

*QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO
INSTITUCIONALIZADO: REALIDADE VIVIDA
NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS DO ALGARVE*

Helena Catarina de Paiva Ribeiro¹
Emília Isabel Martins Teixeira da Costa²
Filipe Jorge Gamboa Martins Nave³
Carolina Silva Sousa⁴

resumo

A Qualidade de Vida do idoso institucionalizado é uma temática cada vez mais debatida na sociedade contemporânea. Se por um lado se constata um acréscimo no recurso às instituições por parte dos idosos, por outro surge a necessidade de avaliar sua Qualidade de Vida. Na presente investigação, os objetivos do estudo passam

1 Enfermeira; Mestre em Gerontologia Social pela Universidade do Algarve, Portugal. E-mail: catarinaribeiro.formacao@gmail.com

2 Bacharel em Enfermagem; Doutora em Psicologia Clínica e da Saúde. Professora Doutora na Universidade do Algarve, departamento da Escola Superior de Saúde de Faro. E-mail: eicosta@ualg.pt

3 Bacharel em Enfermagem; Doutor em Psicologia. Professor Doutor na Universidade do Algarve, departamento da Escola Superior de Saúde. E-mail: fnave@ualg.pt

4 Licenciada em Filosofia; Mestre em Psicologia da Educação pela Universidade de Aveiro. Professora Doutora na Universidade do Algarve, departamento de Ciências Sociais e da Educação da Escola Superior de Educação. E-mail: csousa@ualg.pt

por caracterizar os idosos institucionalizados e identificar as necessidades dos mesmos quanto à condição de idoso na instituição, fundamentando-nos na sua percepção de Qualidade de Vida. Neste projeto participaram 105 idosos internados nas unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados do Algarve. No estudo descritivo, de caráter transversal e de metodologia quantitativa, os dados foram obtidos através da aplicação de dois questionários: sociodemográfico e de caracterização da instituição; e através da aplicação da escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF. No estudo original, as variáveis foram agrupadas em três categorias: Idoso, Instituição e Idoso na Instituição. Neste artigo apresentamos apenas os resultados referentes à categoria de Idoso na Instituição. Os resultados obtidos revelam diferenças estatisticamente significativas no que se refere à condição física do idoso, presença de suporte social, qualidade das visitas, participação do suporte social nos cuidados, possibilidade de obter períodos temporários de ausência da instituição e grau de autonomia. A condição física do idoso e o grau de autonomia demonstraram ser aspectos fundamentais na boa percepção de Qualidade de Vida do idoso. De igual modo, o suporte social/familiar é um fator importante para o idoso institucionalizado e deve ser preservado, rumo à adequada reintegração social e familiar.

palavras-chave

Idoso. Idoso Institucionalizado. Qualidade de Vida do Idoso. Envelhecimento. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

1 Introdução

A evolução médica, em nível de saúde, e o impacto que apresenta na sociedade, em geral, certamente contribuíram para um triunfo importante da ciência, mas, em contrapartida, fomentaram o problema da longevidade (HORTELÃO, 2004). O envelhecimento populacional retrata de forma clara o avanço científico, tecnológico e social. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística - INE (2010), a população idosa quase quadruplicou entre 1960 e 2004, prevendo-se que, em 2050, cerca de 10,2% da população portuguesa tenha 80 ou mais anos de idade, o que conduzirá inevitavelmente as pessoas idosas a uma condição de dependência e recurso à institucionalização.

A questão emergente que se coloca é: “será que essas mesmas pessoas vivem mais tempo mas com Qualidade de Vida?”. Esta foi a premissa que deu o impulso a este trabalho, até porque muitos estudos têm sido efetuados nesta área, mas nenhum incide na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), dado que é uma resposta social recente, implementada na tentativa de combater este problema que sobrecarrega as famílias e o Estado. O objetivo da RNCCI é restabelecer as potencialidades em nível de reabilitação para melhor dotar pessoas com défice de uma condição física e mental, capacitando sua reinserção na família e na sociedade. Estas unidades dividem-se em distintas tipologias, mediante as necessidades da pessoa e o grau de potencialidade para a reabilitação. Assim sendo, a RNCCI contempla Unidades de Convalescença (UC), onde as pessoas podem ficar em condição de internamento até 30 dias; Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), que integram pessoas com necessidades de reabilitação transitórias até 3 meses e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), que recebem pessoas com necessidades que requerem internamentos mais prolongados. A rede articula-se entre si, e o que geralmente se verifica, em caso de manutenção de cuidados, é uma passagem pelos diferentes tipos de internamento, até que a pessoa reúna condições de ingressar ao seu meio familiar (GUERREIRO, 2009).

Na realidade, os avanços da medicina, que deviam ser sentidos como triunfos vigorosos, revelam-se um obstáculo para a maioria das pessoas idosas, que se confrontam com uma longevidade dotada de défices motores, económicos e sociais inerentes ao processo natural de envelhecimento (FERNANDES, 2000). O idoso sente que com o aumento da idade emergem as incapacidades e as doenças, o que lhe trarão uma progressiva dependência e falta de autonomia (SQUIRE, 2005).

A grande maioria das pessoas, à medida que envelhece, espera manter a boa condição física, uma boa capacidade funcional que lhe permita desempenhar as suas atividades diárias com independência e autonomia (KALACHE, 2009). No entanto, as sucessivas perdas com as quais a pessoa se vai confrontando ao longo do percurso vital, numa fase avançada da vida, podem conduzir o idoso ao processo de institucionalização (HENRIQUES; SÁ, 2007). O idoso, ao integrar estes locais, pode sentir-se aprisionado, longe de tudo o que lhe é familiar, rodeado de barreiras com o mundo exterior (PIMENTEL, 2001). O recurso a instituições pode conduzir o idoso a sentimentos depressivos, de isolamento, com risco de desintegração social aliado à falta de privacidade, ausência de estímulos e implementação de rotinas rígidas (FERNANDES, 2000). Em contrapartida, Born (2002) defende que o convívio e o aumento de oportunidades de interação, bem como a troca de papéis que se podem vivenciar no contexto institucional, favorecem a autoestima do idoso e conduzem a um aumento da sua Qualidade de Vida.

A avaliação da Qualidade de Vida, neste estudo, assenta nas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual define este conceito como “um estado

de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença” (OMS apud CANAVARRO; VAZ SERRA, 2010, p. 5). Na ótica de Cress (2007), a Qualidade de Vida da pessoa idosa assenta em quatro componentes essenciais: física, intelectual, espiritual e emocional. A escala WHOQOL-BREF, para além dos aspectos acima apresentados, acrescenta outro nível de avaliação: a dimensão social. Analisar a Qualidade de Vida da pessoa idosa institucionalizada configura-se um desafio social, na tentativa de acréscimo de conhecimento e um desafio pessoal, pelo contexto em que o estudo decorre, integrado na tese de mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve. A dimensão do estudo revelou contornos de se analisar à luz de três categorias distintas: Idoso, Instituição e o Idoso na Instituição. Assim sendo, e incidindo a análise na última categoria, o objetivo do estudo passa por caracterizar a população idosa institucionalizada e identificar as variáveis relevantes na percepção de Qualidade de Vida do idoso na instituição.

2 Metodologia

Este é um estudo descritivo, de carácter transversal e de metodologia quantitativa, realizado com uma amostra aleatória por acessibilidade, constituído por um universo de 105 idosos institucionalizados nas unidades de internamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados do Algarve. Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes: pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos, com prévio esclarecimento e consentimento informado, que reunissem condições cognitivas capazes de responder aos questionários e que à data de aplicação se encontrassem em condição de internamento numa das instituições da RNCCI. No sul de Portugal – Algarve –, a Rede integra 14 unidades de internamento, mas o estudo surge da aplicação dos questionários em apenas 9 das unidades, o que limitou a possibilidade de ampliá-lo. O instrumento aplicado estruturou-se em três partes distintas: dados sociodemográficos, dirigido aos idosos inquiridos; caracterização da instituição, dirigido aos enfermeiros chefes das unidades de internamento da RNCCI; e escala WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life Questionnaire – short form*). Optou-se pela aplicação da escala WHOQOL-BREF pelo fato da mesma potenciar a obtenção de respostas face ao alcance dos objetivos propostos para o estudo. Esta escala comporta 26 questões, das quais 24 estão relacionadas a quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental, e duas relacionadas com a percepção de saúde (FLECK et al., 2000); a mesma foi validada para a população portuguesa por Canavarro e Vaz Serra (2010).

Após assegurar a parte legal do trabalho, através da aquisição de autorizações de aplicação de escala validada e aplicação do estudo nas instituições, seguiu-se a adesão das pessoas inquiridas. Todos os idosos institucionalizados

foram abordados de forma pessoal, verificando-se o interesse e a disponibilidade para colaborar no estudo. Os dados recolhidos foram sendo analisados e agrupados nas três categorias referidas, mas como complementares, para que a sua apresentação simplificasse a compreensão dos resultados. Assim sendo, o estudo estruturou-se na interação entre as variáveis independentes – que integraram as categorias Idoso, Instituição e Idoso na Instituição – e a variável dependente Qualidade de Vida, como ilustra a Tabela 1.

Tabela 1 – Esquema de relação das variáveis analisadas no estudo integradas em três categorias distintas

Variáveis independentes		Variável dependente
IDOSO	Idade	Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)
	Sexo	
	Escolaridade	
	Profissão	
	Estado civil	
	Nível socioeconômico	
INSTITUIÇÃO	Lotação da instituição	
	Equipe multidisciplinar	
	Dinâmica institucional	
	Equipamento	
	Estrutura física	
	Unidades do utente	
	Tipologia da instituição	
IDOSO NA INSTITUIÇÃO	Antecedentes institucionais	
	Duração de internação	
	Doença atual	
	Duração da doença atual	
	Condição física	
	Suporte social/familiar	
	Qualidade das visitas	
	Participação nos cuidados	
	Ausência da instituição	
	Autonomia	

Neste artigo se evidenciam os resultados face à categoria Idoso na Instituição, e serão analisadas as seguintes variáveis independentes: antecedentes institucionais, duração de internamento, doença atual, duração da doença, condição física, suporte social/familiar, ausência da instituição e autonomia. Para a análise estatística dos dados, utilizamos o SPSS versão 17.

3 Resultados

De um total de 105 idosos inquiridos, identificamos 61 do sexo feminino e 44 do sexo masculino, com média de idade de 75 anos. Na amostra, 41,9% são viúvos, 38,1% casados ou vivem em união de fato, 14,3% solteiros e 5,7% divorciados ou separados. Com respeito à condição de idoso na instituição, com uma percentagem de 72,4, destacam-se os inquiridos que nunca haviam estado internados; 16,1% estiveram internados noutras unidades da rede; 8,6% internados em lares e 2,9% conheciam ambas as realidades de internamento. Relativamente ao tempo de internação, 28,6% dos idosos estavam internados há 1 mês, 37,2% entre 2 e 6 meses, e os restantes 34,2% apresentavam períodos de internação superiores aos 6 meses. No que concerne à doença atual, predominantemente se apresentam resultados de doença neurológica (42,9%) e doença ortopédica (41,9%); os restantes 15,2% referem-se a outras patologias. Com relação ao histórico de doença, percebe-se que 27,5% dos inquiridos comportam doença crônica com evolução superior a 24 meses, 46,6% apresenta condição de doença em fase aguda e 25,9% em transição para doença crônica com evolução de doença compreendida entre os 4 e os 24 meses. Quanto à condição física, foram analisados três níveis de atividades de vida: alimentação, mobilidade e higiene. Na alimentação encontram-se idosos majoritariamente independentes, representando 86% da amostra, 10% parcialmente dependentes e 4% totalmente dependentes. Na mobilidade, as dependências evidenciam-se com 48,6% dos idosos com grau de dependência com apoios, 13,3% autônomos e 38,1% dependentes sentados. Relativamente à higiene, 55,2% necessitam ajuda total, 32,4% requerem ajuda parcial e 12,4% são independentes.

Em relação ao suporte social/familiar, verifica-se 26,7% de presença diária, seguido de 25,7% que raramente têm presença de suporte social/familiar, 21% apresentam duas vezes por semana, 18,1% uma vez por semana e 8,5% nunca têm visitas na condição de internamento. Em nível de qualidade das visitas, 71,4% são assegurados pela família, 18,1% família e amigos, 4,8%

apenas amigos e a restante percentagem remete para a ausência de visitas. No que se refere à preferência da pessoa idosa, 74,3% dos inquiridos referem preferir qualquer tipo de visita, 17,1% desejam a visita apenas de familiares e 8,6% preferem os amigos. Em relação à participação das visitas nos cuidados à pessoa idosa, verifica-se uma percentagem de 74,3 de ausência na participação, 14,3% participam diariamente e os restantes 11,4% participam esporadicamente. Na possibilidade de saída temporária da instituição, os resultados evidenciam que 78% nunca se ausentam, 7,6% saem todos os fins de semana, 2,9% ausentam-se quinzenalmente, 4,8% saem mensalmente e 6,7% raramente saem. No que se refere ao grau de autonomia, a análise incide no cruzamento do grau de dependências e o tipo de unidade de internamento. Os resultados apresentam 8 idosos internados em UC, 51 e 46 internados em UMDR e ULDR, respectivamente. Na UC não se verificam casos de idosos totalmente dependentes e 87,5% são praticamente independentes, sendo os restantes 12,5% moderadamente dependentes nas atividades de vida diárias. Nas UMDR, 80,4% são moderadamente dependentes, 11,9% praticamente autônomos e 7,7% totalmente dependentes. Nas ULDM, 22,6% são praticamente autônomos, 60,9% moderadamente dependentes e 16,5% totalmente dependentes. Já quanto à relação das variáveis com a percepção da pessoa acerca da qualidade de vida, podemos analisar os resultados na tabela pela aplicação de testes paramétricos: pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e teste de Shapiro-Wilk (MAROCO, 2003).

Tabela 2 – Análise das variáveis sob a aplicação de testes nos diferentes domínios: D1=Domínio Físico, D2=Domínio Psicológico, D3=Domínio Social, D4=Domínio Ambiental, DG=Domínio Geral

Variáveis em estudo	Teste aplicado	Valor de significância (p) para cada domínio da escala WHOQOL-BREF
Antecedentes institucionais	ANOVA	D1: p=0,145; D2: p=0,824; D3: p=0,868; D4:p=0,844; DG: p=0,085
Duração do internamento	Correlação de Pearson	D1: p=0,293; D2: p=0,231; D3: p=0,267; D4:p=0,516 DG: p=0,713
Doença atual	ANOVA	D1: p=0,600; D2: p=0,292; D3: p=0,345; D4:p=0,625; DG: p=0,543

Continua...

Continuação

Duração da doença atual	Correlação de Pearson	D1: p=0,758; D2: p=0,583; D3: p=0,514; D4:p=0,921; DG: p=0,910
Condição física: Alimentação	ANOVA	D1: p=0,056; D2:p=0,002 ; D3: p=0,503; D4:p=0,006; DG:p=0,004
Condição física: Higiene	ANOVA	D1:p=0,001 ; D2: p=0,198; D3: p=0,088; D4:p=0,001; DG:p=0,046
Condição física: Mobilidade	ANOVA	D1:p=0,001 ; D2: p=0,118; D3: p=0,271; D4:p=0,004; DG:p=0,002
Suporte social/familiar	ANOVA	D1: p=0,525; D2: p=0,123; D3:p=0,001 ; D4:p=0,684; DG: p=0,272
Qualidade das visitas	ANOVA	D1: p=0,243; D2: p=0,052; D3:p=0,017 ; D4:p=0,870; DG: p=0,628
Participação nos cuidados	ANOVA	D1: p=0,450; D2: p=0,407; D3:p=0,020 ; D4:p=0,268; DG: p=0,113
Ausência da instituição	ANOVA	D1:p=0,050 ; D2: p=0,335; D3: p=0,068; D4:p=0,001 ; DG: p=0,210
Autonomia	ANOVA	D1:p=0,001; D2:p=0,001 ; D3: p=0,199; D4:p=0,001; DG:p=0,003

4 Discussão

A procura das instituições acontece por necessidades que advêm de incapacidades geradas por doença. 72,4% dos idosos encontram-se em condição de primeira internação para potencializar a reintegração à sociedade/família do modo mais autônomo possível. Kalache (2009) reforça esta ideia, salientando que as unidades estimulam a manutenção do autocuidado, visam minimizar incapacidades e fomentam a reinserção das pessoas com dependência no seu contexto familiar e social, o que vai ao encontro da ideologia fomentada pela RNCCI.

Para Paúl, Fonseca e Amado (2000), envelhecer de forma bem-sucedida é lutar contra as limitações físicas e, por outro lado, envelhecer de forma

incapaz está associado à incapacidade e limitação da autonomia por doença. Neste estudo, os idosos inquiridos não demonstraram alteração da sua percepção de Qualidade de Vida no que se refere à condição de internação e sua duração, nem mesmo em relação à doença, o que poderá estar relacionado com o fato de a pessoa não associar a condição de doença à internação. No entanto, para alguns autores, a doença apresenta-se como fator marcante na condição de internação pela limitação da condição física; em contrapartida, o suporte social pode ajudar a colmatar esta limitação (LAI et al., 2005). A maioria dos idosos (74,3%), independentemente da qualidade da visita, quer é obter a companhia de alguém, apesar de a família ser o pilar representativo para a maioria dos inquiridos; como se denota, o suporte social/familiar apresenta relevância para a pessoa, bem como a eventual participação dos mesmos nos cuidados. Para Moraes e Sousa (2005), a família é o principal apoio representativo de envelhecimento bem-sucedido e Pimentel (2001) reforça ainda que a pessoa idosa, quando se encontra fora do seu lar, refugia-se no apoio dos seus entes queridos como forma de escape. No que se refere à possibilidade de ausência da instituição, poucos são os idosos que se ausentam para domicílio ou passeio durante o período de internação. Entretanto, como os dados demonstram, esse efeito seria bastante benéfico para a sua percepção de Qualidade de Vida, dada a sua relevância no âmbito físico e ambiental, estimulando as suas potencialidades e libertando momentaneamente do ambiente diário da instituição.

Neste estudo, a componente física evidencia-se como fator de extrema relevância para a qualidade de vida do idoso. Da análise feita, realça-se a obtenção de resultados estatisticamente significativos para as variáveis condição física e autonomia, o que vem a sublinhar aspectos já analisados por autores como Levasseur, Desrosiers e Tribble (2008), que reconheceram que a Qualidade de Vida dos idosos é afetada tanto mais quanto maior for o seu nível de limitação física. Lobo et al. (2008) também defende a prática de exercício físico no meio institucional como forma de combate às limitações físicas e de prevenção de doenças. Pereira et al. (2006), aplicando o mesmo instrumento de avaliação, referem que a Qualidade de Vida dos idosos está marcada no domínio físico e que a capacidade funcional da pessoa é o fator mais significativo a considerar na sua Qualidade de Vida. Neste estudo, o domínio físico apresenta resultados significativos, mas os domínios geral, psíquico e ambiental também se apresentam igualmente relevantes, o que demonstra o impacto global na pessoa idosa: aspectos relacionados com a saúde são, notoriamente, associados às

limitações físicas; isto irá condicioná-la na sua vida diária e na gestão do meio envolvente, influenciando negativamente a sua Qualidade de Vida.

5 Conclusões

Aprender a viver e a envelhecer é cada vez mais um desafio que se coloca a todos. Aos mais velhos importa perceber que a condição física e o grau de autonomia são fundamentais para se adaptar à nova etapa vital com sucesso. O envelhecimento é um processo contínuo, a que todos temos o direito e o dever de experimentar com o mínimo de limitações possíveis e que nos confira o máximo de Qualidade de Vida nesta fase (SILVA, 2009). A intervenção ajuda a encontrar algumas lacunas e contribui para o investimento nas áreas de maior necessidade para esta população, mas cabe essencialmente às pessoas perceber a importância do seu papel no autocuidado e na manutenção do seu bem-estar físico. O suporte social e familiar é, sem dúvida, um fator essencial no idoso institucionalizado; ajudar a pessoa idosa a integrar-se no meio social e familiar deve ser preservado e incentivado. Fica patente a importância das variáveis analisadas na pessoa idosa em todos os domínios da Qualidade de Vida e salienta-se a relevância da condição física e do grau de autonomia, bem como o suporte social/familiar na pessoa institucionalizada.

O estudo realizado equaciona a importância da Qualidade de Vida do idoso institucionalizado e a importância que a educação dos cuidadores desses idosos deve assumir, já que educar é um enorme desafio que não se torna possível através de uma mera transmissão de técnicas ou de saberes.

A importância da Educação é enquadrada no paradigma de aprendizagem da formação ao longo da vida – por este se poder apresentar como algo que poderá constituir para os sujeitos, por exemplo, satisfação de necessidades de enriquecimento pessoal e de convivência e participação social. Assim, esses podem assumir melhor e mais congruentemente o seu próprio desenvolvimento – com qualidade de vida –, beneficiando a sociedade com a sua experiência. Por outro lado, a conceitualização sobre a educação aponta, por exemplo, que a integração social de idosos institucionalizados é um dos caminhos para lhes maximizar a autoconfiança, a maturidade, a competência e o bem-estar físico, emocional e social, e contribuir de forma positiva para uma vida participativa bem sucedida em todos os contextos relacionais.

Estamos conscientes que a gestão das políticas sociais está ancorada em parcerias entre Estado, sociedade civil e iniciativa privada e em um valor social

– solidariedade –, e que as opções políticas requerem a arte de contemplar as exigências das minorias ou problemáticas mais em foco, esperando-se dos programas do governo mais eficiência nos gastos e mais eficácia e efetividade nos resultados, sobretudo quando falamos de envelhecimento saudável. Sabemos, ainda, que a implementação de uma rede de cuidados continuados integrados está, em muitas situações, dependente de uma ativação político-educativa intensiva na produção e na implementação de estratégias de intervenção, colmatando carência de recursos e meios nas próprias instituições, sendo necessária a revisão de políticas sociais.

De fato, o processo saúde-doença tem tido significados distintos ao longo da história. Efetivamente, saúde e doença parecem não ser condições estáveis, mas processos vitais sujeitos a avaliação constante. Em um passado recente, a saúde era definida como “ausência de doença”, sendo a doença definida como “ausência de saúde” (BOLANDER, 1998).

Por outro lado, é necessário atingir ou manter uma saúde física e mental que fomenta o sonho de que, além de tudo, vale a pena prosseguir face aos efeitos da doença nos indivíduos e na sociedade, pois é um problema pessoal e social (DIENER, 1984). É pessoal porque a capacidade individual para trabalhar e ser pessoa está relacionada com a saúde física e mental de si próprio e a interação com a sua envolvente; é social pois a doença afeta e é afetada pela envolvente social (por exemplo: família, amigos e colegas). Perante esta contextualização, como a compreensão muda de uma cultura para outra e de um momento histórico para outro, a compreensão do processo saúde-doença também se altera, o que nos poderá remeter para equacionar até que ponto o aumento da procura de cuidados de saúde por parte dos idosos não contribui para o emergir da criação de estruturas capazes de dar resposta às necessidades dos mesmos, nomeadamente a RNCCI. Em particular, no que diz respeito à criação de condições para a implementação de qualidade de vida para um envelhecimento saudável e, em concreto, em termos da RNCCI, será que as instituições sociais estão preparadas para dar resposta aos seus utilizadores? Será que estão a ser desenvolvidos esforços no sentido de reforçar uma adequada construção da identidade, da autonomia e da valorização social e socioeducativa dos idosos?

Para terminar, e estando consciente de que a educação hoje é concebida como um processo que deve ser extensivo à duração da vida e de que os idosos apresentam características específicas, é necessário ou requisito constituir como indicadores da Universidade, para apostar na melhoria da qualidade da intervenção profissional e na promoção da investigação na área da gerontologia social.

QUALITY OF LIFE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY: REALITY EXPERIENCED IN THE NATIONAL NETWORK OF INTEGRATED CONTINUOUS CARE FROM ALGARVE

abstract

The quality of life of the institutionalized elderly is an increasingly debated topic in contemporary society. If, on one hand, it turns out an increase in the use of institutions by the elderly, on the other emerges the need to assess the quality of life of this population. In this research study, the objectives are to characterize the institutionalized elderly and identify their needs face to the condition of elderly at the institution, basing ourselves in their perception of quality of life. This project involved 105 elderly patients hospitalized in units of the Integrated Continuous Care Network from Algarve. In the descriptive study, of transversal character and quantitative methodology, the data harvest was done through two questionnaires: sociodemographic and of the institution's characterization; and also by the application of the Quality of Life scale WHOQOL-BREF. In the original study, the variables were grouped into three categories: Elderly, Institution and Elderly at the Institution. In this paper we present only the results for the category Elderly at the Institution. The results show statistically significant differences regarding to the physical condition of the elderly, presence of social support, quality of visits, participation of social support in the care, ability to obtain temporary periods of absence from the institution and degree of autonomy. The physical condition of the elderly and the degree of autonomy proved to be key issues in the perception of good quality of life for the elderly. Similarly, social/familial support is an important factor for the institutionalized elderly and should be preserved, towards proper social and family reintegration.

keywords

Elderly. Institutionalized Elderly. Quality of Life of the Elderly. Aging. National Network for Continuous Care.

referências

- BOLANDER, Verolyn. *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. 1. ed. Lisboa: Lusodidata, 1998.
- BORN, Tomiko. Cuidado ao Idoso em Instituição. In: NETTO, Mateus (Ed.). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p. 403-414.
- CANAVARRO, Maria; VAZ SERRA, Adriano. *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.
- CRESS, Cathy. *Geriatric Care Management*. 2. ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2007.
- DIENER, Ed. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 95, n. 3, p. 542-575, May 1984.
- FERNANDES, Purificação. *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto, 2000.
- FLECK, Marcelo et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.
- GUERREIRO, Inês. *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. 2009. Disponível em: <<http://www.mcci.min-saude.pt>>. Acesso em: 27 nov. 2010.
- HENRIQUES, Adriana; SÁ, Eunice. Qualidade de Vida em Idosos em Lares e Centros de Dia. *Pensar Enfermagem*, Lisboa, v. 11, n. 2, p. 25-36, jul./dez. 2007.
- HORTELAO, António Pedro Santos. Envelhecimento e Qualidade de Vida: estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. *Servir*, Lisboa, v. 52, n. 3, p. 119-131, maio/jun. 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Estimativas de População Residente*. 2010. Disponível em: <<http://www.ine.pt>>. Acesso em: 10 jan. 2011.
- KALACHE, Alexandre. O envelhecimento e a cidade. In: FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN (Ed.). *O tempo da Vida: fórum sobre o envelhecimento*. Cascais: Principia, 2009. p. 215-229.
- LAI, Kuan-Lang et al. Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research*, Rockville, v. 14, n. 4, p. 1169-1180, May 2005.
- LEVASSEUR, Mélanie; DESROSIERS, Johanne; TRIBBLE, Denise. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes*, London, v. 6, n. 30, special section, p.1, Apr. 2008.
- LOBO, Alexandrina et al. Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly. *Japan Geriatrics Society*, Tokyo, v. 8, n. 4, p. 284-290, Nov. 2008.
- MAROCO, João. *Análise Estatística com utilização do SPSS*. 2. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.
- MORAIS, João; SOUZA, Valdemarina. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 302-308, jan. 2005.

PAÚL, Maria Constança; FONSECA, António Manuel; MARTÍN, Ignácio; AMADO, João Manuel da Costa. Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In: PAÚL, Maria Constança; FONSECA, António Manuel (Coord.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. p. 77-98.

PEREIRA, Renata et al. Qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

PIMENTEL, Luísa. *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto, 2001.

SILVA, José. *Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. São Paulo: Iátria, 2009.

SQUIRE, Anne. *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência, 2005.

Recebido: 03/11/2012
Aceite Final: 15/04/2013