sandelowski M., & Barroso J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer Publishing.

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593. (Consultado a de 1 Agosto de 2015). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>.

Schulte, M. T., & Hser, Y. (2014). Substance Use and Associated Health Conditions throughout the Lifespan. *Public Health Reviews*, 35(2), 1-27.

Seabra, P., & Sá, L. (2011). Factores Determinantes para as Necessidades em Saúde das Pessoas Consumidoras de Drogas: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 22-29. (Consultado a de 15 Abril de 2015). Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602011000100004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000100004&lng=pt&tlng=pt).

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa.

Silva, A. O., Alves, M. S. C. F., Moreira, M. A. S. P., Silva, S. L. F., Coutinho, M. P. L., Lima, A. S., ... & Fortunato, M. L. (2003). Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde (120-129). Lima AS, Oliveira FB, Fortunato ML (Eds.). *Representações sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Editora Universitária.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família – os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

- Souza, M. G. C. (2011). Musicoterapia e a clínica do envelhecimento (1430-1440). Freitas, E. V., & Py, L. (Eds.) *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas – Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Suthers–McCabe, H. M. (2001). Take one pet and call me in the morning. *Generations*, California. 25(2), 93–95.
- Tatibana, L., & Costa-Val, A. (2009). Relação homem-animal de companhia e o papel do médico veterinário. *V&Z em Minas*, XXVIII(23), 12-18.
- Teixeira, I., Neri, A (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia*. USP, 19(1), 81-94.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa: Serviço de Educação da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento Nacional dos Cuidados Paliativos - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde.
- United Nations. (2015). Department of Economic and Social Affairs. *World Population Ageing 2015*. United Nations: New York.
- Utz, R. L. (2014). Walking the dog: The effect of pet ownership on human health and health behaviors. *Social Indicators Research*, 116(2), 327–339 (Consultado a 10 de Fevereiro de 2016). Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s11205-013-0299-6>.
- Valer, D. B., Bierhals, C. C. B. K., Aires, M., & Paskulin, L., M., G. (2015). O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupo educativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 809-819 (Consultado a 10 de Abril de 2016). Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt\\_1809-9823-rbagg-18-04-00809.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt_1809-9823-rbagg-18-04-00809.pdf).

World Health Organization (2016) Psychoactive substances (Consultado a 12 Janeiro de 2016) Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/psychoactive\\_substances/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/)

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice – aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: ArtMed.

Zuanon, A., & Fonseca, C. (2014). A relação do homem com os demais animais e o que se conhece deles a partir da etologia e da ciência do bem-estar animal. *ARS Veterinária*, Jaboticabal, SP, 30(2), 83-91.

## **Anexos**



## **Anexo I**



# Instituto Superior de Serviço Social do Porto

## Curso de Mestrado em Gerontologia Social

### Guião de Entrevista

Tema	Objetivos	Orientações/ Exemplos de Questões a colocar	Observações
Legitimação da entrevista;	Motivar o participante;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar o participante sobre o tema e objetivos do estudo;</li> <li>- Esclarecer que, caso aceite participar no estudo serão respeitados os princípios éticos;</li> <li>- Garantir a confidencialidade da informação e o anonimato (consentimento informado - Anexo III);</li> <li>- Entregar o documento do consentimento informado (Anexo III);</li> </ul>	Estar atenta à vontade livre e esclarecida do interveniente, assegurando-lhe todo o sigilo da investigação;
Caracterização do participante;	Identificar as características sociodemográficas do participante;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade? Estado civil? Habilitações literárias? Nacionalidade? Concelho de residência? Profissão? Situação profissional? Fonte de rendimento? Com quem vive? Tipo de habitação? Regime que ocupa a habitação? Tem antecedentes judiciais?</li> </ul>	Estar atenta ao estado de interesse e coerência de respostas do participante;
Caracterização da situação de saúde;	Conhecer a situação clínica do participante;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as doenças de que tem conhecimento ser portador? Está em tratamento para essas doenças?</li> <li>- Qual o tipo de tratamento para a toxicodependência está a realizar?</li> </ul>	Estar atenta ao estado emocional do participante;
Caracterização da situação face ao consumo de SPA;	Identificar a situação do participante face ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual a primeira substância psicoativa ilícita que consumiu e com que idade?</li> <li>- Qual a SPA principal no momento da 1ª consulta e com que idade a começou a consumir?</li> <li>- Qual a SPA principal atual e com que regularidade a consome?</li> </ul>	Estar atenta ao estado de interesse e coerência de respostas do participante;
Perceção do participante sobre a contribuição do animal de estimação na promoção do envelhecimento saudável;	Conhecer a relação passada do participante com AE; descrever a relação com o AE atual e o papel deste na vida do participante; compreender a perceção do participante sobre o contributo do seu AE na promoção do seu envelhecimento saudável; conhecer os planos futuros dos participantes quanto ter/não ter AE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao longo da sua vida qual foi a sua relação com animais de estimação?</li> <li>- Qual o animal de estimação que tem atualmente?</li> <li>- Em que contexto da sua vida surge este animal de estimação?</li> <li>- Quais são os benefícios (físicos, mentais, sociais e emocionais) em ter este animal de estimação?</li> <li>- Quais são as responsabilidades em ter este animal de estimação?</li> <li>- Quais são os seus planos para o futuro em relação a ter/não ter animais de estimação?</li> </ul>	Estar atenta ao estado emocional do participante;

Entrevista nº \_\_\_\_\_ Hora de início \_\_\_\_\_ Hora do fim \_\_\_\_\_