



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***CAPACIDADE FUNCIONAL  
E QUALIDADE DE VIDA:  
UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE  
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS  
E NO DOMICÍLIO***

SANDRA ISABEL FORRA DA SILVA

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em  
Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Emília Isabel Martins Teixeira da Costa



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

***CAPACIDADE FUNCIONAL  
E QUALIDADE DE VIDA:  
UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE  
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS  
E NO DOMICÍLIO***

**SANDRA ISABEL FORRA DA SILVA**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em  
Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Emília Isabel Martins Teixeira da Costa

# ***Capacidade Funcional e Qualidade de Vida: um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e no domicílio***

## **Declaração de autoria de trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.



Sandra Isabel Forra de Silva //

## Copyright

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Dedico o presente trabalho à minha família, nomeadamente aos meus pais e avós, por todo o carinho, paciência e dedicação demonstrada ao longo destes anos e por todo o apoio na concretização dos meus sonhos académicos e profissionais.

## **Agradecimentos**

Ao completar mais uma etapa da minha vida académica faz sentido expressar a minha gratidão e reconhecimento a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para este momento.

A todos os docentes deste mestrado agradeço pelos conhecimentos transmitidos.

À Professora Dr.<sup>a</sup> Emília Costa, como orientadora deste trabalho, pelo contributo para a sua realização, pela disponibilidade, incentivo e partilha de experiências e saberes.

Ao Professor Filipe Nave pela disponibilidade e apoio na análise estatística dos dados.

À Vice-provedora da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real de Santo António, prof.<sup>a</sup> Marília Rufino, pela disponibilidade e por possibilitar a realização da investigação.

Ao provedor da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim, Sr. José Cabrita, por permitir a realização desta investigação.

A todos os outros responsáveis pelas instituições envolvidas (Santa Casa da Misericórdia de Vila Real de Santo António, Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim e Associação de Bem Estar Social da Freguesia do Azinhal) pela simpatia, e pela colaboração na recolha de dados.

Ao Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida em especial à Professora Dr.<sup>a</sup> Cristina Canavarro e à Dr.<sup>a</sup> Sofia Gameiro pela cedência do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref.

A todos os participantes, na amostra desta investigação, um agradecimento especial por partilharam momentos inesquecíveis, tornando o momento da colheita de dados um momento único e imprescindível à concretização desta dissertação.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste projeto.

À minha mãe um agradecimento muito especial pela constante presença, motivação, ajuda, disponibilidade e apoio incondicional.

*“Em cada fase do desenvolvimento o indivíduo está constantemente a negociar o ponto de equilíbrio entre estar ligado aos outros e ser autónomo.”*

Cicchetti

## **RESUMO**

Os progressos registados nas últimas décadas a nível científico e tecnológico conduziram, nos países desenvolvidos, ao aumento da esperança média de vida. A este facto juntou-se a diminuição da taxa de natalidade, em virtude de alterações sociais, assistindo-se atualmente a um envelhecimento populacional.

Ao longo do ciclo de vida ocorrem alterações fisiológicas que se manifestam de forma mais rápida e drástica na terceira idade, podendo condicionar o grau de dependência do idoso relativamente ao desempenho das atividades de vida diária e consequentemente influenciar a sua qualidade de vida. Neste sentido, surgiu a necessidade de estudar a capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso de forma a conhecer as suas necessidades para poder intervir ao nível da promoção de um envelhecimento saudável.

O presente trabalho é um estudo transversal, de metodologia quantitativa, que teve por objetivo comparar a capacidade funcional e qualidade de vida do idoso em contexto de institucionalização e em contexto domiciliário. A investigação foi realizada com idosos, institucionalizados em lares e centros de dia da Santa Casa da Misericórdia do concelho de Vila Real de Santo António e do concelho de Castro Marim e numa associação de apoio domiciliário, a ABESFA, sedeadada no último concelho, aos quais foram aplicados o Índice de Barthel e a WHOQOL-bref. Foi, também, feita a caracterização das diferentes instituições e dos indivíduos que fazem parte da amostra.

Os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos para as variáveis género, idade e estado civil, não permitindo inferir a sua associação com a capacidade funcional. Contudo, obtiveram-se dados estatisticamente significativos no referente às características da instituição, à tipologia da instituição, ao facto de se viver sozinho e à qualidade de vida.

Concluimos que os idosos em contexto domiciliário são mais autónomos do que os idosos institucionalizados.

**Palavras chave:** capacidade funcional, qualidade de vida, idoso, institucionalização, Índice de Barthel

## **ABSTRACT**

The scientific and technological progress achieved in the last decades led to a higher life expectancy rate in the developed countries. This fact allied to the social changes that caused a decline of the birth rate bears witness to the current aging of the population.

Throughout one's life many physiological changes occur. These changes happen more noticeably and quickly in the elderly population. By affecting the way the elders in our society perform their everyday tasks. These changes may influence the senior citizens degree of dependency upon others and therefore their quality of life. We felt, therefore, the need to study the functional capacity and quality of life of the seniors in order to meet their needs and to intervene by promoting a healthy aging process.

This study is a cross study of quantitative methodology that is intended to measure the functional capacity and the quality of life in senior citizens in both institutionalized and home environments. The research was conducted in nursing homes and day care centers run by Santa Casa da Misericórdia in Vila Real de Santo António and in Castro Marim. Senior citizens with home support from the ABESFA organization in Castro Marim were also included. This study applied the Barthel Index and the WHOQOL-bref throughout the whole process. It was also made the characterization of the institutions and the individuals.

The statistical treatment of the data showed no significant differences pertaining to age, gender and marital status, not allowing to infer its association with the functional capacity of the seniors. The study did, however, yield statistical relevant data when considering such variables as living alone, quality of life and the type of institution and how these variables affect the functional capacity the senior population.

In conclusion the elderly in home context are more autonomous than the institutionalized elderly.

**Keywords:** functional capacity, quality of life, elderly, institutionalization, Barthel Index

## **ABREVIATURAS**

Dr.<sup>a</sup> – Doutora

p. – página

pág. – página

Prof.<sup>a</sup> – Professora

s/d – sem data

n<sup>o</sup> - número

## **SIGLAS**

ABESFA – Associação de Bem Estar Social da Freguesia do Azinhal

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD – Atividades de vida diária

CCDR – Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DGS – Direção-geral da Saúde

FEDER - Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

VRSA – Vila Real de Santo António

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality Of Life

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>PARTE I – Enquadramento teórico</b>	
<b>1. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO</b> .....	18
<b>2. ASPETOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA</b> .....	22
<b>3. CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO</b> .....	25
3.1. CONCELHO DE VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO .....	25
3.2. CONCELHO DE CASTRO MARIM .....	27
<b>4. ENVELHECIMENTO</b> .....	28
<b>5. CAPACIDADE FUNCIONAL</b> .....	33
<b>6. QUALIDADE DE VIDA</b> .....	41
<b>7. INSTITUCIONALIZAÇÃO</b> .....	45
7.1. LAR E CENTRO DE DIA .....	45
7.2. APOIO DOMICILIÁRIO .....	48
<b>8. CARATERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS</b> .....	50
8.1. LAR DR. ALONSO VASQUEZ .....	50
8.2. CENTRO DE DIA DE VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO .....	53
8.3. LAR DR. JOSÉ COLAÇO FERNANDES .....	55
8.4. LAR DE IDOSOS DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE CASTRO MARIM .....	57
8.5. ABESFA .....	60
<b>PARTE II – Enquadramento Metodológico</b>	
<b>9. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	64
9.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	64
9.2. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO .....	66
9.3. TIPO DE ESTUDO .....	66
9.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	67
9.5. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS .....	71
9.6. VARIÁVEIS .....	72
9.7. HIPÓTESES .....	73
9.8. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	75

9.9. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	78
<b>9.9.1. Questionário institucional e questionário sociodemográfico .....</b>	<b>79</b>
<b>9.9.2. Índice de Barthel .....</b>	<b>79</b>
<b>9.9.3. WOQOL- bref .....</b>	<b>81</b>
9.10. Procedimentos de tratamento e análise de dados .....	83
<b>PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>	
<b>10. ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS OBTIDOS .....</b>	<b>85</b>
10.1. ANÁLISE DESCRITIVA DAS INSTITUIÇÕES .....	85
<b>10.1.1. Acessibilidade das instituições .....</b>	<b>86</b>
<b>10.1.2. Componente social das instituições .....</b>	<b>88</b>
10.2. ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA .....	90
10.3. ANÁLISE DESCRITIVA DOS INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	92
<b>10.3.1. Índice de Barthel .....</b>	<b>92</b>
<b>10.3.2. WOQOL – bref .....</b>	<b>96</b>
<b>11. ANÁLISE INFERENCIAL .....</b>	<b>102</b>
<b>12. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>110</b>
<b>13. CONCLUSÕES.....</b>	<b>131</b>
<b>14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>132</b>
 <b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo I – Ofícios de pedido de autorização para a realização do estudo.....</b>	<b>146</b>
<b>Anexo II – Formalização das autorizações por escrito.....</b>	<b>148</b>
<b>Anexo III – Folha de consentimento informado .....</b>	<b>151</b>
<b>Anexo IV – Pedido de cedência da WHOQOL- bref .....</b>	<b>154</b>
<b>Anexo V – Formulário para a cedência da WHOQOL- bref .....</b>	<b>156</b>
<b>Anexo VI – Autorização para a utilização da WHOQOL- bref .....</b>	<b>158</b>
<b>Anexo VII – Questionário institucional .....</b>	<b>160</b>
<b>Anexo VIII – Questionário sociodemográfico .....</b>	<b>165</b>
<b>Anexo IX – Índice de Barthel .....</b>	<b>172</b>
<b>Anexo X – WHOQOL-bref .....</b>	<b>175</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
<b>Tabela nº 8. 1</b> – Caraterização do espaço físico do lar Dr. Alonso Vasquez....	53
<b>Tabela nº 8. 2</b> - Caraterização do espaço físico do centro de dia de Vila Real de Santo António.....	55
<b>Tabela nº 8. 3</b> - Caraterização do espaço físico do lar Dr. José Colaço Fernandes .....	57
<b>Tabela nº 8. 4</b> - Caraterização do espaço físico do lar da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim .....	59
<b>Tabela nº 8. 5</b> - Caraterização do espaço físico da ABESFA .....	61
<b>Tabela nº 9. 6</b> – Distribuição da população e da amostra em estudo .....	70
<b>Tabela nº 10. 7</b> – Distribuição das variáveis ligadas a aspetos físicos da instituição .....	86
<b>Tabela nº 10. 8</b> - Distribuição das variáveis ligadas a aspetos sociais da instituição .....	89
<b>Tabela nº 10. 9</b> - Distribuição das variáveis sócio demográficas da amostra.....	90
<b>Tabela nº 10. 10</b> – Distribuição da amostra pelos níveis de dependência em cada atividade de vida .....	93
<b>Tabela nº 10. 11</b> – Distribuição dos resultados do Índice de Barthel de acordo com a tipologia da instituição .....	95
<b>Tabela nº 10. 12</b> – Distribuição da amostra de acordo com as respostas às questões da WHOQOL – bref .....	96
<b>Tabela nº 10. 13</b> – Distribuição dos resultados obtidos com WHOQOL – bref .	100
<b>Tabela nº 11. 14</b> – Resultados da aplicação do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov na variável capacidade funcional .....	103
<b>Tabela nº 11. 15</b> – Resultado da aplicação do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov na variável qualidade de vida .....	103
<b>Tabela nº 11. 16</b> – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a presença de rampas de acesso nas instituições.....	104
<b>Tabela nº 11. 17</b> – Resultado do teste de Bonferroni para a existência de rampas de acesso nas instituições.....	104

<b>Tabela nº 11. 18</b> – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a existência de portas largas nas instituições.....	105
<b>Tabela nº 11. 19</b> – Resultado do teste de Bonferroni para a existência de portas largas nas instituições.....	105
<b>Tabela nº 11. 20</b> – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a existência de camas articuladas nas instituições.....	106
<b>Tabela nº 11. 21</b> – Resultado do teste de Bonferroni para a existência de camas articuladas nas instituições .....	106
<b>Tabela nº 11. 22</b> – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a variável independente gênero.....	106
<b>Tabela nº 11. 23</b> – Correlação de Pearson relativamente ao índice de Barthel e à variável independente idade.....	107
<b>Tabela nº 11. 24</b> – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a variável independente estado civil.....	107
<b>Tabela nº 11. 25</b> – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a variável independente tipologia das instituições.....	108
<b>Tabela nº 11. 26</b> – Análise descritiva para a variável independente tipologia da instituição segundo o Índice de Barthel .....	108
<b>Tabela nº 11. 27</b> – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a tipologia de acompanhamento do idoso no domicílio.....	108
<b>Tabela nº 11. 28</b> – Análise descritiva para a variável independente tipologia de acompanhamento do idoso no domicílio.....	109
<b>Tabela nº 11. 29</b> – Correlação de Pearson relativamente ao Índice de Barthel e à qualidade de vida.....	109

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura nº 3. 1</b> – Mapa do Algarve .....	25
<b>Figura nº 3. 2</b> – Mapa do concelho de Vila Real de Santo António .....	26
<b>Figura nº 3. 3</b> – Mapa do concelho de Castro Marim .....	27
<b>Figura nº 8. 4</b> – Fotografia do lar Dr. Alonso Vasquez.....	50
<b>Figura nº 8. 5</b> – Fotografia do centro de dia de Vila Real de Santo António .....	53
<b>Figura nº 8. 6</b> – Fotografia do lar Dr. José Colaço Fernandes .....	55
<b>Figura nº 8.7</b> – Fotografia do lar da Santa Casa da Misericórdia de Casto Marim .....	57

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico 2. 1</b> – Evolução da população residente em Portugal de 1981 a 2011 ...	22
<b>Gráfico 2. 2</b> – Distribuição, em Portugal, da população residente e da população com 65 ou mais anos em 2011.....	24

## **INTRODUÇÃO**

O crescente aumento demográfico associado às baixas taxas de natalidade e de mortalidade levou a que nas últimas décadas se verificasse um aumento significativo do envelhecimento populacional. Este fenómeno ocorreu devido, entre outros fatores, às melhorias sociais em áreas como a saúde, a alimentação, a habitação, o saneamento básico.

Apesar de todos os progressos que ocorreram ao nível da medicina e da tecnologia tem-se verificado, na população mais idosa, um aumento da prevalência de doenças crónicas e a crescente necessidade de serviços de saúde e de redes de apoio social, a fim de manter as capacidades funcionais e a independência dos idosos. Pois estes deparam-se, nesta fase da vida, com vários problemas a nível social, a nível psicológico, a nível físico, e até a nível financeiro. Assim, decorrente do crescente envelhecimento populacional e da problemática que envolve esta população, surge a preocupação com as diversas necessidades que os idosos apresentam e com a importância de, atempadamente, identificar essas necessidades para delinear estratégias que possam ajudar a supri-las.

Cada vez mais é imprescindível intervir ao nível da promoção de um envelhecimento saudável, ou seja, de um envelhecimento de forma autónoma e independente durante o maior período de tempo possível (Sequeira, 2011). É fundamental melhorar a qualidade de vida, a manutenção da saúde funcional e a prevenção da incapacidade.

Quando se fala de idosos fala-se de pessoas que têm as suas características específicas e que são portadoras de um imensurável conjunto de experiências, conhecimentos e aprendizagens, efetuadas ao longo de todo o seu ciclo de vida. Estas pessoas têm as suas necessidades básicas, necessitam de reconhecimento, valorização, carinho e autonomia. Não podem, nem devem, ser estigmatizados pela sociedade, que deixou de os considerar como repositório de saberes e passou a vê-los como um estorvo, como alguém que já cumpriu as suas funções sociais e de quem nada mais há esperar. Contudo, as capacidades da pessoa idosa devem ser reconhecidas e estimuladas de modo a mantê-las ativas.

A partir de determinada idade, a pessoa torna-se mais vulnerável às agressões do meio envolvente. Com o avançar da idade, essas agressões são causadoras de um

enfraquecimento físico generalizado. Os problemas de saúde que surgem durante o envelhecimento são, na maior parte, representantes de um declínio ao nível das funções físicas e mentais (Saldanha, 2009).

São várias as alterações fisiológicas, que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, que podem condicionar a capacidade funcional do idoso e conseqüentemente a sua qualidade de vida. O conceito de capacidade funcional está intimamente relacionado com a autonomia da pessoa para a concretização das atividades de vida diária. A avaliação da capacidade funcional visa conhecer o grau de dependência do idoso, de modo a ajudá-lo a manter a autonomia pelo maior período de tempo possível.

A qualidade de vida engloba diversos fatores, sendo muitas vezes associada a questões relacionadas com a autonomia. Neste sentido a realização de ações de prevenção, manutenção ou de reabilitação da capacidade funcional, é essencial para a qualidade de vida da população idosa (Nunes et al., 2009).

O presente trabalho de investigação pretende estudar a capacidade funcional do idoso em contexto de institucionalização e em contexto domiciliário e estabelecer relação entre a sua capacidade funcional e a qualidade de vida. Este estudo emerge da necessidade de conhecer o nível de autonomia da população idosa institucionalizada, em lar e centro de dia, e da população idosa que se encontra no domicílio, mas que recebe algum tipo de apoio domiciliário, de modo a poder compará-las.

A investigação foi realizada com idosos institucionalizados em lar e centro de dia nos concelhos de Vila Real de Santo António e de Castro Marim e com idosos da Associação de Bem-Estar Social da Freguesia do Azinhal (ABESFA), instituição que presta cuidados de apoio domiciliário à população idosa do concelho de Castro Marim.

O presente trabalho encontra-se dividido em três partes distintas, mas que se encontram interligadas pela temática da investigação. Assim, na parte I é feito o enquadramento teórico, que dá suporte teórico ao estudo, onde são abordados os principais conceitos relacionados com a temática da investigação. Nesta parte são abordados temas como o envelhecimento, a capacidade funcional, a qualidade de vida e a institucionalização. Sendo ainda feita a caracterização dos concelhos envolvidos no estudo, bem como a caracterização das instituições estudadas.

A parte II diz respeito ao enquadramento metodológico. É nesta parte do trabalho que, entre outros aspetos, são enumerados os objetivos, é definida a questão de investigação, são delineadas hipóteses, são referidos os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos éticos e é feita a caracterização do estudo e da amostra.

A III parte prende-se com os resultados da investigação, com a análise e discussão desses resultados assim como com as principais conclusões obtidas.

Para a elaboração desta investigação recorreu-se à pesquisa bibliográfica em bibliotecas e on-line, através de motores de buscas e bases de dados da internet. Foram assim consultados livros, revistas, teses, artigos científicos e circulares. Procedendo-se posteriormente à leitura crítica, seleção e reflexão sobre as temáticas.

# **Parte I – Enquadramento teórico**

## **1. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO**

O estudo do processo de envelhecimento tem vindo a adquirir cada vez mais importância, em parte devido ao aumento significativo da população idosa, em consequência das baixas taxas de natalidade e de mortalidade que se verificam por todo mundo. Efetivamente, envelhecer é um fenómeno universal, irreversível e inevitável. Paúl & Fonseca (2005) referem que a percentagem de idosos portugueses duplicará entre 2004 e 2050, atingindo uma percentagem de 31,9%. Epidemiologistas preveem que em 2020, a nível mundial, o número de pessoas com idade superior a 65 anos seja o dobro do atual e que em Portugal em 2030 o número de idosos, com mais de 80 anos, duplique (Saldanha, 2009).

Desde Hipócrates até aos inícios do século IXX a idade dos 50 anos era considerada como o início da velhice, correspondendo a cerca de dois terços da vida do Ser Humano (Saldanha, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a idade dos 65 anos como o início do envelhecimento. Com o passar do tempo, os 65 anos foram deixando de ser um indicador rigoroso do início da velhice, passando a considerar-se a existência de várias idades possíveis para a transição da idade adulta para a velhice. Atualmente reconhece-se a existência de processos de envelhecimento, de cariz individual e diferenciado de pessoa para pessoa, de acordo com as trajetórias desenvolvimentais a que cada indivíduo está sujeito ao longo do seu ciclo de vida (Paúl & Fonseca, 2005). Assim, a diversidade do envelhecimento humano deriva da interação entre múltiplos fatores, como os fatores genéticos, ambientais e socioeconómicos (Nunes, 2008).

Carvalho & Dias (2011) referem que o envelhecimento é um fenómeno complexo que não envolve somente aspetos demográficos da população, mas também aspetos de cariz sociocultural, económicos e políticos. Esses aspetos estão em permanente interação com a dimensão biológica e subjetiva de cada pessoa. Também a Direção-geral da Saúde (DGS) (2006) reconhece que determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos contribuem para a forma como sucede o envelhecimento. Assim o declínio das funções associadas ao processo de envelhecimento relaciona-se com fatores genéticos, comportamentais, ambientais e sociais.

De acordo com Saldanha (2009) o aumento de pessoas com mais de 65 anos é maior no sexo feminino. Nunes (2008) refere que a longevidade feminina é em média 5 anos maior que a masculina. De acordo com a mesma autora a longevidade do sexo feminino não se prende apenas com genes, depende em parte das características culturais e antropológicas da sociedade em que se vive.

Segundo os diferentes autores o processo através do qual a velhice se instala depende das características de cada indivíduo e/ou das influências do meio.

A velhice é a última etapa da vida, mas o processo de envelhecimento ocorre desde a concepção até à morte. São várias as alterações que o Ser Humano experimenta com o passar dos anos. Segundo Ballesteros (2009) após um período de crescimento rápido e de estabilidade relativa, o ser humano depara-se com uma perda de eficiência biológica.

O envelhecimento populacional, associado à inevitável perda de eficiência biológica, tem sido acompanhado pelo aumento da morbilidade e pelo conseqüente declínio da qualidade de vida. Pois com a idade aumenta a incidência de doenças crónicas e degenerativas, que conduzem, na sua maioria, a situações de dependência. Assim, as doenças que mais se manifestam após os 65 anos são as doenças cardiovasculares, as doenças músculo-esqueléticas, as doenças do aparelho respiratório e alguns tipos de cancro como o do estômago, pulmão, cólon (Saldanha, 2009).

Para se viver durante mais anos e com melhor saúde é essencial a adoção de estilos de vida saudáveis e uma atitude participativa na promoção do autocuidado, pois nunca é tarde de mais para se alterar o modo de vida. Neste sentido é importante que ocorra uma mudança de mentalidades e de atitudes por parte da população face ao envelhecimento. Assim, e de acordo com a DGS (2006)

*A estimulação da iniciativa pessoal das pessoas idosas, para a autonomia e independência, é um imperativo de natureza ética, revelador da concepção humanista em que assenta uma sociedade, da responsabilidade solidária do Estado e da consciencialização, de cada cidadão, do sentimento de pertença a uma comunidade, através da sua participação e empenhamento generoso a favor da saúde dos mais frágeis. (p. 12)*

Existem idosos que envelhecem de forma saudável, mantendo-se ativos na sociedade, ultrapassando facilmente situações adversas (resultantes do próprio processo de envelhecimento) e mantendo-se independentes nas suas atividades (Saldanha, 2009). Também Paúl, Fonseca, Martín & Amando (2005) referem que ao longo do processo de

envelhecimento podemos nos deparar com idosos que envelhecem de forma saudável e ativa, mas também com idosos incapazes, cuja autonomia se encontra limitada quer pela presença de doenças, quer pelo contexto em que vivem. Ballesteros (2009) considera que o envelhecimento normal é aquele que decorre sem a ocorrência de patologias, ao passo que o envelhecimento patológico encontra-se associado a vários problemas de saúde, frequentemente de carácter crónico.

O envelhecimento, como parte integrante do ciclo de vida, pode constituir uma oportunidade para viver-se de forma saudável e autónoma, o que implica uma ação ao nível da mudança de comportamentos e atitudes pela população. Envelhecer de forma saudável, autónoma e durante o maior período de tempo possível constitui um desafio individual e coletivo que se traduz de forma significativa no desenvolvimento económico de um país (DGS, 2006).

O envelhecimento bem-sucedido não se pode prender apenas com a condição de saúde física, mas também com a adoção de estilos de vida e com as interações complexas entre diversos fatores, que permitam alcançar objetivos de manutenção da capacidade funcional/autonomia, satisfação com a vida, longevidade, participação social ativa e uma adaptação positiva (Fonseca, 2005).

De acordo com Saldanha (2009) os problemas de saúde que advém do envelhecimento são, na sua maior parte, representantes de um declínio ao nível das funções físicas e mentais. A partir de determinada idade, a pessoa torna-se mais frágil e vulnerável às agressões do meio envolvente causadoras de um enfraquecimento físico generalizado.

Os efeitos do processo de envelhecimento estão relacionados com a aprendizagem, o tempo de trabalho, o lazer, a oferta e também a procura de cuidados pelas pessoas nas diferentes idades (Costa, 2006). A referida autora menciona ainda que os indivíduos portadores de marcadores genéticos de grande longevidade, que adotaram estilos de vida saudáveis, ao longo de toda a vida, por volta dos 85 anos manifestam uma insuficiência funcional por parte de alguns órgãos vitais, o que conseqüentemente os torna menos resistentes ao stress do quotidiano. A este acontecimento dá-se o nome de síndrome de fragilidade. Esta caracteriza-se por uma insuficiência, de intensidade variável, por parte de alguns órgãos, o que conduz à incapacidade, culminando habitualmente na perda parcial ou até mesmo total da independência.

A síndrome de fragilidade não é identificada como sendo uma doença, mas sim como um estado intermédio entre ser funcionalmente competente e estar capacitado para a realização de apenas uma ou mais tarefas da vida diária (Saldanha, 2009).

Apesar de, atualmente, envelhecer-se cada vez mais tarde e da grande maioria dos idosos conseguir conservar um razoável estado de saúde e de vitalidade, estes encontram-se mais vulneráveis à doença e à morte, em consequência de uma diminuição física, psíquica e social (Costa, 2006).

O envelhecimento populacional associado às alterações ao nível do padrão epidemiológico, da estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, determina as novas necessidades que surgem com a saúde e para as quais devem encontrar-se respostas adequadas (DGS, 2004).

Para Fonseca (2006) quando se pensa em idosos, deve pensar-se, entre todas as outras condições, também na condição de saúde que envolve todo o processo de envelhecimento e que é essencial para o bem-estar. Deste modo deverá pensar-se na saúde sempre que se pensa na promoção de um envelhecimento bem-sucedido.

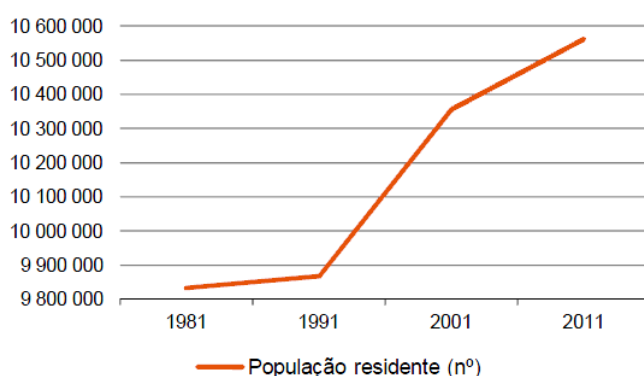
No entanto a promoção de um envelhecimento saudável e bem-sucedido não envolve só a saúde, mas múltiplos sectores como a saúde, a educação, a segurança social, o trabalho, a economia, a justiça, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura, entre outros. É neste âmbito que surge a realização do presente trabalho de investigação de forma a conhecer e comparar a capacidade funcional da população idosa em diferentes contextos. Perceber quais os fatores institucionais (presença de rampas de acesso, existência de portas largas, camas articuladas) e individuais (idade, género, estado civil) que se relacionam com a autonomia do idoso nas atividades de vida diária (AVD), e de que forma determinam um envelhecimento mais ou menos ativo.

## 2. ASPETOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

O envelhecimento populacional é considerado um fenómeno de dimensão mundial. A World Health Organization (WHO) (2002) prevê que em 2025 existam 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, residindo a maior parte destas pessoas nos países desenvolvidos (cerca da 75%).

De acordo com os resultados dos censos 2011 Portugal tem atualmente cerca de 10 561 614 habitantes, tendo crescido cerca de 2% na última década (gráfico nº 2. 1). Desta população 47,79% são elementos do sexo masculino e 52,21% são do sexo feminino (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2011).

Gráfico nº 2. 1 – Evolução da população residente em Portugal de 1981 a 2011



Fonte: INE (censos 2011 – Resultados Provisórios)

Ao longo desta última década o Algarve foi a região do país onde se verificou um maior crescimento populacional passando de 395 218 habitantes para um total de 451 005 habitantes, o que corresponde a um aumento de cerca de 14,1%. A população residente na região do Algarve com idade igual ou superior a 65 anos representa 19,6% da população total (Comissão de Coordenação e de Desenvolvimento Regional - CCDR Algarve, 2011).

O município de Vila Real de Santo António tem, atualmente, cerca de 19 156 habitantes. Destes 47,8% são do sexo masculino (9158 indivíduos) ao passo que 52,2% são do sexo feminino (9998 indivíduos). Já o município de Castro Marim possui um total de 6 747 habitantes, dos quais 49,7% são do sexo masculino (3356 indivíduos) e 50,3% do sexo feminino (3391 indivíduos). Em termos da população com 65 anos ou mais no

município de Vila Real de Santo António existem 3801 indivíduos dos quais 1612 são do sexo masculino e 2189 do sexo feminino. Por sua vez no município de Castro Marim habitam 1813 pessoas, com 65 anos ou mais, das quais 858 são do sexo masculino e 955 do sexo feminino (INE, 2011).

Relativamente à distribuição da população por sexos verificou-se que no grupo etário dos 65 ou mais anos predominam as mulheres face aos homens. Assim a relação de masculinidade é de 91,5 homens para 100 mulheres. Existem então mais mulheres do que homens. Este fenómeno poderá ser explicado pela menor esperança medida de vida dos homens (INE, 2011).

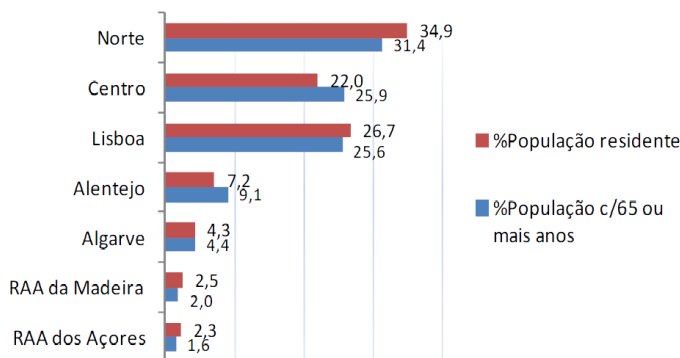
O envelhecimento populacional pode ser analisado segundo duas perspetivas: o envelhecimento individual que se prende com a maior longevidade dos indivíduos e o envelhecimento demográfico que tem a ver com o aumento da proporção das pessoas idosas na população total (INE, 2011).

O envelhecimento populacional é considerado o fenómeno demográfico mais preocupante das sociedades do século XXI. O número de pessoas com 65 anos ou mais residentes em Portugal é de 2 023 milhões, o que em termos estatísticos corresponde a cerca de 19% da população total. Graças aos dados obtidos sabe-se que na última década o número de pessoas idosas aumentou cerca de 19% (INE, 2012).

O aumento da população idosa, acompanhado pela diminuição da população mais jovem, agravou-se na última década. Cerca de 15% da população residente em Portugal corresponde ao grupo de pessoas entre os 0-14 anos, ao passo que cerca de 19% pertence ao grupo de pessoas com 65 anos ou mais. O índice de envelhecimento consiste na relação existente entre o número de idosos (65 ou mais anos) e o número de jovens (0-14 anos) e traduz-se no número de idosos por cada 100 jovens. Assim, o índice de envelhecimento da população é de 129 o que significa que por cada 100 jovens existem 129 idosos (INE, 2011).

Em termos gerais a população idosa encontra-se distribuída de forma não homogénea. Ocorrendo essa divisão, ao longo de todo o país, da seguinte forma: 31,4% da população idosa encontra-se na região Norte; 25,9% na região Centro; 25,6% na região de Lisboa; 9,1% no Alentejo; 4,4% no Algarve; 2% na região autónoma da Madeira e 1,6% na região autónoma dos Açores (INE, 2012) (gráfico nº 2. 2). Ainda de acordo com a mesma fonte, o aumento da esperança média de vida, juntamente com o fenómeno da desertificação e com a transformação do papel da família na sociedade, terá conduzido às diferenças estatísticas entre as várias regiões do país.

**Gráfico nº 2. 2** – Distribuição, em Portugal, da população residente e da população com 65 ou mais anos em 2011



Fonte: INE (censos 2011)

O índice de dependência total corresponde à relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa. Este tem sofrido, ao longo da última década, um agravamento (passou de 48 em 2001 para 52 em 2011). Na atualidade, por cada 100 pessoas em idade ativa, 52 são dependentes. O aumento deste índice sucedeu em virtude do agravamento do índice de dependência de idosos que subiu de 24 em 2001 para 29 em 2011 (INE, 2011).

De acordo com os resultados provisórios dos censos 2011, cerca de 60% da população idosa vive só (400 964 pessoas) ou na companhia exclusiva de outros idosos (804 577 pessoas). Este fenómeno reflete um aumento de 28%, ao longo da última década. As maiores percentagens de pessoas idosas a viverem sozinhas ocorrem na região de Lisboa (22%), Alentejo (22%) e Algarve (21%) (INE, 2012).

### 3. CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO

No presente capítulo será efetuada a caracterização dos dois concelhos (Vila Real de Santo António e Castro Marim) nos quais se encontram inseridas as instituições em que decorreu o estudo (Figura nº 3. 1). Pretende-se assim conhecer as características específicas de cada concelho em termos geográficos e populacionais.

Figura nº 3. 1 – Mapa do Algarve



Fonte: [http://www.algarvenet.com/mapa\\_algarve1.gif](http://www.algarvenet.com/mapa_algarve1.gif)

#### 3.1. CONCELHO DE VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO

Vila Real de Santo António (VRSA) é uma cidade de Portugal, pertence ao distrito de Faro e situa-se no sotavento Algarvio. É um município com uma área de 57,53 Km<sup>2</sup> que se encontra subdividido em 3 freguesias (Vila Real de Santo António, Monte Gordo e Vila Nova de Cacela) (Figura nº 3. 2). Este município apresenta descontinuidade territorial ficando a freguesia de Vila Nova de Cacela separada das restantes. Pois entre elas fica uma freguesia do concelho de Castro Marim. O Concelho de VRSA tem atualmente cerca de 19 156 habitantes (Câmara Municipal de VRSA, 2005 e INE, 2011).

O território do município de Vila Real de Santo António, parte oriental (freguesias de VRSA e Monte Gordo) encontra-se delimitado a norte e oeste pelo município de Castro Marim, a leste pelo Rio Guadiana, que define a fronteira com Espanha, município de

Ayamonte, e a sul pelo oceano Atlântico; a parte ocidental (freguesia de Vila Nova de Cacela) é limitada a norte e leste pelo concelho de Castro Marim, a oeste pelo concelho de Tavira e a sul pelo oceano Atlântico.

A cidade de Vila Real de Santo António foi fundada perto da foz do Guadiana, em 1774, pelo Marquês de Pombal. Esta cidade surgiu num local onde antes existia uma povoação de pescadores denominada como Santo António de Arenilha. A cidade foi desenhada pelo arquiteto Reinaldo Manuel dos Santos, desenvolvida numa malha urbana ortogonal centrada na Praça Marquês de Pombal. Esta praça conjuntamente com as ruas pombalinas tece a principal área comercial da cidade. Na praça, cuja forma é um quadrado com os vértices delimitados por quatro torreões, encontra-se um obelisco central, a Câmara Municipal e Igreja Matriz. As construções são de estilo pombalino com águas furtadas (Câmara Municipal de VRSA, 2005).

Vila Real de Santo António foi elevada ao estatuto de cidade no ano de 1986. Na atualidade este município vive essencialmente do turismo que é potenciado, entre outros fatores, pela existência de excelentes praias (Câmara Municipal de VRSA, 2005).

O clima típico do concelho de Vila Real de Santo António é o clima mediterrânico, onde os Invernos são curtos com temperaturas amenas, sendo os verões bastantes quentes (Câmara Municipal de VRSA, 2005).

A freguesia de Monte Gordo localiza-se a 3Km de VRSA. É uma antiga vila piscatória, vivendo atualmente do turismo. Por sua vez a freguesia de Vila Nova de Cacela conserva grande parte das suas características rurais e apresenta vários lugares de grande beleza natural (Câmara Municipal de VRSA, 2005).

**Figura nº 3. 2** – Mapa do concelho de Vila Real de Santo António



**Fonte:** <http://wikienergia.com/edp/images/thumb/4/4f/VRSAntonio.gif/250px-VRSAntonio.gif>

### 3.2. CONCELHO DE CASTRO MARIM

Castro Marim é uma vila de Portugal, pertence ao distrito de Faro e situa-se no Sotavento Algarvio. A vila de Castro Marim teve a sua origem nas velhas civilizações que residiam nesse território. Foi conquistada aos Mouros por D. Paio Correia no ano de 1242. Esta vila, numa primeira fase, desenvolveu-se no interior das muralhas do castelo, o qual se situa no cimo de uma colina (Câmara Municipal de Castro Marim, 2008).

O município tem uma área de 300 Km<sup>2</sup>, encontra-se subdividido em 4 freguesias (Altura, Azinhal, Castro Marim e Odeleite) (Figura nº 3. 3). As freguesias do município de Castro Marim apresentam todas características rurais, à exceção da freguesia da Altura que, devido à sua localização, tem assumido, nas últimas décadas, um elevado desenvolvimento turístico. (Câmara Municipal de Castro Marim, 2008 e INE, 2011).

A freguesia de Castro Marim é a segunda maior, ocupando uma extensão de 79,4Km<sup>2</sup> o que, em termos estatísticos, representa 26,5% da área total do concelho. Em termos populacionais é nesta freguesia que se encontra a maior concentração de população, isto porque a vila de Castro Marim é sede de concelho e é nela que existe uma maior concentração de infraestruturas sociais (Câmara Municipal de Castro Marim, 2006).

A freguesia de Azinhal é a terceira maior do concelho, ocupando uma área de 68,7Km<sup>2</sup> o que em termos estatísticos corresponde a 22,9% da área total do concelho. Nesta freguesia, com características rurais, existe um elevado envelhecimento populacional. Assim a freguesia de Azinhal contribuiu fortemente para o envelhecimento demográfico do concelho de Castro Marim (Câmara Municipal de Castro Marim, 2006).

Figura n º3. 3 – Mapa do concelho de Castro Marim



Fonte: <http://www.flickr.com/photos/9480263@N02/3753306188/>

## **4. ENVELHECIMENTO**

Ao longo dos anos o conceito de envelhecimento e a atitude face à pessoa idosa têm sofrido várias alterações evoluindo em consonância com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Paúl, 2005 & Sequeira, 2010).

Envelhecer é uma característica inevitável. Ermida (1999, p. 43) define o envelhecimento “como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”. Cordeiro (1999) refere-se ao envelhecimento como sendo um processo dinâmico, que geralmente decorre de forma lenta e progressiva e que é individual e variável. Assim, o processo de envelhecimento apresenta-se a um ritmo diferente para cada pessoa segundo a influência tanto de fatores genéticos como ambientais, ocorrendo alterações em três dimensões: biológica, psicologia e social (Nunes, 2008). De igual modo Fonseca (2005) refere-se ao envelhecimento como um fenómeno bio-psico-social de cariz individual. No mesmo sentido Maciel & Guerra (2007) e Rodrigues, Scudeller, Pedrazzi, Schiavetto & Lange (2008) referem-se ao envelhecimento como sendo um processo multifatorial, envolvendo fatores hereditários, ambientais, estilos de vida adotados, não esquecendo também os fatores inerentes ao próprio meio social em que a pessoa está inserida. Também Costa (2006) vai ao encontro dos autores anteriormente referidos ao mencionar que o envelhecimento é um processo de cariz inevitável, irreversível e individualizado, uma vez que os indivíduos não envelhecem da mesma forma nem no mesmo espaço de tempo, podendo ser as diferenças apresentadas, no processo de envelhecimento, justificadas através de fatores genéticos, mas também influenciadas pela adoção de estilos de vida, pela nutrição e pelo meio envolvente.

Ao longo da vida o Ser Humano vai passando por uma série de modificações. Após uma etapa relativamente curta de desenvolvimento físico, que corresponde ao período da infância e da adolescência, surge uma etapa mais prolongada de estabilidade relativa que, aos poucos, vai culminar com a perda de capacidades físicas (Ballesteros, 2009).

Com o processo de envelhecimento vão surgindo modificações estruturais e funcionais que ocorrem a um ritmo variável, de pessoa para pessoa, dependendo de fatores intrínsecos e extrínsecos. Neste sentido, o envelhecimento é caracterizado como um

fenômeno biológico, psicológico e social, em que as mudanças associadas ao envelhecimento acompanham a pessoa no desempenho das suas AVD, predispondo-a a uma maior vulnerabilidade e fragilidade e, conseqüentemente, a um comprometimento da qualidade de vida (Paúl & Fonseca, 2005 e Sequeira, 2010). Mas o envelhecimento não deve ser visto só como sinónimo inevitável de deterioração, dependência e perda de qualidade de vida, mas também como a oportunidade de contribuir para incentivar o idoso a enfrentar os desafios característicos desta etapa, de forma a colmatar ou minimizar as complicações inerentes a esta fase da vida (Paúl & Fonseca, 2005).

Saldanha (2009) define o envelhecimento do ponto de vista biológico como sendo *caraterizado pela diminuição progressiva, mais ou menos rápida e de intensidade variável, da capacidade funcional do organismo, diferente de órgão para órgão e de tecido para tecido, cuja velocidade de progressão depende de fatores hereditários, ambientais, sociais, nutricionais e higienosanitários.* (p. 11)

Assim, de acordo com a referida autora, do ponto de vista biológico o envelhecimento é um processo complexo, progressivo e irreversível, que atinge todas as células, moléculas, tecidos e órgãos, envolvendo o Ser Humano no seu todo e culminando na morte. É um mecanismo biológico regulado, de uma forma mais ou menos intensa, pelo padrão genético de cada pessoa.

De acordo com Costa (2006, p. 32) “em ocorrência simultânea com o processo biológico envelhecer é um processo experiencial, subjetivo, que pode definir-se como a autorregulação exercida através de decisões e escolhas para adaptação ao processo de senescência.”

À medida que a pessoa envelhece ocorre um declínio das funções dos sistemas orgânicos (sensorial, neurológico e músculo-esquelético) uma vez que ocorre uma diminuição na quantidade e qualidade das informações necessárias para um controlo eficaz a nível motor e cognitivo (Maciel & Guerra, 2007). Com o passar dos anos todos os órgãos são afetados pelo processo de envelhecimento, o que promove a redução do tamanho dos mesmos, podendo chegar a causar a sua atrofia, provocando conseqüentemente alterações funcionais (Saldanha, 2009).

A força muscular atinge o seu máximo por volta dos 20-30 anos de idade, ocorrendo lentamente o seu declínio a partir daí, isto porque as macromoléculas dos músculos, com a idade, estão sujeitas a alterações químicas, o que torna este tecido menos

funcional. Contudo, um programa de exercício físico adequado pode retardar este processo (Seeley, Stephens & Tate, 2001).

Com o envelhecimento, também o músculo cardíaco vai sofrendo alterações, assim o coração vai perdendo a sua capacidade elástica de retomar à dimensão de repouso e à contractilidade cardíaca. Consequentemente ocorre um decréscimo do débito cardíaco total, o que causa uma diminuição da quantidade de oxigénio e nutrientes que chegam a algumas células como é o caso dos neurónios e das células cartilagíneas das articulações. A redução da função cardíaca poderá provocar um decréscimo do débito sanguíneo aos rins, o que provoca uma diminuição da capacidade de filtração renal (Seeley et al., 2001).

Seeley et al. (2001) referem ainda que outros órgãos sofrem alterações degenerativas ao longo do processo de envelhecimento, é o caso do fígado, pâncreas, estômago e cólon. Com o envelhecimento ocorrem também alterações ao nível do sistema imunitário. Este perde a sua capacidade de resposta a antigénios estranhos ao organismo, tornando-se mais sensível aos antigénios do próprio indivíduo.

Como já referimos o envelhecimento acarreta várias alterações e desgastes. Segundo Nunes, Ribeiro, Rosado & Franceschini (2009) estes desgastes vão progressivamente interferindo ao nível da capacidade funcional do indivíduo. Para Costa (2006) o sinal mais evidente do envelhecimento traduz-se na diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente e no aparecimento de doenças crónicas que acarretam um aumento da vulnerabilidade e da probabilidade de morte.

Ballesteros (2009) define dois tipos de envelhecimento: o primário resultante das alterações inerentes ao processo de envelhecimento e o secundário resultante das alterações causadas pelas doenças, sendo reversível e não sendo diretamente causado pela idade, mas pelas doenças que advêm do processo de envelhecimento.

Para que ocorra um envelhecimento fisiológico, ou seja, para que o envelhecimento aconteça de forma saudável e ativa, é necessário considerar alguns fatores que interferem no processo, como é o caso dos fatores genéticos, da alimentação, da prática de exercício físico, do stress, das políticas do país, e dos fatores ambientais. Um envelhecimento saudável depende, em primeira instância, da adoção de um estilo de vida saudável (Saldanha, 2009). Neste sentido, Fonseca (2005) refere que dimensões como a saúde, o funcionamento mental, as relações sociais, os hábitos quotidianos, entre outros fatores, desempenham um papel importante no envelhecimento saudável. Paúl et al. (2005) referem que para um envelhecimento bem-sucedido é necessário a existência de fatores como a autonomia física, psicológica e social do idoso.

O envelhecimento bem-sucedido compreende a capacidade de adaptação às perdas inerentes à velhice, através de uma procura individual de objetivos e resultados significativos para cada indivíduo, mesmo quando é notória a existência de um declínio de possibilidades e oportunidades (Fonseca, 2005). Também Paúl (2005) refere que para um envelhecimento bem-sucedido, isto é com qualidade de vida, é essencial a existência de uma autoavaliação positiva, de maior saúde mental e de satisfação com a vida. Tudo isto torna-se ainda mais relevante quando pensamos que qualquer perda, ao nível da capacidade funcional do idoso, pode afetar seriamente a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

As teorias relativas ao envelhecimento bem-sucedido encaram o sujeito como um ser proactivo, capaz de regular a sua qualidade de vida através da definição de objetivos, estipulando estratégias que permitam a sua concretização. Deste modo o envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Assim é fundamental que sejam minimizados efeitos colaterais e otimizadas respostas psicossociais de ajustamento às potenciais perdas de competência.

De um modo geral as principais preocupações relacionadas com o processo de envelhecimento passam pela adaptação do idoso às perdas, aos problemas de saúde, à reforma, ao medo da morte de familiares e da sua própria morte. Neste sentido é essencial que o idoso seja capaz de desenvolver estratégias que lhe possibilitem lidar com alterações a nível físico, social, psicológico, familiar e profissional (Celis & Padilla, 2006).

Fatores de natureza física, psicológica, social e ambiental são determinantes para a qualidade de vida. Apesar da percepção que cada indivíduo tem da sua qualidade de vida, durante o envelhecimento são várias as variáveis que interferem com essa percepção sendo a autonomia a mais valorizada, uma vez que se encontra associada a uma melhor saúde, permitindo as relações intrafamiliares e permitindo a realização autónoma das AVD (Nunes, 2008). De acordo com a referida autora, a perda de autonomia ligada a outros fatores, como a existência de doenças ou mesmo a perda ou inexistência de suporte familiar, encontra-se na origem da institucionalização da pessoa idosa.

Para Seeley et al. (2001) uma das grandes desvantagens do envelhecimento resulta na falta de capacidade adaptativa às agressões do meio ambiente. Morris (2003) refere que foram identificados cinco padrões básicos característicos do envelhecimento. São eles: o aumento da mortalidade (com a idade); alterações ao nível da composição química do organismo (diminuição da massa corporal, aumento das gorduras); alterações progressivas de carácter degenerativo; a existência de uma menor capacidade de adaptação às mudanças ambientais e uma maior vulnerabilidade às doenças.

Fatores como a condição física, funcional, mental e de saúde podem influenciar o processo de envelhecimento, não podendo, este ser definido apenas com base na idade cronológica (Caporicci & Neto, 2011). Embora a idade cronológica esteja intimamente relacionada com o processo de envelhecimento, não é considerada um bom critério de estudo do processo de envelhecimento, pois o número de anos que uma pessoa viveu não transmite informação sobre a sua qualidade de vida, a sua saúde ou as suas experiências psicológicas e sociais (Paúl, 2005). Logo a idade biológica não é considerada um indicador preciso das alterações que acompanham o processo de envelhecimento. No entanto é nas idades mais avançadas que existe maior probabilidade de registo de grandes problemas incapacitantes a nível físico e cognitivo (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

O processo de envelhecimento pode ser acompanhado quer de um declínio ao nível das funções cognitivas, quer físicas. Embora a maioria dos idosos sejam portadores de pelo menos uma doença crónica, isso não significa que não levem uma vida normal, não ficando limitados pela presença da doença (Torres, Reis, Reis, Fernandes & Xavier, 2010).

Para Fonseca (2006) o estereótipo que se encontra mais enraizado, relativamente à velhice, traduz-se na adoção de comportamentos conservadores, que de igual modo são inflexíveis e resistentes à mudança. Assim, o idoso é considerado como uma pessoa que apresenta poder de iniciativa limitado, com dificuldade em começar novos projetos.

Não é apenas a velhice que se estabelece em função da idade, mas também a idade física é considerada como um potencial indicador da velhice. A sociedade estabelece diferentes papéis para as várias idades, neste sentido é estabelecida a escolaridade obrigatória, a idade laboral, o início da reforma entre outros (Ballesteros, 2009).

Embora seja vulgarmente utilizado o critério da idade, ou seja, os 65 anos, como marco do início da velhice, este tem vindo a perder terreno e deixou de constituir um indicador rigoroso, o que tem privilegiado a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice. Atualmente, de acordo com Sequeira (2010), a idade da reforma constitui uma referência para a velhice, embora esta ocorra de forma variável em função da profissão, país, sistema social, cultural, entre outros aspetos.

O processo de envelhecimento tem sido objeto de estudo de várias ciências como: bioquímica, economia, direito, medicina, psicologia, sociologia e política (Paúl, 2005). No final do século XX com o avanço da Gerontologia, que é uma ciência multidisciplinar, que tem por objeto de estudo o processo de envelhecimento, torna-se imprescindível que no processo de envelhecimento o aumento da expectativa de vida seja um processo orientado, acompanhado por ganhos na qualidade de vida, satisfação e bem-estar (Ballesteros, 2009).

## **5. CAPACIDADE FUNCIONAL**

Com o aumento da esperança média de vida surge cada vez mais a necessidade de promoção de um envelhecimento saudável que permita manter a capacidade funcional da pessoa idosa durante o maior período de tempo possível. Isto porque as limitações funcionais são um flagelo, que afeta esta população, impedido um correto desempenho das suas atividades quotidianas (Barros, Alves, Filho, Rodrigues & Neiva, 2010).

De acordo com Gonçalves, et al. (2010) o processo de envelhecimento acarreta o declínio da capacidade funcional, que poderá ser agravado pela adoção de hábitos sedentários, conduzindo a pessoa a um contexto de dependência. Deste modo tanto a presença de limitações como o declínio ao nível da capacidade funcional são problemas frequentes na população idosa, que comprometem a independência física, mental e a autonomia (Guedes & Silveira, 2004 e Kamper, Stott, Hyland, Murray & Ford, 2005).

Para Silvestre & Neto (2003) a incapacidade funcional é considerada como o principal problema que pode afetar a população idosa em consequência da adoção de estilos de vida e da evolução de patologias.

A capacidade funcional está intimamente relacionada com a autonomia, na realização de tarefas necessárias ao Ser Humano permitindo-lhe assegurar a capacidade de viver sozinho (Botelho, 2005). Assim, de acordo com o mesmo autor, a capacidade funcional prende-se com o facto do indivíduo ser capaz de cuidar de si próprio e de adaptar-se ao meio em que vive. Guimarães et al. (2004) e Trelha et al. (2005) referem-se à capacidade funcional como a capacidade para realizar, de forma independente, atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção das AVD e AIVD, sendo uma das principais componentes da saúde do idoso.

O envelhecimento fisiológico envolve a perda da capacidade funcional. Esta pode não atingir todos os domínios do funcionamento ao mesmo tempo. Podendo ser mais ou menos significativa, desenvolvendo-se de forma individual e gradual. Contudo esta poderá não significar uma limitação ou restrição para o desempenho das atividades, mantendo assim a pessoa idosa a independência necessária para uma vida autónoma (Guedes, Silva, Banhato & Mota, 2007 e Novo et al., 2011).

A saúde funcional do idoso é afetada pela interação de vários fatores como os fatores de ordem física, mental, social e espiritual. Pois os idosos estão mais suscetíveis a um aumento da perda funcional. Assim, na abordagem de uma avaliação funcional deve ter-se em conta as mudanças que ocorrem pelo envelhecimento primário (normativo) e secundário (relacionado com as doenças). O envelhecimento primário encontra-se associado aos efeitos do envelhecimento (por exemplo: cabelo mais fino e menor capacidade pulmonar), enquanto o envelhecimento secundário não se manifesta de forma universal (Morris, 2003).

Os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados de situações de fragilidade e incapacidade, contudo estas situações podem ser suscetíveis de prevenção (DGS, 2004). Limitações a nível visual, auditivo, motor, intelectual, assim como as alterações típicas da idade, decorrentes da diminuição da função do sistema osteomuscular, cardiorespiratório e nervoso, podem ocasionar dependência na execução das atividades quotidianas (Fiedler & Peres 2008 e Camara, Gerez, Miranda & Velardi 2008).

A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, que envolve o domínio do controlo postural, através da capacidade de manter-se em várias posições, é um pilar importante para o envelhecimento bem-sucedido e para a qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que a perda desta capacidade está associada à fragilidade, à dependência, à institucionalização e ao risco acrescido de quedas (Guimarães et al., 2004). Este risco de quedas pode conduzir à incapacidade, pode alterar a capacidade funcional e consequentemente a qualidade de vida da pessoa idosa (Morris, 2003). De acordo com Botelho (2005) a capacidade locomotora é essencial para a funcionalidade dos indivíduos, constituindo a sua perda um motivo real de dependência. Assim, esta dimensão motora é um dos mais importantes marcadores do envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida na pessoa idosa. Alterações ao nível da função motora causadas por um declínio da agilidade, da força, da coordenação e da flexibilidade irá colocar em causa o desempenho das AVD, restringindo a independência do idoso (Gonçalves et al., 2010).

Uma perceção negativa da saúde e das limitações encontra-se associada a um aumento do nível de dependência na execução das AVD e das AIVD. No decorrer do processo de envelhecimento o Ser Humano sofre uma perda progressiva da sua capacidade física traduzida por maior lentidão de movimentos. Quando se fala em incapacidade física nos idosos, esta já é uma situação que se refere ao domínio da patologia, em que o idoso apresenta dificuldades em realizar as suas AVD (Saldanha, 2009). A mesma autora afirma

que a incapacidade física aumenta com o avançar da idade, sendo aproximadamente duas vezes maior nas mulheres do que nos homens do mesmo grupo etário.

Perante o tema da capacidade funcional emerge a necessidade de definir atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e atividades avançadas da vida diária. Assim, as atividades de vida diária estão intimamente relacionadas com o autocuidado (banho, vestir-se, uso do sanitário, locomoção, incontinência e alimentação). Uma alteração ao nível do desempenho das mesmas poderá conduzir à institucionalização. As atividades instrumentais da vida diária são atividades necessárias para se viver de forma independente e relacionar-se com as pessoas (fazer compras, cozinhar, limpar a casa, utilizar meios de transporte, usar o telefone), são conseqüentemente atividades de índole mais complexa que as anteriores e geralmente perdem-se antes. Por sua vez as atividades avançadas da vida diária são as mais complexas e, em geral, estão ligadas à automotivação, como por exemplo o trabalho ou as atividades de lazer (Caldas, 2003 e Nunes et al., 2009).

Ao falarmos em capacidade funcional, surge também a necessidade de definir o conceito de autonomia. Esta é definida como sendo a capacidade para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida diária de acordo com regras e preferências (WHO, 2002). Para Sequeira (2010) a autonomia está relacionada com a capacidade do indivíduo para tomar as suas próprias decisões.

De acordo com Petronilho, Magalhães, Machado & Vieira (2010), a capacidade funcional para o desempenho do autocuidado relaciona-se com fatores intrínsecos ao sujeito (a idade, o sexo, a orientação sociocultural, a satisfação com a vida, a autoestima, a percepção da autoeficácia, a capacidade cognitiva) e fatores extrínsecos ao sujeito (os recursos familiares e da comunidade, o ambiente, as pessoas significativas e a terapêutica). Do mesmo modo Rosa, Benício, Latorre & Ramos, (2003) referem que a capacidade funcional sofre a influência de algumas doenças, deficiências, estilos de vida, fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais.

A realização de AVD e de AIVD exigem uma capacidade funcional mais ou menos intacta. Contudo, esta pode sofrer alterações em qualquer momento do ciclo de vida devido à presença de doenças físicas ou mentais. Assim, a manutenção da capacidade funcional não depende apenas do processo de envelhecimento, mas sim da acumulação de doenças e da existência de pequenas dificuldades funcionais (Nunes, 2008).

Situações de doença, incapacidade e limitação funcional surgem, ao longo do processo de envelhecimento, em consequência da perda da função dos sistemas orgânicos,

refletindo-se na capacidade para a execução das AVD. Contudo o facto da pessoa idosa sofrer de uma ou mais doenças crónicas não é obrigatoriamente sinónimo de perda de autonomia, ela pode continuar a manter-se independente, na realização das suas atividades de vida diária, apesar das patologias existentes. Tal facto poderá depender do tipo de patologia e da existência de elementos facilitadores no meio envolvente, como por exemplo a inexistência de barreiras arquitetónicas (Silvestre & Neto, 2003).

O declínio da capacidade funcional é identificado através da perda progressiva de capacidade para o desempenho das AVD e das AIVD (Trelha et al., 2005). No entanto, determinadas pessoas poderão apresentar precocemente um declínio no estado de saúde nas suas competências, enquanto outras poderão viver saudáveis e sem qualquer tipo de alterações ao nível da capacidade funcional até cerca dos 80 ou mesmo dos 90 anos (Sousa et al., 2003).

A perda de capacidade funcional é um dos principais problemas do processo de envelhecimento, pois relaciona-se com a perda de autonomia, sendo também representativa da degradação da qualidade de vida da pessoa idosa (Veríssimo, 1999). O envelhecimento saudável implica a manutenção de um elevado nível de capacidade funcional, excluindo a dependência por parte de terceiros e a institucionalização (Nunes, 2008).

A incapacidade funcional é definida pela presença de dificuldade ou impossibilidade no desempenho das atividades da vida quotidiana (Rosa et al., 2003). Esta incapacidade funcional encontra-se relacionada com variáveis como a doença física, a capacidade do autocuidado, complicações durante o tempo de hospitalização, o potencial de reabilitação e até mesmo com a mortalidade. Neste sentido, o conceito de capacidade funcional da pessoa idosa converteu-se num indicador de saúde. Os idosos que passam por uma hospitalização apresentam risco acrescido de virem a ser institucionalizados, isto devido à perda da capacidade para executarem as AVD e as AIVD (Morris, 2003). Este facto sucede devido, por exemplo, à perda de massa muscular, surgimento de úlceras por pressão, doença incurável ou por complicações causadas por intervenções médicas, agentes patogénicos entre outros aspetos. Assim, uma avaliação rigorosa do estado de saúde da pessoa idosa, com ênfase nas capacidades funcionais, pode ajudar a prevenir incapacidades e custos com cuidados de saúde adicionais (Botelho, 2005).

O contexto ambiental em que a pessoa se encontra inserida é determinante da funcionalidade ou incapacidade da pessoa. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (CIF) é um instrumento de avaliação importante que permite avaliar as condições de vida e a

promoção de políticas de inclusão social. Desde a sua publicação em 1989 esta ferramenta tem sido utilizada para vários fins na investigação, a nível clínico, na política social e pedagógica. Ela engloba todos os aspetos da saúde e bem-estar, descreve-os em todos os domínios relacionados com a saúde, pois quaisquer condições de saúde podem ser descritas através da CIF devido à sua aplicação universal. A CIF permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições. Ela estrutura a informação de maneira útil, integrada tornando-a facilmente acessível ao fazer uso de uma linguagem padronizada que permite a comunicação em todo o mundo entre várias ciências.

De acordo com a OMS (2004)

*A incapacidade é caracterizada como o resultado de uma relação complexa entre a condição de saúde do indivíduo e os factores pessoais, com os factores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive. Assim diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo. (...) Um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, vai restringir o desempenho do indivíduo, outros ambientes mais facilitadores podem melhorar o desempenho. (p. 19)*

A incapacidade funcional da pessoa idosa aumenta o encargo sobre a família, a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que a incapacidade gera maior vulnerabilidade e dependência contribuindo para a diminuição da qualidade de vida. Por sua vez o suporte familiar contribui para a manutenção da integridade física e psicológica da pessoa idosa (Alves et al., 2007 e Torres et al., 2010). Também Silvestre & Neto (2003) defendem esta última ideia ao referirem que para o idoso manter o seu equilíbrio físico e mental é fulcral a sua inserção/manutenção no seio familiar e o desempenho das rotinas familiares, assim como a manutenção de uma vida social ativa. Por outro lado Sequeira (2010) refere que a dependência encontra-se relacionada com a incapacidade para a satisfação das necessidades básicas, surgindo como resultado do aparecimento de um défice que condiciona a atividade.

Mas como é definido o conceito de dependência? Segundo o Decreto-Lei nº 101 (2006), esta é uma situação na qual se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual (que pode ser o resultado do aparecimento de uma doença crónica ou do agravamento da mesma), bem como, da demência, de sequelas pós traumática, deficiências, doença severa ou incurável, ausência ou escassez de apoio

familiar ou outras, não consegue por si próprio desempenhar as suas AVD. Por outro lado a independência é definida como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é a capacidade de viver, no seio de uma sociedade, de forma independente, sem ajuda ou com uma pequena ajuda de outrem (WHO, 2002).

A dependência é um processo dinâmico que evolui, sofrendo modificações que alteram o quotidiano do idoso. De acordo com Sequeira (2010) o aparecimento de uma dependência, devido a um acontecimento, pode ocorrer de forma abrupta ou progressiva, na maioria dos casos associado a uma diminuição da capacidade funcional, implicando a transição para uma nova vida.

Quando o envelhecimento se encontra associado à dependência é essencial que sejam criadas condições para que a assistência nas AVD promova a dignidade do idoso alvo dos cuidados. Assim é fundamental a ação dos serviços de saúde para dotar os cuidadores com competências cognitivas, instrumentais e pessoais, que permitam prestar cuidados de qualidade adequados às necessidades de cada pessoa idosa (Sequeira, 2010).

Da nossa experiência, enquanto enfermeira em contacto frequente com este tipo de população, sentimos a necessidade de mencionar que na prestação de cuidados de enfermagem, o grau de dependência do indivíduo condiciona o modo de atuação, de forma a ajudá-lo a complementar a competência funcional em que este apresenta incapacidade, orientando-o, supervisionando-o e transmitindo-lhe informação que vise a mudança de comportamento (Decreto-lei nº 161, 1996). Logo, é fundamental que os cuidados de enfermagem, à pessoa idosa com dependência, sejam precedidos de uma avaliação cuidada e personalizada, dando enfoque ao nível funcional de cada indivíduo.

A avaliação do desempenho da pessoa idosa, na realização de AVD, permite aos profissionais de saúde ter uma visão mais ampla das patologias e das sequelas das mesmas nas alterações da capacidade funcional (Diogo, 2003). De igual modo permite verificar, caso exista algum nível de dependência, se a ajuda necessária para a execução das atividades é parcial ou total. Assim uma correta avaliação do nível de dependência para o desempenho do autocuidado é essencial para a formulação de um plano adequado aos cuidados de saúde tendo em conta as necessidades específicas de cada indivíduo (Araújo et al., 2007 e Barros et al., 2010).

Através da avaliação da atividade funcional do idoso é possível a deteção de perturbações ainda incipientes; a caracterização de perfis de envelhecimento; fundamentar as intervenções preventivas ou de recuperação; evidenciar os diferentes estados funcionais

e diferentes estados de saúde, mentais e sociais, e monitorizar o acompanhamento da pessoa idosa (Botelho, 2005).

Neste sentido a avaliação da capacidade funcional é essencial na medida em que permite a deteção das principais necessidades e áreas a serem foco de intervenção, sendo delineadas estratégias específicas para as necessidades detetadas, minimizando as incapacidades e promovendo um envelhecimento ativo (Gonçalves et al., 2010). A avaliação da capacidade funcional é entendida como um instrumento essencial para uma avaliação clínica mais completa no campo da reabilitação Gerontológica. Assim, de acordo com Botelho (2005), a avaliação da capacidade funcional tem por finalidade identificar quais as perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais para, deste modo, intervir de forma a promover a manutenção e/ou recuperação das capacidades perdidas.

É evidente a importância de se ser ou não independente funcionalmente quer para a pessoa idosa quer para a sociedade. A avaliação da capacidade funcional é um indicador importante na avaliação da pessoa idosa, permitindo a deteção de fatores de risco e a implementação de estratégias adaptativas. Assim, é fundamental a utilização de medidas que permitam avaliar, de forma rigorosa, a existência de dependência funcional e o grau da mesma, para se poder planificar e atuar de acordo com os dados obtidos (Novo et al., 2011).

Também Pelegrin, Araújo, Costa & Rosset (2008) e Nogueira et al. (2010) referem que a capacidade funcional poderá ser avaliada através de vários instrumentos que permitam mensurar qual o nível de dependência/independência da pessoa na execução das suas atividades da vida quotidiana. Sendo a investigação da capacidade funcional da população idosa essencial para o estabelecimento de medidas de prevenção e intervenção.

Para Diogo (2003) em Gerontologia a avaliação da capacidade funcional é um bom indicador da qualidade de vida da pessoa idosa. Siqueira, Cordeiro, Perracini & Ramos (2004) vão ao encontro desta ideia ao afirmarem que a capacidade funcional é um importante marcador da saúde da pessoa idosa. Assim para a sua avaliação devem ser usados instrumentos de medida breves, acessíveis às características desta população e pouco dispendiosos, que se baseiem na implementação de questionários e na aplicação de testes rápidos de desempenho.

Na pessoa idosa a capacidade funcional pode ser apreciada como um processo dinâmico, na medida em que a sua evolução poderá ser alterada ou passível de ser prevenida quando existe uma assistência adequada (Ely & Brito 2009). Os prestadores de cuidados deverão intervir junto da pessoa idosa tentando ajudá-la a manter uma boa saúde

funcional durante o maior período de tempo possível. Neste sentido Morris (2003), refere que nas instituições têm sido utilizados vários instrumentos de avaliação da capacidade funcional, como a escala de Katz e o Índice de Barthel. Petronilho et al. (2010) reforçam esta ideia ao referirem que relativamente ao autocuidado, quer no domínio da prática, quer no domínio da investigação, a enfermagem tem utilizado instrumentos de avaliação do nível de dependência, como é o caso da escala de Katz e do Índice de Barthel.

A pesquisa efetuada levou-nos a encontrar alguns trabalhos de investigação em que foi utilizado o Índice de Barthel na avaliação da capacidade funcional do indivíduo. São exemplos de investigações realizadas em Portugal utilizando o Índice de Barthel: a investigação de Araújo et al. (realizada com 209 idosos não institucionalizados); a de Vaz & Gaspar (com 186 idosos institucionalizados no distrito de Bragança) e a de Araújo, Paúl & Martins (com idosos dependentes de uma região norte de Portugal).

Este índice foi, de igual modo, utilizado em estudos realizados em todo o mundo. Destacamos os estudos desenvolvidos no Brasil por Minosso, Amendola, Alvarenga & Oliveira (numa amostra de 100 idosos em ambulatório) e por Guedes & Silveira (numa amostra de 109 idosos institucionalizados). Destacamos ainda os estudos realizados em Espanha, na população idosa, por García, López & Arancón; por Ocaña, Gómez, Ponce & Rodriguez e por Fabra, Torres, Torres & Riera. Em Inglaterra estudos desenvolvidos por Yohannes, Roomi, Waters & Connolly e por Lyons, Crome, Monaghan, Killalea & Daley usaram também o índice Barthel.

Esta escala é amplamente utilizado em Portugal, sobretudo em contexto hospitalar, nomeadamente em unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), nas unidades de recobro e em centros de reabilitação. O Índice de Barthel é indicado pela DGS nas diretrizes referentes ao desenvolvimento das unidades de AVC em Portugal (Pereira, Costa, Andrade & Miranda, 2009).

## **6. QUALIDADE DE VIDA**

De acordo com Fleck et al. (1999) o termo qualidade de vida foi pela primeira vez empregue em 1964 por Lyndon Johnson, na altura, presidente dos Estados Unidos. Desde então o conceito de qualidade de vida tem vindo a adquirir cada vez mais importância. É uma referência no âmbito da Gerontologia e na planificação das políticas socio-sanitárias (Castellón & Pino, 2003).

Atualmente os profissionais de saúde encontram-se perante um grande desafio que está associado ao aumento da expectativa de se viver cada vez mais anos e, conseqüentemente, à presença de doenças crónicas e incapacitantes que colocam em risco o desempenho das atividades quotidianas e a própria qualidade de vida. Assim os profissionais de saúde, vêem-se na necessidade de arranjar novas estratégias, que permitam que o envelhecimento seja um processo em que, entre outros aspetos, se promova a qualidade de vida (Araújo et al., 2007).

Paúl (2005) e Paúl et al. (2005) referem que para a pessoa idosa a saúde é uma área fulcral na qualidade de vida. Alterações ao nível da realização de atividades da vida e das relações sociais, bem como perda de poder económico, desconforto e medo da morte são mais exacerbadas na população idosa face à menor capacidade de adaptação. A ausência de saúde física causa sofrimento e provoca uma quebra do bem-estar.

Cada pessoa tem o seu conceito de saúde, consoante a visão que tem da mesma. Muitas pessoas associam a qualidade de vida à saúde (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002). O conceito de qualidade de vida é considerado por vários autores como sendo um conceito importante na área da Gerontologia, sendo também considerado um dos principais indicadores a ter em consideração aquando da avaliação dos serviços prestados. Devido à sua natureza multidisciplinar, torna-se difícil existir uma única definição de qualidade de vida, uma vez que esta abrange quase a totalidade da dimensão humana (Castellón & Pino, 2003).

Para além da prevenção de doenças é fundamental a existência de qualidade de vida tanto em termos do bem-estar físico e funcional como psíquico, psicológico e social. Assim atualmente, para além do desejo de se poder viver durante mais anos, existe uma grande preocupação com a saúde e o bem-estar do idoso, sendo a saúde e o bem-estar

referenciados como indicadores de qualidade de vida (Carvalho & Dias, 2011). Cuidar da saúde de uma pessoa implica a interação de várias áreas (biomédicas, educação, comunicação, assistência social) uma vez que o Ser Humano é um ser complexo. Neste sentido é imprescindível a existência de relações interdisciplinares entre os vários profissionais de saúde para a promoção da saúde e da longevidade com qualidade de vida (Bonardi, Souza & Moraes, 2007).

Uma boa qualidade de vida, por parte da pessoa idosa, prende-se com a ausência de problemas mentais, manutenção de atividades sociais, bons laços de amizade e familiares, um bom nível económico, uma habitação condigna, a presença de sensações de bem-estar e sentimentos de felicidade, bem como sentir-se integrado e útil não apenas no seio familiar, mas também na comunidade (Castellón & Pino, 2003 e Carvalho & Dias, 2003).

Mas o que se entende por qualidade de vida? Este conceito é definido como uma perceção individual da posição na vida, em contexto cultural e de valores, na qual a pessoa está inserida e é relacionada com objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito de carácter amplo, subjetivo, incluindo, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções da pessoa, assim como a relação com aspetos importantes do meio ambiente (OMS, 2002).

De acordo com Paúl et al. (2005, p.78) “a qualidade de vida abrange as dimensões física, psicológica, social e ambiental, introduzindo variáveis diversificadas e não sobreponíveis à satisfação de vida, na compreensão do processo de envelhecimento.” Por sua vez Coimbra & Brito (1999, p. 31) referem que “a qualidade de vida é uma perceção global da vida pessoal, para a qual contribuem inúmeros domínios e componentes.” Já Minayo, Hartz & Buss (2000) mencionam que a

*Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural. (p. 8)*

O conceito de qualidade de vida varia de autor para autor, sendo um conceito de cariz subjetivo, dependendo de vários fatores. Este conceito relaciona-se com o bem-estar e a autoestima da pessoa abrangendo vários aspetos, entre os quais, a capacidade funcional, o autocuidado, o nível socioeconómico, o estilo de vida, a saúde, o suporte familiar, o estado emocional, a interação social e a faixa etária (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005). Os mesmos autores referem que para a maioria das pessoas idosas o conceito de qualidade de vida relaciona-se com bem-estar, sentimentos de felicidade e com realização pessoal.

De acordo com Maciel & Guerra (2007) a qualidade de vida da pessoa idosa é influenciada pela presença de fatores socioeconómicos e ambientais, bem como pelo estado de saúde física e mental da pessoa.

Para a pessoa idosa a qualidade de vida engloba diversos fatores que vão desde dos aspetos biológico-funcionais até aos socioculturais. É de salientar que a qualidade de vida para os idosos é muitas vezes associada a questões relacionadas com a autonomia. Neste sentido, a presença de alterações ligadas à idade, fatores de risco, presença de doenças crónico-degenerativas, perda de autonomia e dificuldades ao nível da realização das AVD interferem com a qualidade de vida (Sousa et al., 2003; Torres et al., 2010 e Braga, Casella, Campos & Paiva, 2011). Também segundo Nunes et al. (2009) a realização de ações de prevenção, manutenção ou de reabilitação da melhoria da capacidade funcional, são fulcrais para ampliar a qualidade de vida da população idosa.

Sousa et al. (2003) mencionam que, do ponto de vista da pessoa idosa, a qualidade de vida representa um dado fundamental para a dinamização de medidas adequadas a essa população. Esta está presente aquando de um envelhecimento bem-sucedido, e deve ser promovida ao longo das anteriores fases de desenvolvimento da pessoa.

Para Castellón & Pino (2003) a perceção que a pessoa tem da sua qualidade de vida depende tanto da dimensão subjetiva como objetiva, estando condicionada pelo tipo de relação que se estabelece entre ambas dimensões, bem como por uma série de fatores que atuam como medidores.

A qualidade de vida do idoso institucionalizado depende, entre outros fatores, do acolhimento feito pela instituição, do convívio com pessoas próximas de forma a minimizar a solidão ou o isolamento, bem como, do desempenho dos profissionais que atuam tentando manter um bom nível de independência e autonomia dos idosos durante o maior período de tempo possível (Díaz & Orozco, 2002 e Carvalho & Dias, 2011).

A avaliação da qualidade de vida é um processo complexo. Esta baseia-se na perceção que cada pessoa tem sobre o seu estado de saúde o qual, sofre influência de

vários fatores como o contexto cultural em que a pessoa está inserida, bem como o próprio sistema de valores (Silveira, 2007). A avaliação da qualidade de vida é uma importante medida de avaliação da saúde. Para avaliar a qualidade de vida a OMS inicialmente procedeu à elaboração de um instrumento de avaliação da qualidade de vida, constituído por 100 questões (WHOQOL-100) que envolveu a participação de vários países, não estando incluído o Portugal. Contudo da necessidade de aplicar um instrumento mais curto, que demorasse menos tempo no seu preenchimento, mas que mantivesse as características psicométricas satisfatórias, emergiu a criação da WHOQOL-bref. Os domínios são avaliados de acordo com a percepção que a pessoa tem da forma como se tem sentido nas últimas duas semanas (Fleck et al., 2000; Moreno, Faerstein, Werneck, Lopes & Chor, 2006 e Braga et al., 2011). Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida, desenvolvidos pela OMS, têm um carácter transcultural e valorizam a percepção de cada indivíduo, podendo ser aplicados em diversos grupos e situações (Braga et al., 2011).

O instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS é transcultural, estando traduzido para várias línguas. Em Portugal, o desenvolvimento de uma versão deste instrumento ficou a cargo do Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida (Canavarro et al., 2008 e Canavarro et al., 2010).

Vários estudos têm sido realizados em todo o mundo utilizando a WHOQOL-bref entre eles: o de Cimirro, Rigon, Vieira, Pereira & Creutzberg (com uma amostra de 30 idoso institucionalizados em centro de dia), o de Celis e Padilla (realizado no México com 294 idosos), Pereira et al. (realizado no Brasil com uma amostra de 211 idosos), o de Espinoza et al. (realizado no Chile com uma amostra de 1520 idosos) e o de Hudakova & Hornakova (com uma amostra de 386 idoso na Eslováquia).

## **7. INSTITUCIONALIZAÇÃO**

A institucionalização é um processo complexo, com momentos difíceis, associados a sentimentos de perda. Este processo pode variar em função da história de vida de cada indivíduo. Segundo Carvalho & Dias (2011) para a pessoa idosa a institucionalização é uma questão difícil de gerir, uma vez que esta poderá desencadear alguns problemas, como tensões familiares, sentimentos de culpa, de isolamento, de abandono e dificuldades de adaptação.

No presente capítulo, que se optou por dividir em dois subcapítulos denominados: “lar e centro de dia” e “apoio domiciliário”, será efetuada uma breve caracterização da institucionalização em lar e centro de dia bem como do serviço de apoio domiciliário. Serão ainda mencionados os objetivos de cada instituição, assim como os serviços prestados pelas mesmas.

### **7.1. LAR E CENTRO DE DIA**

Como já previamente sublinhamos, com o aumento da esperança média de vida tem também vindo a verificar-se um aumento da incidência de doenças crónicas e a consequente necessidade de serviços de saúde, a fim de manter as capacidades funcionais e a independência da pessoa idosa. Neste sentido, os idosos são os principais consumidores dos cuidados de saúde, quer em contexto de ambulatório quer de domicílio ou até mesmo hospitalar (Costa, 2006). Mas nesta fase da vida, os idosos deparam-se também, segundo Carvalho & Dias (2011), com problemas a nível da perda de prestígio (sendo desvalorizados pois a sociedade atual tende a privilegiar e valorizar a aparência física, a juventude e todos os aspetos a ela inerente) e a nível financeiro como a perda de rendimentos e falta de apoio social.

Nas situações em que o idoso é cuidado no seio familiar persiste a desigualdade de género relativamente ao prestador desses cuidados. Ou seja, a mulher continua a ser a

principal responsável pela prestação dos cuidados. Contudo a emancipação da mulher, quer por motivos financeiros, quer pela própria vontade de se sentir realizada profissionalmente, levou-a a procurar trabalho fora do domicílio. Este facto levou a mulher a deixar de se dedicar exclusivamente ao papel de principal cuidadora da família. Ficou com menos disponibilidade para cuidar de familiares idosos, pois passou a dividir o tempo entre os vários papéis que desempenha no seio da sociedade (Fragoso, 2008 e Carvalho & Dias, 2011).

Em determinados momentos, a capacidade da família para cuidar do seu idoso pode estar comprometida, podendo este representar um obstáculo à autonomia familiar. Muitas vezes a família não consegue conciliar os cuidados ao familiar com o trabalho e atividades de lazer (Perlini, Leite & Furini, 2007). Não existindo suporte familiar, financeiro e psicológico, a família vê na institucionalização uma solução para suprimir a lacuna criada pela impossibilidade de cuidar dos seus idosos, quer por falta de condições socioeconómicas quer pela falta de outros apoios (Fragoso, 2008 e Carvalho & Dias, 2011).

Para Nunes (2008) e Botelho et al. (2009) a perda de autonomia ligada à doença ou à solidão, à ausência quase total de rede social e familiar, bem como à diminuição da capacidade funcional, principalmente a nível motor, encontra-se na origem da institucionalização da pessoa idosa. Também Aires, Paz & Perosa (2009) referem que a institucionalização poderá ser uma alternativa para a família ou até mesmo uma opção voluntária por parte do idoso.

Atualmente o aumento da população idosa é diretamente proporcional ao aumento da procura de instituições direcionadas para os mais velhos, e consequentemente proporcional ao aumento da institucionalização, isto porque a perda de autonomia está relacionada com a institucionalização (Freitas & Scheicher, 2010 e Nogueira et al., 2010).

No entanto, segundo Carvalho & Dias (2011) o processo de institucionalização é um processo complexo que envolve valores, crenças, responsabilidades e necessidades. Silvestre & Neto (2003, p. 840) referem-se à institucionalização como sendo “um modelo excludente, que causa uma importante deterioração na capacidade funcional e na autonomia.” Também Feijóo (2008) afirma que ao ingressar numa instituição o idoso passa a estar inserido num ambiente estranho, impessoal, com regras e formalidades. O autor reforça o seu pensamento referindo que sempre que possível o idoso deverá permanecer no seu domicílio, inserido no seu ambiente familiar, no seu quotidiano, junto de sua família, mesmo que necessite de ajuda exterior para tal. Contudo, existem situações como a idade

muito avançada, a necessidade de cuidados específicos, a dependência funcional para a concretização das suas AVD, a falta de apoio, que levam o idoso e a família a encarar a institucionalização como o último recurso disponível.

Desde o século XV existem instituições, destinadas a acolher idosos, designadas por asilos. Nos Estados Unidos, no início da segunda metade do século XX, estas instituições passaram a ser designadas por lares de idosos. Os atuais lares da 3ª idade são instituições de alojamento permanente ou temporário, que têm por finalidade fornecer resposta a idosos que se encontram em situação de risco e que apresentam alterações da capacidade funcional com perda de autonomia (Grácio, 1999). A citada autora refere que os lares têm como objetivos: proporcionar serviços adequados às necessidades da pessoa idosa; contribuir para que o processo de envelhecimento se estabilize ou até para o retardamento do mesmo; desenvolver apoios necessários para os familiares da pessoa idosa e fortalecer as relações intrafamiliares. Os serviços prestados por este tipo de instituição são, entre outros: de alojamento; alimentação; cuidados de saúde, de higiene e de conforto; de convívio, ocupação e lazer.

Os lares têm por missão completar, e não substituir, as ações da família. No entanto, na sociedade moderna, tem-se verificado um crescente abandono por parte das famílias, que descaram as visitas aos seus idosos institucionalizados (Fragoso, 2008).

Muitos idosos consideram o processo de institucionalização como perda da sua liberdade, abandono por parte dos filhos ou até mesmo como uma aproximação da morte. Os idosos manifestam ainda alguma ansiedade face a este mundo desconhecido e face aos funcionários que irão cuidar deles. Assim, a institucionalização é encarada como uma situação geradora de stress, que poderá comprometer, eventualmente agravar, a qualidade de vida da pessoa idosa, levando-a a passar por transformações de vários tipos com inúmeras consequências quer de carácter positivo quer negativo (Freitas & Scheicher, 2010).

Sempre que seja possível a pessoa idosa deverá opinar face ao seu processo de institucionalização, pois a institucionalização altera um conjunto de rotinas conduzindo o idoso a um processo de adaptação a uma nova situação, a um novo ambiente no qual existem regras e normas, bem como limitações físicas. Contudo, segundo Tomasini & Alves (2007) e Carvalho & Dias (2011) a capacidade de adaptação dos idosos vai diminuindo com a idade, sendo cada vez maior a probabilidade de desajustamento e de uma má adaptação à instituição. Por outro lado, de acordo com Feijóo (2008) a adaptação do idoso à institucionalização poderia ser facilitada se a mesma lhe possibilitasse decidir

sobre coisas simples, como escolher o programa de televisão que deseja ver, alterar a disposição dos móveis no quarto ou ter alguma possibilidade de selecionar a sua comida.

Também Carvalho & Dias (2011), na análise que fazem desde processo, referem que para existir uma boa integração do idoso na instituição é necessário ter em conta as relações estabelecidas entre o idoso e os restantes utentes, bem como entre este e os diferentes profissionais existentes na instituição. Igualmente as relações com o exterior, isto é a relação entre o idoso e a família/amigos devem ser fomentadas. O idoso deve preocupar-se consigo próprio procurando desenvolver relações de convívio que evitem sentimentos de solidão e de isolamento social.

Deste modo os lares de terceira idade deverão proporcionar um ambiente estimulador e enriquecedor, facultando um conjunto de experiências que permitam ao idoso manter-se ativo e com boa qualidade de vida (Almeida & Rodrigues, 2008). Quando os familiares procuram uma instituição, para internar o idoso, entre outros aspetos, buscam uma instituição que ofereça um ambiente cuidado e proporcionador de cuidados, que preste companhia e permita ao idoso a convivência/socialização com os outros moradores. A família pretende proporcionar, ao seu idoso, melhores condições de vida e de cuidado que aquelas que consegue por si só oferecer (Perlini et al., 2007).

Como alternativa ao lar existe outro tipo de institucionalização: os centros de dia, que desenvolvem um conjunto de atividades direcionadas para o idoso na comunidade, permitindo a manutenção da pessoa idosa no meio sociofamiliar. Os centros de dia têm como objetivo: prestar serviços que permitam a satisfação das necessidades básicas; prestar apoio psicossocial; reintegrar o idoso na comunidade, mantendo-o inserido no seu domicílio e seio familiar; fomentar as relações interpessoais evitando o isolamento. Os serviços prestados por este tipo de instituição são, entre outros: fornecimento de refeições; cuidados de higiene e conforto, bem como de momentos de lazer e convívio (Grácio, 1999).

## 7.2. APOIO DOMICILIÁRIO

As pessoas vivem cada vez mais tempo necessitando de mais cuidados de saúde, quer em quantidade, quer em qualidade e especificidade (Costa, 2006). Neste sentido é

cada vez mais importante que se invista em infraestruturas que respondam às necessidades da população idosa.

A grande maioria das pessoas manifesta vontade em envelhecer no domicílio, rodeados pelos seus objetos, memórias e conhecidos (Nunes, 2008). Quando o idoso permanece num meio ambiente que lhe é familiar, ou seja, no seu domicílio ou inserido no seio familiar, verifica-se uma melhor qualidade de vida quer em termos biológicos quer psicológicos. É pois essencial que sejam criadas estruturas públicas e privadas que prestem apoio aos idosos que permanecem no domicílio e que necessitam desse apoio (Saldanha, 2009). Também para Floriani & Schramm (2004) o apoio domiciliário permite manter o idoso inserido no seio da sociedade, tentando preservar ao máximo a sua autonomia e capacidade funcional.

O apoio domiciliário consiste na prestação de serviços de apoio aos utentes no domicílio, quando estes, por motivo de doença ou de outra situação de dependência, se encontram temporária ou permanentemente incapazes de satisfazer as suas AVD e as AIVD. Os objetivos do apoio domiciliário são, entre outros: contribuir para a melhoria da qualidade de vida; contribuir para retardar ou mesmo evitar a institucionalização da pessoa idosa; assegurar a satisfação das necessidades básicas; colaborar na prestação de cuidados de saúde e prestar cuidados que contribuam para o equilíbrio e bem-estar do idoso (Grácio, 1999).

Os serviços prestados pelo apoio domiciliário são: a prestação de cuidados de higiene e conforto, trabalho de arrumação e limpeza do lar; confeção ou distribuição de refeições; tratamento de roupas; administração de medicação; acompanhamento e convívio (Grácio, 1999).

Na ótica de Nunes (2008) o apoio domiciliário, através de estruturas profissionalizadas, bem como as redes sociais de solidariedade e de voluntariado surgem como a solução mais humanizada e integradora para as situações em que a pessoa apresenta menos dependência física e mental.

No mesmo sentido, o apoio domiciliário é explicado por Ricci, Kubota & Cordeiro (2005) como uma alternativa ao internamento da pessoa idosa que apresenta algum grau de dependência e que, conseqüentemente, necessita de algum tipo de apoio para o desempenho de algumas tarefas do seu dia-a-dia. Logo o apoio domiciliário é uma forma de retardar a institucionalização.

## **8. CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS**

Este capítulo, que se encontra dividido em cinco subcapítulos, apresenta a caracterização das instituições envolvidas no estudo. Nele é feita a descrição das principais características de cada instituição incluindo o espaço físico, apresentados os critérios de inclusão, algumas rotinas, bem como a descrição dos serviços que são prestados nas diferentes valências.

### **8.1. LAR DR. ALONSO VASQUEZ**

**Figura nº 8. 4** – Fotografia do lar Dr. Alonso Vasquez



**Fonte:**[http://www.facebook.com/santa.casamisericordiavrsa/photos\\_albums#!/photo.php?fbid=119487351468549&set=a.119487254801892.31095.100002218534136&type=3&theater](http://www.facebook.com/santa.casamisericordiavrsa/photos_albums#!/photo.php?fbid=119487351468549&set=a.119487254801892.31095.100002218534136&type=3&theater)

A Santa Casa da Misericórdia de Vila Real de Santo António foi fundada em Maio de 1928. A atividade desta instituição teve início no antigo hospital de VRSA cujo edifício era propriedade da mesma. Após o 25 de Abril a instituição ficou privada de qualquer atuação e teve de se integrar no Centro Social Nossa Senhora da Encarnação, ficando sedeadada nas instalações da Junta de Freguesia, desenvolvendo essencialmente serviço de centro de dia. Em Dezembro de 1990 foram inauguradas as atuais instalações do Lar Dr. Alonso Vasquez (Figura nº 8. 4). Este passou a desenvolver, em simultâneo, o serviço de apoio domiciliário para, deste modo, cobrir as necessidades daqueles idosos que não querem, ou não podem, sair do seu domicílio.

Atualmente a instituição desenvolve a sua atividade no âmbito da ação social na infância e na terceira idade tentando responder às solicitações da população local.

O Lar Dr. Alonso Vasquez apresenta duas valências: a valência de internamento com vagas para 55 utentes, estando todas preenchidas, e 8 vagas em centro de dia, encontrando-se atualmente 4 utentes nesta valência.

No que diz respeito aos recursos humanos, para assegurar níveis adequados de qualidade e funcionamento, o lar dispõe de 32 funcionários que estão distribuídos segundo as suas funções e necessidades da instituição pelos turnos da manhã, da tarde e da noite. Este último deve ser sempre assegurado, no mínimo, por dois ajudantes de lar. Nesta instituição existem várias categorias de trabalhadores nomeadamente: ajudante de lar e centro de dia, trabalhador dos serviços gerais, cozinheira, ajudante de cozinha, operador de lavandaria, encarregado geral, administrativo, diretor técnico e animadora. A instituição conta ainda com o apoio de um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e um professor de Pilatos em part-time.

Estes trabalhadores encontram-se distribuídos por vários sectores, nomeadamente: sector de apoio à instituição, limpeza, cozinha, lavandaria e secretariado.

Os principais cuidados prestados pelo Lar Dr. Alonso Vasquez passam pelo alojamento, prestação de cuidados de higiene e conforto, atividades de convívio e ocupação, alimentação, lavagem e tratamento de roupas, cuidados de saúde, serviço de barbearia/cabeleireiro, apoio em algumas deslocações ao exterior e vigilância 24h por dia, enquanto permanência no lar.

Os idosos institucionalizados costumam receber visitas, todos os dias, no horário das 14 às 16h. De 1 de Julho a 15 de Setembro, para além do horário referido, os familiares dos utentes poderão também visitá-los das 17 às 18h. Este horário tem um carácter rígido, contudo poderá haver alguma flexibilidade consoante a situação clínica do utente. Se o utente estiver acamado ou em estágio terminal é proporcionado aos seus familiares um horário mais acessível às suas rotinas e disponibilidades. De igual modo, fora do horário indicado, são permitidas visitas no hall de entrada do lar, desde que não perturbem o normal funcionamento deste.

A instituição apresenta um plano de atividades que é elaborado e exposto em placard próprio. As principais atividades desenvolvidas são os trabalhos manuais, desenho, pintura, jogos, palavras cruzadas, ginástica, passeios e convívios. Alguns utentes participam voluntariamente nas mesmas, outros têm que ser estimulados a participar, existindo ainda aqueles que não querem participar ou que não conseguem fazê-lo.

Existe uma animadora que dinamiza as atividades lúdicas e recreativas dirigidas aos idosos institucionalizados. Neste âmbito são organizadas festas para comemorar as épocas

festivas/efemérides e os aniversários de cada utente. São também desenvolvidas atividades de trabalhos manuais, de desenhos e pintura (a caneta, a lápis e a tinta). Realizam ainda trabalhos com tecidos de feltro (carteiras, porta-chaves, pregadeiras), papel crepe (flores). Utilizando cartolinas e outros materiais realizam toda uma panóplia de objetos. Existem também utentes que gostam de fazer croché, tricô, ler e até escrever.

A alimentação é adaptada às necessidades de cada utente, sendo semanalmente elaborada a ementa que é afixada na instituição. O horário das refeições encontra-se organizado do seguinte modo: pequeno-almoço entre as 9:30h-10h; almoço entre as 12h-13h; lanche entre as 16h-16:30h, jantar entre 18:30h-19:30h e ceia às 21:00h.

As principais patologias presentes nos utentes desta instituição são as demências e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC).

Existem critérios de inclusão no lar, nomeadamente ser residente ou natural do concelho de VRSA; viver em risco de isolamento social ou geográfico; ausência de suporte familiar; falta de condições de habitabilidade; ser dependente de terceiros; ser utente de outra valência da instituição.

No que diz respeito às características físicas a instituição é formada por dois pisos, encontrando-se adaptada à população idosa. Para além das escadas existe também um elevador para aceder ao segundo piso. Existem rampas de acesso para os idosos que se deslocam em cadeira de rodas. As casas de banho apresentam apoios laterais, para os idosos se apoiarem quando usam as instalações. Devido à idade da instituição nem todas as portas se encontram adaptadas às necessidades dos utentes.

No lar existem 29 quartos. Destes 16 localizam-se no rés-do-chão e os restantes 13 no primeiro andar. Dos 29 quartos 3 são individuais e os restantes duplos. As camas são todas articuladas e com presença de grades para evitar quedas.

O Lar Dr. Alonso Vasquez proporciona ainda, aos seus utentes, uma ampla área ao ar livre (jardim) que se encontra bem arranjada proporcionando momentos de descontração e de contacto com a natureza. Em termos de disposição os espaços distribuem-se pelos dois pisos do seguinte modo (tabela nº 8. 1):

Tabela nº 8. 1 – Caracterização do espaço físico do Lar Dr. Alonso Vasquez

Pisos	Espaços	Observações
Rés-do-chão	<ul style="list-style-type: none"><li>Gabinete técnico</li><li>Secretaria com WC</li><li>Salão de espetáculos</li><li>Refeitório</li><li>2 WC</li><li>16 quartos</li><li>1 WC grande para homens</li><li>1 WC grande para mulheres</li><li>1 enfermaria com 3 camas e WC</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Também usado para armazenamento de materiais</li><li>com poliban</li><li>com poliban</li><li>Usada em situações de emergência ou por doentes acamados em estado terminal</li></ul>
1º andar	<ul style="list-style-type: none"><li>13 quartos</li><li>2 WC grandes</li><li>1 arrecadação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Usada como arquivo</li></ul>

## 8.2. CENTRO DE DIA DE VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO

Figura nº 8. 5 – Fotografia do centro de dia de Vila Real de Santo António



Fonte: [http://www.facebook.com/santa.casamisericordiaivrsa/photos\\_albums#!/photo.php?fbid=119487291468555&set=a.119487254801892.31095.100002218534136&type=3&theater](http://www.facebook.com/santa.casamisericordiaivrsa/photos_albums#!/photo.php?fbid=119487291468555&set=a.119487254801892.31095.100002218534136&type=3&theater)

O centro de dia de Vila Real de Santo António (Figura nº 8. 5) é uma instituição que presta cuidados desde 1978. Funcionou nas instalações da Junta de Freguesia até ao ano 2000, encontrando-se nas atuais instalações há 12 anos. Esta valência engloba o centro de dia, o apoio domiciliário e o apoio domiciliário Integrado. A instituição conta com 30 profissionais que trabalham diariamente das 8:30h às 17:30h num horário de 39h semanais.

O principal objetivo do centro de dia é contribuir para o bem-estar físico, psíquico e social da pessoa idosa, respeitando a sua dignidade e prestando diversos serviços consoante as necessidades existentes e as capacidades da instituição, tentando retardar as perdas

associadas ao processo de envelhecimento, o isolamento e a solidão. A instituição, ao focar os seus cuidados no apoio domiciliário, tem como objetivo contribuir com cuidados para as pessoas em situação de dependência pontual, temporária ou continuada.

O horário de funcionamento do centro de dia é flexível, de forma a adaptar-se às necessidades locais e às problemáticas dos utentes, tendo sempre em conta os recursos disponíveis. Funciona semanalmente de segunda-feira a sexta-feira, das 8:30h às 17:30h e aos sábados das 8:30h às 13:30h. O transporte dos utentes é assegurado pela instituição.

As categorias dos profissionais que desempenham funções nesta instituição, são: diretor técnico, encarregada geral, administrativo, ajudante de centro de dia, ajudante de animação, motorista, cozinheiro, ajudante de cozinha, pessoal de lavandaria, auxiliares de limpeza nutricionista, professor de Pilatos, fisioterapeuta e enfermeiro (através de um protocolo com o Centro de Saúde de VRSA) os últimos quatro trabalham em part-time.

Os principais cuidados proporcionados pela instituição são: cuidados de higiene e conforto, alimentação, tratamento de roupas, cuidados de saúde, serviço de barbeiro/cabeleireiro, ocupação e convívio. A instituição procura adaptar-se às necessidades da população idosa, fazendo alterações para a melhorar o serviço prestado.

Nesta instituição existem 40 vagas direcionadas para o centro de dia das quais 36 estão preenchidas. A valência de apoio domiciliário tem também 40 vagas encontrando-se 37 preenchidas. O apoio domiciliário integrado tem 10 vagas completamente lotadas.

As principais patologias existentes nos utentes desta instituição são: demências, AVC, problemas cardíacos e hipertensão arterial.

A alimentação costuma ser adaptada aos problemas de saúde dos utentes institucionalizados, sendo a ementa elaborada semanal por um nutricionista.

As principais atividades desenvolvidas no centro de dia são: trabalhos manuais, comemoração de dias festivos, aniversários, Pilatos, passeios. A participação dos utentes é variável consoante os seus gostos, motivação e capacidades. Os utentes desta instituição podem desfrutar do convívio existente entre eles, participar em atividades recreativas, como ver televisão, comemorar aniversários, efemérides e épocas festivas, realizam trabalhos manuais alusivos a épocas festivas e, incentivados pelos profissionais da instituição, organizar jogos de cartas, dominó e bingo.

O horário das visitas é um horário flexível de forma a dar aos familiares a possibilidade de adequar os seus horários de trabalho com os da instituição. No entanto há um horário pré-estabelecido para as visitas entre as 11h e as 12h e entre as 15h às 16h.

Existem critérios de inclusão no centro de dia, sendo os principais a incapacidade/dependência física; idade avançada; isolamento geográfico; inexistência de familiares; as condições habitacionais; ser residente na área geográfica de intervenção da instituição; utentes que apresentem um quadro social e económico grave.

Em termos de disposição física o centro de dia de Vila Real de Santo António é formado por (tabela nº 8. 2):

Tabela nº 8. 2 – Caracterização do espaço físico do centro de dia de Vila Real de Santo António

Pisos	Espaços	Observações
Rés-do-chão	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 gabinete de enfermagem</li><li>• 1 WC para funcionários</li><li>• 1 WC para homens</li><li>• 1 WC para mulheres</li><li>• 2 salas de estar</li><li>• 1 cozinha</li><li>• 1 refeitório,</li><li>• 1 lavandaria</li><li>• 3 despensas</li><li>• 1 gabinete técnico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipados com cadeiras e banheiras geriátricas</li></ul>

As portas da instituição são suficientemente largas de forma a passar uma cadeira de rodas, no entanto não existem rampas de acesso. As casas de banho encontram-se adaptadas. Estão apetrechadas com barras de apoio nas paredes, cadeiras e banheiras geriátricas.

### 8.3 LAR DR. JOSÉ COLAÇO FERNANDES

Figura nº 8. 6 – Fotografia do lar Dr. José Colaço Fernandes



Fonte: [http://www.facebook.com/santa.casamisericordia/vrsa/photos\\_albums#!/photo.php?fbid=119487824801835&set=a.119487254801892.31095.100002218534136&type=3&theater](http://www.facebook.com/santa.casamisericordia/vrsa/photos_albums#!/photo.php?fbid=119487824801835&set=a.119487254801892.31095.100002218534136&type=3&theater)

O lar de Manta Rota denominado por Lar Dr. José Colaço Fernandes (Figura nº 8. 6) pertence à Santa Casa da Misericórdia de VRSA. Esta instituição, que começou a funcionar em 2003, está composta por três valências: internamente em lar, centro de dia e apoio domiciliário.

No Lar Dr. José Colaço Fernandes trabalham 28 funcionários a tempo inteiro. O número de funcionários por turno depende do sector. Assim existem três funcionários no sector da limpeza, dois na cozinha, três no apoio aos idosos de manhã, dois à tarde e dois à noite. Os funcionários distribuem-se pelas seguintes categorias: cozinheiro, ajudante de cozinha, animador, operador de lavandaria, trabalhador dos serviços gerais, auxiliar de ação geriátrica, encarregado geral, motorista, diretor técnico e dois funcionários polivalentes. Em part-time trabalham ainda na instituição um enfermeiro, um médico, um fisioterapeuta, um professor de ginástica e um nutricionista.

Os principais serviços prestados por esta instituição são o alojamento, a prestação de cuidados de higiene e conforto, as atividades de convívio e ocupação, a alimentação, a lavagem e tratamento de roupas, os cuidados de saúde, o serviço de barbearia/cabeleireiro, o apoio em deslocações ao exterior e vigilância 24h por dia, enquanto permanência no lar.

O horário das visitas é rígido, decorrendo todos os dias das 14h às 16h. No Verão há um segundo horário para visitas entre as 17h e as 18h. Fora dos horários estabelecidos são permitidas visitas, no hall de entrada do lar, desde que não perturbem o normal funcionamento deste.

A instituição tem um plano de atividades que é atualizado regularmente. As principais atividades desenvolvidas são o bingo, o dominó, as festas, os trabalhos manuais, os passeios e a ginástica. Contudo o público-alvo é muito renitente à prática destas atividades, sendo necessário criar um clima propício e motivador, pois a grande maioria dos utentes necessitam ser estimulado para aderir às diferentes iniciativas.

A capacidade do lar é de 36 vagas para internamento, estando todas ocupadas, 18 em apoio domiciliário, das quais 16 estão ocupadas e 20 vagas em centro de dia, estando 17 ocupadas.

Existe uma nutricionista que faz um menu para a semana, sendo a alimentação adaptada às necessidades de cada idoso.

As principais patologias presentes nos idosos desta instituição são: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, osteoporose, demências, AVC e diabetes.

Existem critérios de inclusão no lar, nomeadamente ser residente ou natural do concelho de Vila Real de Santo António, viver em risco de isolamento social ou

geográfico, ausência de suporte familiar, falta de condições de habitabilidade, ser dependente de terceiros, ser utente de outra valência da instituição.

O edifício do lar de Manta Rota é relativamente novo. Em termos físicos a instituição é constituída por um piso, como os seguintes espaços (tabela nº 8. 3):

Tabela nº 8. 3 – Caracterização do espaço físico do Lar Dr. José Colaço Fernandes

Pisos	Espaços	Observações
Rés-do-chão	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 gabinete para o diretor</li><li>• 1 secretaria</li><li>• 1 gabinete de médico</li><li>• 1 enfermaria</li><li>• 2 salas de convívio</li><li>• 1 cozinha</li><li>• 1 refeitório,</li><li>• 1 arrecadação</li><li>• 1 sala de pessoal</li><li>• 1 salão de reuniões</li><li>• 2 WC para funcionários</li><li>• 11 WC para utentes</li><li>• 23 quartos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 13 quartos são duplos e 10 individuais</li></ul>

Todo o edifício encontrando-se adaptado à população idosa. Existem portas largas que permitem a passagem de cadeiras de rodas. Todas as camas são articuladas e com grades. Nas casas de banho existem barras de apoio nas paredes. Não existem rampas de acesso.

#### 8.4. LAR DE IDOSOS DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE CASTRO MARIM

Figura nº 8. 7 – Fotografia do lar da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim



Fonte: <http://scmcastromarim.com/>

O Lar da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim (Figura nº 8. 7) foi fundado há cerca de 24 anos e íntegra as valências de internamento em lar, centro de dia, apoio domiciliário e apoio domiciliário integrado. Esta instituição tem ainda um pólo na aldeia de Odeleite, o qual tem as valências de centro de dia e apoio domiciliário. Neste pólo trabalham 5 funcionários.

No lar de Castro Marim trabalham no total de 37 funcionários. Sendo a sua distribuição distinta em cada sector e em cada turno. Assim no contacto direto com o idoso existem 4 funcionários no turno da manhã, 3 no da tarde e 1 no da noite.

Nesta instituição há várias categorias de trabalhadores, nomeadamente: técnico de serviço social, administrativo, coordenador, animador sócio cultural, ajudante de lar e centro de dia, trabalhador auxiliar de serviços gerais, ajudante de apoio domiciliário, cozinheiro, ajudante de cozinha, operador de lavandaria/engomador e motorista. Em part-time colaboram, ainda, com a instituição um enfermeiro e de um médico.

Os principais serviços prestados pelo lar são o alojamento, a alimentação, os cuidados de higiene e conforto, os cuidados de saúde, a higiene das roupas e a realização de atividades socioculturais, recreativas ou ocupacionais.

O internamento em lar destina-se ao acolhimento de idosos que expressem, de livre vontade, ser admitidos na instituição e que se encontrem em situação de incapacidades para assegurar a satisfação das suas necessidades básicas. Por sua vez o centro de dia presta cuidados, contribuindo para a manutenção do idoso no seu meio sociofamiliar.

Relativamente à capacidade da instituição ela disponibiliza 47 vagas em internamento, 20 em centro de dia, 23 em apoio domiciliário e 5 em apoio domiciliário integrado, estando todas elas ocupadas.

O horário das visitas é flexível. Estas decorrem diariamente no horário estipulado pela instituição entre as 10h e as 12h e entre as 15h e as 17h. Existem utentes que recebem visitas regularmente, outros esporadicamente e outros que não recebem. É proporcionado pela instituição a possibilidade dos familiares participarem nos cuidados prestados, contudo a grande maioria não o faz. Os utentes têm ainda a possibilidade, se assim o desejarem, de passar o fim-de-semana com os seus familiares.

Esta instituição beneficia de um plano de atividades, sendo as principais atividades desenvolvidas: ginástica, duas vezes por semana, atividades manuais, jogos, passeios e convívios. Relativamente à participação dos idosos, nas atividades desenvolvidas, registam-se três grupos: os que participam livremente, os que não participam por não gostarem ou não conseguirem e os que são estimulados e acabam por participar. As

atividades desenvolvidas têm por finalidade a estabilização e mesmo o retardamento dos impactos negativos associados ao processo de envelhecimento.

O horário das refeições passa pelo pequeno-almoço às 9h; almoço às 12h; lanche às 16h; jantar às 19:30h e ceia às 21:30h. A ementa é elaborada semanalmente e afixada na instituição. A alimentação costuma ser adaptada às necessidades da pessoa idosa consoante os problemas de saúde existentes, devendo as dietas específicas ser prescritas pelo médico assistente. A entrada para o refeitório é efetuada através de um toque de campainha, à hora de cada refeição. Cada utente tem o seu lugar definido no refeitório.

Dum modo geral as principais patologias da população, residente nesta instituição, são: a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial, a osteoporose, as demências, os AVC e a diabetes.

Relativamente à admissão existem condições que são tidas em conta, nomeadamente: ter idade igual ou superior a 65 anos, salvo casos excepcionais; não sofrer de doenças infecto-contagiosas nem perturbações mentais graves que possam colocar em risco o bom funcionamento da instituição; concordância do idoso em querer ingressar na instituição e concordância do idoso e respetiva família nos princípios, valores e regulamentos da Santa Casa da Misericórdia. Existem ainda critérios de inclusão entre eles: ser residente ou natural do concelho de Castro Marim; viver em risco de isolamento social ou geográfico; ausência de suporte familiar; condições habitacionais inadequadas; precariedade económica; ser utente de outra valência da instituição.

A instituição está sedeada num edifício constituído por dois pisos. Para aceder ao piso superior existe, para além das escadas, um elevador. Não existem espaços ao ar livre, apenas um pátio interior. Em termos físicos a instituição é formada por (tabela nº 8. 4):

**Tabela nº8. 4**– Caraterização do espaço físico do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim

Pisos	Espaços	Observações
<b>Rés-do-chão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portaria</li> <li>• Salas administrativas</li> <li>• Cozinha</li> <li>• Refeitório</li> <li>• Sala de estar</li> <li>• Cabeleireiro</li> <li>• Lavandaria</li> <li>• WC grande para homens</li> <li>• WC grande para mulheres</li> <li>• Arrecadações</li> </ul>	
<b>1º andar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 quartos</li> <li>• 1 quarto individual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 quartos triplos e 19 quartos duplos</li> <li>• Usado por doentes em estado terminal</li> </ul>

A instituição encontra-se adaptada às necessidades da população idosa, existindo rampas de acesso, portas suficientemente largas para passarem os utentes que se deslocam em cadeiras de roda. As casas de banho estão apetrechadas com barras de apoio nas paredes. Contudo as camas são, na sua grande maioria, não articuladas e sem grades. As grades existentes são amovíveis sendo colocadas nas camas consoante as necessidades.

## 8.5. ABESFA

A Associação de Bem Estar Social da Freguesia do Azinhal é uma instituição particular de solidariedade social sedeada na aldeia do Azinhal. Esta associação foi fundada em 24 de Outubro de 1984 com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos, e suas famílias, no concelho de Castro Marim.

Apesar da instituição já ter tido a valência de centro de dia, atualmente apenas existe a valência de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Esta dispõe de lotação para 80 utentes, estando as vagas todas preenchidas. O serviço de apoio domiciliário percorre, diariamente, várias aldeias do concelho. Este serviço funciona todos os dias das 7:30h às 21:30h num horário flexível. O SAD é formado por 5 equipas que trabalham por turnos. Os utentes podem receber a visita dos elementos da instituição uma, duas ou três vezes por dia, consoante os serviços de que beneficiam.

O serviço de apoio domiciliário é caracterizado pela prestação de cuidados, no domicílio, de cariz individual e personalizado, quando por doença, deficiência ou qualquer outra limitação a pessoa não se encontra com capacidade para assegurar a satisfação das suas AVD, quer temporariamente quer permanentemente.

A ABESFA dispõe de três dezenas de funcionários distribuídos nas seguintes categorias: cozinheiras, ajudantes de ação direta, auxiliares, lavadeira, diretor técnico, encarregado dos serviços gerais, auxiliares administrativos e assistente social.

Pelo serviço de apoio domiciliário são assegurados os seguintes cuidados: alimentação, higiene pessoal (banho, cuidado às mãos e aos pés, cuidados ao cabelo e à barba), higiene habitacional (limpeza do chão, limpeza do pó, mudança da roupa da cama e lavagem da loiça), tratamento das roupas (lavagem e secagem de roupa, engomagem

pequenos arranjos) e ainda outros serviços como o apoio na deslocação ao médico, apoio psicossocial, compra de medicamentos, compra de outros produtos.

A alimentação costuma ser adaptada à população. O mapa mensal das ementas encontra-se afixado na instituição e está certificada pelo Delegado de Saúde Pública.

Para beneficiar dos cuidados prestados pela instituição existem algumas condições de admissão, nomeadamente isolamento social; incapacidade para a satisfação de algumas necessidades básicas; idade avançada; situação económica precária e residência na área geográfica da resposta social.

Fisicamente a instituição é composta por: área da direção e dos serviços técnico (gabinete de atendimento, gabinete da direção e gabinete de coordenação), pela área de serviços (cozinha, refeitório, dispensa de arrumos, lavandaria e arrecadação geral) e pela área de pessoal (vestiário e instalações sanitárias) (tabela nº 8. 5)

**Tabela nº 8. 5** – Caracterização do espaço físico da ABESFA

Pisos	Espaços	Observações
Rés-do-chão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinete da direção</li> <li>• Gabinete de coordenação</li> <li>• Gabinete de atendimento</li>   <li>• Cozinha</li> <li>• Refeitório</li> <li>• Dispensa de arrumos</li> <li>• Lavandaria</li>   <li>• Arrecadação geral</li> <li>• Vestiário</li> <li>• Instalações sanitárias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Área da direção e serviços técnicos</li>   <li>➤ Área de serviços</li>   <li>➤ Área de pessoal</li> </ul>

A ABESFA em 2009 integrou um projeto de desenvolvimento social tendo à sua responsabilidade uma unidade móvel de animação e acompanhamento psicossocial (ANIMART) com a finalidade de ajudar no combate ao isolamento social através da realização de várias ações. Este projeto contou com o apoio de uma equipa multidisciplinar formada por uma enfermeira, uma assistente social, uma animadora sociocultural e um motorista, que percorreriam várias localidades do concelho de Castro Marim proporcionando aos idosos um conjunto de serviços. A ANIMART deslocava-se pelas aldeias e lugares da freguesia onde proporcionava cuidados de saúde, através da avaliação de glicemias capilares, avaliação da tensão arterial e frequências cardíacas, administração de vacinas da gripe, rastreios de colesterol, sessões de sensibilização sobre várias problemáticas ligadas à população idosa. Proporcionava, ainda, animação sociocultural.

O projeto ANIMART pretendia proporcionar à população idosa um desenvolvimento ativo conjuntamente com momentos de lazer e convívio, através do desenvolvimento de ciclos temáticos formados por ações de saúde e bem-estar. Assim, algumas das atividades desenvolvidas passaram pela realização de convívios entre idosos de várias aldeias, através da realização de almoços; a comemoração de dias festivos, como o dia do idoso; a realização de jogos e a realização de cinema ao ar livre, entre outras.

Dum modo geral, os utentes que beneficiaram deste programa, que infelizmente teve o seu término no início do presente ano, por questões de financiamento, são também utentes da ABESFA. Ao longo do nosso trabalho de campo pudemos perceber a insatisfação manifestada pelos utentes relativamente ao fim desta iniciativa.

Foi em 2011 que a ABESFA se envolveu no grande projeto da construção da unidade de cuidados continuados de longa duração e manutenção do Azinhal. Esta unidade, que contará com 31 camas, encontra-se concluída desde Maio de 2012, mas por questões financeiras ainda não iniciou a sua função social.

## **Parte II – Enquadramento metodológico**

## **9. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

A investigação é definida por Fortin (2003, p. 15) como “um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de uma investigação”. Fortin (2009, p. 4) refere ainda que a investigação científica “consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos”. Assim, a investigação é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas a questões concretas, visando a aquisição de novos conhecimentos. Tem um carácter sistemático e rigoroso, permitindo, assegurar que a representação atribuída à realidade é fiel aos factos e fenómenos (Fortin, 2009).

A metodologia é considerada a base do trabalho de investigação, pois é através dos métodos e técnicas de investigação que será orientada a elaboração de todo o processo de investigação científica. Para a identificação do problema os investigadores necessitam pesquisar os elementos da situação problemática e partir do concreto para o abstrato. Assim, o investigador irá definir quais os métodos a serem utilizados de forma a obter respostas para as questões e problemas formulados (Fortin, 2009). É neste âmbito que a presente tese pretende obter dados que permitam conhecer e comparar a capacidade funcional em idosos institucionalizados e em contexto de domicílio, bem como avaliar a percepção que o idoso tem da sua qualidade de vida. Pretende-se assim, de uma forma organizada, a obter dados que possibilitem responder à questão de investigação formulada.

Neste capítulo serão abordadas questões relacionadas com o processo de investigação. Será também abordada a metodologia a utilizar bem como os objetivos do estudo.

### **9.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

Partindo do fenómeno a estudar, emergem as questões de pesquisa, dado que, em consonância com Fortin (2009), qualquer investigação tem como ponto de partida uma

situação considerada problemática que conseqüentemente exige uma explicação ou uma melhor compreensão do fenómeno observado.

A definição da questão de investigação constitui o início do processo de investigação (Fortin, 2009). Assim, como ponto de partida do presente estudo, foi definida a seguinte questão de investigação: ***A capacidade funcional e a qualidade de vida diferem entre idosos institucionalizados e idosos que beneficiam do serviço de apoio domiciliário?***

É importante referir que foram definidos como idosos institucionalizados aqueles que se encontram internados em lar ou que frequentam o centro de dia, e como idosos em contexto de domicílio aqueles que se encontram no seu domicílio, mas que recebem apoio domiciliário.

A presente questão de investigação emergiu do facto do envelhecimento populacional ser uma realidade que não podemos ignorar. As mudanças científicas, sociais e políticas a que se assiste atualmente estão a conduzir a uma revolução demográfica sem precedentes. Esta mudança traz consigo enormes conseqüências sociais em cujo centro está a problemática do envelhecimento populacional. Segundo Araújo & Ceolim (2007) o avançar da idade encontra-se associado a uma maior probabilidade de surgirem incapacidades físicas e cognitivas.

Este estudo pretende comparar idosos em contexto de institucionalização e em contexto de domicílio, de forma a compreender qual o nível de autonomia dos idosos em cada um dos contextos mencionados. Pois parece-nos pertinente compreender em que contexto os idosos apresentam maior autonomia nas AVD.

As questões de investigação devem ser questões precisas, redigidas no presente e incluírem os conceitos que se pretendem estudar. Fortin (2009) esclarece que as questões de investigação indicam “claramente a direção que se pretende tomar, quer seja descrever conceitos ou fenómenos (...) quer seja explorar relações entre os conceitos (...)”. De igual modo as questões de investigação devem ser formuladas de forma que seja possível obter uma resposta.

## 9.2.OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Após ter sido definida a questão de investigação surge a necessidade de delinear os objetivos da investigação. De acordo com Fortin (2009) através da definição dos objetivos, somos levados a precisar quais os conceitos que se pretendem estudar, a população alvo e a informação que se ambiciona obter.

Foi definido como **objetivo geral** da presente investigação:

- Conhecer/comparar a capacidade funcional e a perceção da qualidade de vida do idoso em contexto de institucionalização e em contexto de domiciliário

Como **objetivos específicos** foram definidos:

- **Objetivo 1** - Compreender de que forma o contexto institucional se encontra relacionado com a capacidade funcional da pessoa idosa.
- **Objetivo 2** - Conhecer quais as principais características individuais do idoso que estão relacionadas com a sua capacidade funcional.
- **Objetivo 3** - Conhecer a relação existente entre a capacidade funcional e a qualidade de vida na pessoa idosa.

## 9.3. TIPO DE ESTUDO

A metodologia é a base do trabalho de investigação, pois é através dos métodos e técnicas de investigação que será orientada a elaboração de todo o processo de investigação científica.

A seleção do método de investigação a utilizar é uma das principais decisões que o investigador tem que tomar, contudo a natureza da questão de investigação dita muitas vezes qual o melhor método a seguir (Polit & Hungler, 1995).

Neste estudo optou-se por um trabalho não experimental, que tem por finalidade a não manipulação de variáveis e a ausência de controlo experimental, limitando-se apenas a uma observação da amostra. É um estudo de carácter transversal, pois decorre durante um

período de tempo limitado (de Janeiro de 2012 a Junho de 2012), analisando o fenómeno em estudo numa única observação. Num estudo transversal são vários os meios de recolha de informação que poderão ser utilizados junto da população, recorrendo-se no presente estudo à aplicação de escalas/índices de avaliação e questionários, bem com à observação.

A metodologia de investigação utilizada é a metodologia quantitativa que pretende descrever e quantificar as variáveis em estudo. Pois o método de investigação quantitativo está intimamente ligado ao paradigma positivista, que tem a sua origem nas ciências físicas, menciona que a verdade é absoluta e que os factos existem independentemente dos contextos histórico e social e do investigador, podendo ser isolados e consequentemente podendo ser medidos (Fortin, 2009).

O método quantitativo é caracterizado pela medida de variáveis e pela consequente obtenção de resultados numéricos que são suscetíveis de serem generalizados a outras populações. De acordo com Fortin (2009, p.27) “o método quantitativo visa, sobretudo, explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos”. Ainda de acordo com a mesma autora

*“a investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas. Desta forma, as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas, abstraindo-se da situação em que se encontram os participantes”.* (p.29-30)

Alguns dos objetivos da investigação quantitativa passam pelo estabelecimento de fatores, por colocar em evidência relações entre variáveis através da verificação de hipóteses e por verificar teorias. Pretende-se assim a obtenção de resultados que poderão posteriormente ser utilizados no plano prático, podendo, em determinados casos, serem utilizados para melhoria das situações estudadas (Fortin, 2009).

#### 9.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de uma investigação corresponde ao conjunto total de indivíduos ou de objectos que apresentam características semelhantes e sobre os quais se pretende retirar

conclusões (Hill & Hill, 2005). Fortin (2009) define dois tipos de população, nomeadamente a população alvo (corresponde à população que o investigador pretende estudar e sobre a qual pretende fazer generalizações) e a população acessível (que é uma fracção da população alvo que se encontra ao alcance do investigador, podendo ser por exemplo limitada a uma região ou instituição). A população pretendida para a realização deste projeto são os grupos de idosos utentes do lar e centro de dia no concelho de VRSA, e no concelho de Castro Marim, bem como os utentes do serviço de apoio domiciliário da ABESFA.

Como dificilmente é possível estudar por inteiro uma população, o investigador constitui uma amostra. Segundo Fortin (2009, p. 55), a amostra é “a fracção da população que constitui o objeto de estudo”. Alguns dos aspetos a ter em conta, relativamente à determinação do tamanho da amostra, prendem-se com: o objetivo do estudo, o número de variáveis existentes, o tipo de estudo, o nível de significância e o efeito esperado (Fortin, 2009).

De acordo com Hill e Hill (2005) o investigador utiliza os dados obtidos através da amostra para analisar, tirar conclusões e extrapolar as conclusões para o Universo, mas para que tal facto ocorra com sucesso é necessário que a amostra seja representativa da população. Também Fortin (2009, p.55) dá ênfase à importância da representatividade da amostra, ao referir que “a representatividade é uma qualidade essencial da amostra (...)”, pois só assim será possível aceitar com razoável confiança que as conclusões obtidas possam ser extrapoladas.

Para uma amostra ser representativa de uma população é necessário que a mesma e a população sejam muito semelhantes em termos de características relevantes para o estudo. Quanto maior for a amostra maior representatividade fornecerá da população. (Hill & Hill, 2005).

Assim, e para que a amostra e a população sejam o mais homogéneas possível, recorre-se a critérios que permitam definir as características a encontrar nos elementos constituintes da amostra (Fortin, 2009). Neste contexto a escolha da amostra deverá obedecer a uma lista de critérios de seleção. Deste modo, na escolha da amostra, para o presente estudo, tiveram-se em conta os seguintes requisitos:

- Ser idoso (igual ou superior a 65 anos de idade);
- Nacionalidade Portuguesa;
- Ser utente do lar e do centro de dia de VRSA, lar e centro de dia de Castro Marim e do serviço de apoio domiciliário da ABESFA;

- Não se encontrar em situação de total dependência nas suas AVD e AIVD.
- Apresentar função cognitiva adequada para colaborar com as indicações verbais fornecidas, permitindo a participação no estudo.

A amostra deste estudo é representativa da população estudada na medida em que todos os idosos, que fazem parte da população, tinham a mesma possibilidade de fazer parte da amostra desde que cumprissem os critérios de inclusão delineados para o estudo. Quer a população quer a amostra têm em comum a idade superior a 65 anos, a nacionalidade portuguesa, a tipologia de internamento e o facto de não se encontrarem em situação de total dependência na execução das suas AVD.

Contudo, os indivíduos que participaram no estudo não são, no todo, similares àqueles que não participaram, no sentido em que o presente estudo não abrangeu os idosos com défice cognitivo.

Na presente investigação foram inquiridos 38,48% dos elementos da população recorreu-se a um método de amostragem por conveniência. Neste tipo de método são escolhidos os casos que estão mais facilmente disponíveis.

A seleção da amostra foi efetuada obedecendo aos critérios de inclusão no estudo, assim como à vontade/disponibilidade do utente e da instituição em participar. A amostra englobou o maior número de elementos possível para, deste modo, tentar ser representativa da população.

Inicialmente o presente estudo visava apenas o concelho de VRSA, tendo posteriormente sido alargado também ao concelho de Castro Marim. O motivo de se ter alargado o estudo ao concelho de Castro Marim prendeu-se com o facto de, aquando da realização das entrevistas junto dos diretores técnicos do lar de VRSA e do lar de Manta Rota, ter sido fornecida informação mais específica das características dos elementos institucionalizados. Esta informação revelou a existência de um grande número de idosos com demências internados na instituição e, conseqüentemente, com alterações a nível cognitivo que dificultariam a implementação dos questionários e tornariam a amostra muito pequena. Assim a população em estudo ficou constituída pelos idosos utentes do lar de VRSA, centro de dia de VRSA, lar e centro de dia de Manta Rota, lar e centro de dia de Castro Marim e ABESFA, num total de 291 idosos.

Aquando das entrevistas junto da direção técnica, de cada instituição, foi possível tomar conhecimento do número de elementos que beneficiavam dos cuidados/serviços, bem como do número aproximado de indivíduos que, segundo o diretor técnico das

instituições, estariam em condições de participar no estudo desenvolvido, tendo em conta os critérios de inclusão.

Deste modo, no Lar Alonso Vasquez encontravam-se internados 55 idosos, dos quais à partida só 12 teriam condições para participar no estudo. Porém, aquando da implementação dos questionários, após o contacto individual com os participantes na amostra, foi possível a participação de 18 indivíduos. No Lar Dr. José Colaço Fernandes encontravam-se internados 36 idosos, dos quais à partida só 6 teriam condições para participar no estudo, contudo foi possível a implementação de 12 questionários. Por sua vez usufruíam dos serviços da ABESFA 80 pessoas idosas, das quais, à partida, apenas 30 teriam capacidades para participar no estudo, mas obteve-se a colaboração de 32 pessoas.

De um modo geral, foi possível implementar a resposta a mais questionários do que aqueles que, de acordo com a direção técnica de cada instituição, seriam possíveis de realizar. Tal facto prendeu-se com o tempo disponibilizado para a realização de cada questionário e pela estimulação dos idosos a colaborarem no estudo.

Na tabela nº 9. 6 é possível visualizar, na segunda coluna, o número de indivíduos institucionalizados em cada instituição e na quarta coluna o número de idosos que colaboraram na implementação dos questionários. Também é possível visualizar em termos percentuais, em cada instituição, a população e a amostra, de acordo com o respetivo número de utentes (coluna três e cinco respetivamente).

**Tabela nº 9. 6**– Distribuição da população e da amostra em estudo

	População		Amostra	
	N	%	N	%
<b>Lar Dr. Alonso Vasquez - VRSA (internamento)</b>	55	18.9	18	16.1
<b>Centro de dia de VRSA</b>	36	12.4	15	13.4
<b>Lar Dr. José Colaço Fernandes - Manta Rota (internamento)</b>	36	12.4	12	10.7
<b>Lar Dr. José Colaço Fernandes - Manta Rota (centro de dia)</b>	17	5.8	5	4.5
<b>Lar da Santa Casa da Misericórdia de Casto Marim (internamento)</b>	47	16.1	20	17.8
<b>Lar da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim (centro de dia)</b>	20	6.9	10	8.9
<b>ABESFA</b>	80	27.5	32	28.6
<b>Total</b>	291	100	112	100

A amostra ficou constituída por 112 pessoas idosas (38.5% da população total) distribuídas pelas várias instituições. Para além dos 112 idosos foram ainda inquiridos mais 3 que ficaram fora da amostra: 2 por dados incompletos, uma vez que eram utentes de um centro de dia e o momento de realização do questionário coincidiu com a hora de partida da carrinha que os conduziria aos domicílios, o terceiro por ter idade inferior a 65 anos.

Encontramos ainda, no Lar de Castro Marim, 2 utentes que recusaram responder às questões. Um por receio que os dados fornecidos fossem utilizados para outro fim e o outro por referir não saber responder às questões colocadas. Na ABESFA também um utente recusou responder ao questionário com receio que os seus dados fossem utilizados com outra finalidade que não a do estudo. Os restantes 112 utentes, que constituem a amostra, responderam de livre vontade, após serem esclarecidos sobre todo o procedimento.

Alguns utentes, nas diferentes instituições, manifestaram vontade em responder ao questionário, mas em conversa mais formal, foi perceptível que estes apresentavam períodos de confusão/desorientação o que iria interferir com a correta aplicação dos questionários.

Foram, ainda, tidas em conta as entrevistas efetuadas aos elementos da direção das instituições que colaboraram no estudo.

## 9.5. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

Segundo Fortin (2009, p.180), “quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser considerada no respeito dos direitos da pessoa”. De acordo com a referida autora, ao serem estudados fenómenos biopsicossociais, os investigadores poderão causar danos na integridade ou na vida privada da pessoa podendo mesmo chegar a causar-lhe algum tipo de prejuízo.

Uma investigação implica, sempre, questões morais e éticas a partir do momento em que é efetuada junto de seres humanos. Por este facto o consentimento informado faz parte do presente estudo. Pretende-se que a pessoa envolvida obtenha toda a informação essencial sobre o estudo, conheça o conteúdo do mesmo e compreenda bem o seu envolvimento no processo de investigação. De igual modo, pretende-se manter a confidencialidade dos dados recolhidos, pois estes referem-se à gestão das informações

personais que foram fornecidas pelos participantes. Assim o investigador manterá em sigilo os dados obtidos durante e após o estudo, não podendo comunicá-los a não ser com a autorização dos participantes.

Para a realização do estudo e utilização de dados obtidos, foram dirigidos pedidos de autorização ao provedor da Santa Casa da Misericórdia de VRSA, ao provedor da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim e ao presidente da ABESFA (anexo I), bem como às pessoas que fizeram parte da amostra. De igual modo foi elaborado um documento de consentimento informado, por escrito, com a finalidade de garantir aos participantes o anonimato, a confidencialidade dos dados e os requisitos necessários para a sua participação no estudo (anexo III). A informação fornecida foi exclusivamente utilizada no âmbito da presente investigação.

Para além de terem sido efetuados os pedidos, por escrito, às instituições envolvidas na investigação, houve também uma reunião prévia com os responsáveis de cada instituição, com a finalidade de informá-los dos objetivos do estudo. Aos idosos foi-lhes explicado que a sua participação era de carácter voluntário e que poderiam desistir de responder ao questionário no momento que desejassem.

Deste modo, durante a implementação do presente estudo, foram tidos em consideração valores como o respeito, o profissionalismo, a confidencialidade e a empatia.

## 9.6. VARIÁVEIS

Na sequência da presente investigação científica emerge a necessidade de estabelecer uma relação entre determinados fenómenos e as variáveis.

As variáveis correspondem a uma qualidade, propriedade ou a uma característica atribuída a pessoas ou acontecimentos que constituem o objeto da investigação e que podem variar no tempo. As variáveis podem ser controladas, manipuladas ou medidas, podendo adquirir diferentes valores. Podem, ainda, ser classificadas de acordo com o papel que exercem na investigação, existindo diferentes tipos de variáveis (variáveis independentes, dependentes, de investigação, estranhas e de atributo) (Fortin, 2009).

De entre os diferentes tipos de variáveis existem dois que se destacam, são elas as variáveis dependentes e as variáveis independentes. A variável independente é aquela que, numa investigação, é manipulada pretendendo exercer um efeito sobre outra variável. Por sua vez a variável dependente é a que sofre os efeitos da variável independente, é a variável que o investigador pretende avaliar (Fortin, 2009).

No presente estudo a variável dependente é a capacidade funcional. Para se proceder a sua avaliação utilizou-se o Índice de Barthel. Apesar da capacidade funcional ser a nossa variável dependente principal, ao nível da análise dos resultados a qualidade de vida adquiriu, por vezes, também o papel de variável dependente.

Tendo em conta que a capacidade funcional pode estar relacionada com uma panóplia de fatores, foram definidas como variáveis independentes:

- A existência de rampas de acesso;
- A existência de portas largas;
- A existência de camas articuladas;
- A tipologia do internamento;
- O género;
- A idade;
- O estado civil;
- Tipologia de acompanhamento do idoso no domicílio.

## 9.7. HIPÓTESES

Numa investigação as hipóteses consistem numa previsão experimental entre duas ou mais variáveis. De um modo geral, as hipóteses de investigação traduzem o enunciado do problema para uma previsão precisa dos resultados esperados. A hipótese é posteriormente sujeita ao teste empírico através da realização de colheita e análises de dados (Polit & Hungler, 1995). A hipótese de investigação pode ser definida de acordo por Fortin (2009, p. 47) “como um resultado antecipado das relações entre variáveis. A hipótese estabelece uma ligação de associação ou de causalidade entre variáveis”.

A formulação de uma hipótese deverá satisfazer algumas condições, nomeadamente, deverá ser clara (formulada de forma afirmativa e deverá colocar em

evidência as variáveis), ser plausível (deverá dizer respeito ao fenómeno que se pretende explicar), ser verificável (deverá ser possível de verificar através da análise da base de dados) e ser apoiada em bases teóricas (deverá ter por finalidade explicar o fenómeno em estudo) (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009) numa investigação podem ser formuladas várias hipóteses. Os resultados que são obtidos, através da verificação das hipóteses formuladas, apenas infirmam ou confirmam as mesmas, nunca podendo ser considerados como resultados absolutos nem definitivos.

De acordo com os objetivos definidos, para o presente estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses:

**Objetivo 1 - *Compreender de que forma o contexto institucional se encontra relacionado com a capacidade funcional da pessoa idosa.***

**H<sub>1.1</sub>** – A presença de rampas de acesso nas instituições relacionam-se positivamente com a capacidade funcional da pessoa idosa.

**H<sub>1.2</sub>** – A existência de portas largas relacionam-se positivamente com a capacidade funcional da pessoa idosa.

**H<sub>1.3</sub>** - A existência de camas articuladas relacionam-se positivamente com a capacidade funcional da pessoa idosa.

**H<sub>1.4</sub>** - Existem diferenças entre a capacidade funcional dos idosos institucionalizados em lar, centro de dia e SAD.

**Objetivo 2 – *Conhecer quais as principais características individuais do idoso que estão relacionadas com a sua capacidade funcional.***

**H<sub>2.1</sub>** – O género está relacionado com a capacidade funcional da pessoa idosa.

**H<sub>2.2</sub>** – A idade relaciona-se negativamente com a capacidade funcional da pessoa idosa.

**H<sub>2.3</sub>** - O estado civil está relacionado com a capacidade funcional da pessoa idosa.

**H<sub>2.4</sub>** - Viver sozinho relaciona-se positivamente com a capacidade funcional da pessoa idosa.

**Objetivo 3 – *Conhecer a relação existente entre a capacidade funcional e a qualidade de vida na pessoa idosa.***

**H<sub>3.1</sub>** – A perda de autonomia traduz-se numa pior perceção da qualidade de vida na pessoa idosa.

## 9.8. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados tem como objetivo reunir a maior informação possível sobre o fenómeno em estudo. Assim, de uma forma sequenciada, o processo começou com a definição do tema do trabalho. Inicialmente prendia-se apenas estudar a capacidade funcional no idoso, mas para tornar o estudo mais completo optou-se por estudar também a qualidade de vida, uma vez que na literatura a qualidade de vida encontrar-se relacionada com a capacidade funcional.

O segundo passo foi a escolha da instituição onde seria realizado o estudo. Foram escolhidas instituições sedeadas no concelho de VRSA. A escolha prendeu-se com o facto do investigador ser natural deste concelho e conhecer as instituições que respondem às necessidades apresentadas pela população mais envelhecida. Contudo, houve a necessidade de expandir a amostra para a tornar mais representativa. Pela proximidade foi escolhido o concelho de Castro Marim. Nos dois concelhos escolheram-se as instituições dependentes da Santa Casa da Misericórdia. Foi também escolhida a ABESFA, instituição inserida no concelho de Casto Marim, por prestar apenas serviço de apoio domiciliário, numa vasta área geográfica, abrangendo um número considerável de idosos.

Após a seleção da população pretendida procedeu-se ao envio de ofícios, a solicitar autorização para aplicar os questionários (anexo I). Estes foram dirigidos ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de VRSA, ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim e ao Presidente da ABESFA.

As autorizações das instituições ocorreram do seguinte modo: via telefone por parte da direção da Santa Casa da Misericórdia de VRSA e através de contacto pessoal por parte dos membros da direção da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim e da ABESFA.

A Santa Casa da Misericórdia de VRSA e de Castro Marim formalizaram a autorização, para a realização do estudo, por escrito (anexo II), para deste modo o investigado poder frequentar as instituições.

Após a obtenção das autorizações, para implementação do estudo, procedeu-se à marcação de uma reunião com o diretor/técnico responsável de cada instituição com a finalidade de conhecer o espaço físico, as características institucionais, e o público-alvo.

Depois de realizada a primeira reunião em cada instituição (processo que decorreu entre os meses de Setembro - Novembro) procedeu-se à escolha/formulação dos

instrumentos de colheita de dados que seriam utilizados. Para obtenção do WHOQOL-bref, validado para Portugal, foi necessário, em Dezembro de 2011, enviar um e-mail direccionado à Professora Doutora Cristina Canavarro a solicitar a autorização para a sua utilização (anexo IV). Houve um segundo contacto, via e-mail, anexando um questionário contendo os dados necessários para o fornecimento do material pretendido (anexo V). Este foi gentilmente cedido, poucos dias depois, via e-mail (anexo VI).

A implementação dos instrumentos de colheita de dados teve início, em Janeiro de 2012, no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim. O processo começou com uma reunião com a diretora técnica que demorou cerca de 45 minutos, durante a qual foi implementado um questionário institucional a fim de caracterizar a organização. Posteriormente, foram agendados com a direção, consoante a disponibilidade da instituição, os dias nos quais seriam implementados os questionários junto dos idosos.

Durante o período de aplicação dos questionários ocorreram contratempus que dificultaram o processo de recolha de dados. Houve um dia, em que não foi possível aplicar os questionários por ter sido chamado o INEM para socorrer um utente. Este facto gerou um clima de stress quer para os idosos quer para os funcionários. Outro contratempo prendeu-se com a semana do Carnaval, na qual, pela comemoração da efeméride, não foi possível a implementação dos instrumentos de recolha de dados.

A recolha de dados, junto dos idosos, decorreu sempre no período da tarde, geralmente entre as 15h e as 18h, para não interferir com a hora de levantar e com as higiènes matinais. A aplicação dos instrumentos de colheita de dados demorou em média cerca de 20 minutos por pessoa.

Nesta instituição, os idosos institucionalizados em Centro de Dia encontravam-se junto dos idosos institucionalizados em lar, pelo que ao aplicar os questionários houve o cuidado de distinguir o tipo de internamento.

Após a recolha de dados no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Castro Marim contactou-se pessoalmente a direção do Lar da Manta Rota, agendando-se o início da implementação dos questionários. Foram escolhidos os dias consoante a disponibilidades da instituição, dando preferência ao período da tarde, por ser o período em que os idosos estão menos ocupados. O primeiro dia de recolha de dados, junto dos idosos, coincidiu também com a implementação do questionário institucional. Este foi efetuado em cerca de 30 minutos. Seguiu-se uma visita guiada, pelas instalações, durante a qual foram apresentando os utentes e mencionados os que, à partida, teriam melhores capacidades cognitivas para participar no estudo.

A implementação dos questionários foi efetuada nos dias agendados, entre as 15h e as 18h, distinguindo os idosos institucionalizados em centro de dia dos institucionalizados em lar. Na aplicação dos instrumentos de recolha de dados não existiram contratempos. Os idosos que se encontravam a realizar tarefas de carácter lúdico, após uma abordagem, na qual se esclareceu o pretendido, mostraram disponibilidade para participar no estudo.

Seguiu-se o Centro de Dia de VRSA. Houve um contacto pessoal com a direção durante o qual se realizou o questionário institucional. Foram combinados os dias para implementação dos instrumentos de recolha de dados junto dos idosos, dando preferência ao horário da tarde (das 14h às 16h, depois dessa hora os idosos regressam aos domicílios), para não colidir com a hora da higiene e por os utentes estarem em maior número de tarde.

O primeiro dia foi marcado por um contratempo. A instituição neste dia não tinha recebido idosos. Tinha ocorrido uma pequena inundação das instalações na sequência da rotura de um cano da água. Outro contratempo sucedeu quando ao chegar à instituição, na hora combinada, estava presente uma turma de 1º ciclo para dinamizar atividades, relacionadas com o dia do pai. Os restantes dias foram pautados pela normalidade e pela cordial receção por parte funcionários e idosos que, apesar de se encontrarem a realizar atividades como jogar dominó, cartas, fazer tricô, pintar, disponibilizaram-se a colaborar.

Seguiu-se o lar de VRSA tendo também neste existido um contacto prévio e pessoal com os elementos dirigentes da instituição. Foi aplicado o questionário institucional e agendada a implementação dos instrumentos de colheita de dados junto dos utentes. Essa colheita decorreu sem contratempos, entre as 15h e as 18h, demorando em média 20 minutos por utente.

É de referir que no primeiro dia, que teve início o estudo nesta instituição, o idoso que respondeu ao primeiro questionário passou a acompanhar o investigador mostrando o espaço físico, os trabalhos expostos e procedendo à apresentação dos outros idosos.

Por fim efetuou-se a colheita de dados junto da população beneficiária dos serviços da ABESFA. Esta instituição foi a última por implicar deslocações maiores (deslocação ao Azinhal e posteriormente aos domicílios) o que exigiu, maior disponibilidade de tempo.

Através do contacto telefónico, com a assistente social da instituição, foi marcada a primeira reunião. Nesta foi aplicado o questionário institucional e feita a calendarização das visitas aos domicílios. Este facto dificultou a investigação sendo complicado conciliar os horários de modo a fazer coincidir a disponibilidade do investigador com os dias de trabalho da assistente social, uma vez que o faz em part-time (segundas, quartas e sextas).

As deslocções até aos utentes foram sempre nos dias marcados, na companhia da assistente social, numa carrinha da instituição. Esperava-se até uma carrinha ficar disponível para a poder utilizar, o que só ocorria após as 15h (ocorreram atrasos de cerca de meia hora). Foi despendido muito tempo no caminho, pois as aldeias eram dispersas. Muitas vezes percorreram-se dezenas de Km para visitar apenas um idoso.

As visitas aos utentes foram efetuadas entre as 15h e as 17h. Tendo-se aplicado em média 4 questionários por dia, demorando cada um cerca de 30 minutos.

A recolha de dados, nesta instituição, decorreu de Maio a Julho. Demorando mais tempo devido às deslocções em consequência da dispersão geográfica da população idosa. Contudo, foi gratificante a visita aos domicílios, pela forma amável como fomos recebidos, pela disponibilidade em colaborar, pela possibilidade de observar *in loco* as condições em que os idosos vivem, bem como em testemunhar a importância da instituição para as populações isoladas.

Todos os documentos solicitados às instituições foram prontamente disponibilizados. No decorrer do estudo o investigador procurou não perturbar o normal funcionamento das atividades e respeitar a decisão dos utentes.

## **9.9. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

De acordo com Fortin (2009) os dados são elementos de informação que são colhidos junto dos participantes, sendo uma etapa da investigação que poderá levar muito tempo. São vários os tipos de métodos de colheita de dados existentes, utilizando a maioria das investigações mais do que um.

Atendendo às características do estudo, procedeu-se à aplicação de questionários institucionais, (de forma a recolher informação sobre as características das instituições), à aplicação de questionários sociodemográficos, bem como à aplicação do Índice de Barthel (para avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa) e à aplicação da WHOQOL-bref (para avaliação da qualidade de vida).

A aplicação dos instrumentos acima mencionados foi efetuada através de entrevistas. As questões foram colocadas oralmente aos intervenientes no estudo para,

deste modo, facilitar a sua aplicação. Foi importante para o estudo, a fim de minimizar erros, a observação do comportamento dos idosos na instituição e o esclarecimento de algumas dúvidas junto dos profissionais de cada instituição.

### **9.9.1. Questionário Institucional e Questionário Sociodemográfico**

Foi desenvolvido um questionário institucional (anexo VII) com questões abertas e fechadas cuja finalidade assenta na colheita de informações sobre as instituições de forma a possibilitar a caracterização das mesmas. Neste âmbito, o citado questionário foi aplicado ao responsável de cada instituição. As principais questões colocadas foram relativas às valências da instituição; à capacidade da instituição por valência; ao número de funcionários em cada turno; à existência de rampas de acesso; à existência de camas articuladas; à largura das portas; horário das visitas e principais atividades desenvolvidas.

Procedeu-se também ao desenvolvimento de um questionário sociodemográfico (anexo VIII), constituído por questões de fácil compreensão, com o intuito de se caracterizar a amostra em estudo. Este foi aplicado oralmente junto dos elementos constituintes da amostra, tendo-se o cuidado de falar pausadamente e, quando necessário, adaptando a linguagem de modo a ser mais facilmente compreendida. Deu-se ênfase às questões relacionadas com a idade, o género, o estado civil, o nível de escolaridade, motivo de internamento em lar, centro de dia e SAD, de quem partiu a ideia de internamento, a prática de atividades e à preferência do idoso face às atividades.

### **9.9.2. Índice de Barthel**

O Índice de Barthel (anexo IX) é utilizado internacionalmente para avaliação da independência funcional e da mobilidade. É um instrumento que faz a avaliação da capacidade funcional através do nível de dependência dos indivíduos para a realização das

AVD. Através dele obtêm-se diferentes pontuações (Ruzafa & Moreno, 1997 e Minosso, Amendola, Alvarenga & Oliveira, 2010).

O Índice de Barthel é composto por 10 AVD: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação (Sequeira, 2010). Este índice começou a ser utilizado em 1955 em doentes crónicos, principalmente com problemas relacionados com transtornos musculares e musculoesqueléticos, internados em meio hospitalar. Tinha como finalidade obter a média da capacidade funcional desses doentes, avaliando a sua evolução ao longo do programa de reabilitação (Ruzafa & Moreno, 1997).

A versão original, desenvolvida pelo D. W. Barthel e F. I. Mahoney em 1965, apresenta um score que oscila entre 0 a 100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência. Assim 0 representa a máxima dependência para todas as AVD avaliadas e 100 representa a independência total (Pereira et al., 2009 e Sequeira, 2010).

De acordo com Sequeira (2010) cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência sendo pontuadas com valores em que 0 corresponde a uma situação de total dependência e a independência é pontuada com valor de 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação.

Em 1988, Wade e Collin desenvolveram a versão modificada, que torna a escala mais simplificada, com um score que varia de 0 a 20 pontos (com uma pontuação de 0, 1, 2, ou 3 pontos), representando 0 o indivíduo totalmente dependente e 20 o indivíduo que é totalmente independente (Pereira et al., 2009).

O Índice de Barthel foi validado - para a população portuguesa através de um estudo desenvolvido por Araújo et al. no ano de 2007 denominado “*Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*”. Como já vimos anteriormente é amplamente utilizado em Portugal, sobretudo em contexto hospitalar, onde a versão mais utilizada é a modificada por Wade e Collin (Pereira et al., 2009).

O Índice de Barthel é considerado, por muitos autores, o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD, pois permite, determinar as incapacidades específicas do indivíduo, facilitando a implementação e planeamento dos cuidados a prestar. Possibilita avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa e determinar o grau de dependência de um modo global e parcelar para cada atividade. Assume elevada fidelidade e validade, sendo também de fácil aplicação e baixo custo, permitindo uma análise longitudinal (Pereira et al., 2009 e Sequeira, 2010).

Araújo et al. (2007) salientam que alguns autores utilizam o valor que resulta da diferença entre o score no momento da alta e o score no momento da admissão para analisar o impacto da intervenção na capacidade funcional. Nesta análise um valor positivo corresponde a uma melhoria na capacidade funcional e um resultado negativo corresponde a uma deterioração no estado funcional do indivíduo. Referem ainda que um desvio-padrão no valor de 0,2 corresponde a um efeito pequeno da intervenção, de 0,5 corresponde a um efeito moderado e de 0,8 corresponde a um efeito significativo.

O Índice de Barthel é considerado um instrumento fiável, que permite uma fácil avaliação do grau de autonomia da pessoa idosa. Quanto à duração da aplicação desta escala demora, em média, cerca de dez minutos e não necessita de treino prévio, por parte do observador. Como já referimos, é um instrumento de baixo custo, de fácil aplicação e interpretação, podendo ser utilizado periodicamente. Não requer uma adaptação linguística propriamente dita, já que se baseia na observação da realização das atividades ou na consulta dos cuidadores (Ruzafa & Moreno, 1997 e Araújo et al., 2007).

Aquando da aplicação deste índice é essencial proceder-se à avaliação de cada item individualmente para além da interpretação global dos resultados obtidos. A avaliação individual permite identificar onde se encontra a incapacidade. Assim, apesar de duas pessoas apresentarem o mesmo valor global de pontuação, não quer dizer que apresentem as mesmas necessidades. Elas podem necessitar de cuidados diferenciados de acordo com as atividades nas quais demonstraram maior incapacidade. O profissional de saúde deve direccionar os seus esforços para a promoção do máximo de autonomia funcional em cada atividade da vida diária (Ruzafa & Moreno, 1997 e Araújo et al., 2007).

### **9.9.3. WOQOL-bref**

A avaliação da qualidade de vida é uma importante medida para a avaliação da saúde. No início dos anos 90 a Organização Mundial de Saúde constituiu um grupo denominado por WHOQOL group, formado por elementos de 15 culturas diferentes, com a finalidade de debater o conceito de qualidade de vida e desenvolver um instrumento para a avaliação da mesma. A construção do referido instrumento de avaliação surge num

contexto de falta de precisão conceptual quanto ao conceito de qualidade de vida e da existência de uma panóplia de instrumentos de avaliação sem base conceptual (Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2008 e Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010).

A OMS inicialmente procedeu à elaboração de um instrumento de avaliação da qualidade de vida, constituído por 100 questões (WHOQOL-100), mas dada a necessidade de aplicação de um instrumento mais curto, que demorasse menos tempo no seu preenchimento, mas que mantivesse as características psicométricas satisfatórias, emergiu a criação do WHOQOL-bref (anexo X), onde o carácter abrangente do WHOQOL-100 deveria ser preservado. Assim, o critério de seleção de itens, para a sua construção, foi de carácter conceptual e psicométrico. Estes instrumentos podem ser utilizados quer em estudos com populações saudáveis como em populações com presença de doenças crónicas graves (Fleck et al., 2000; Moreno et al., 2006 e Braga et al., 2011).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida do WHOQOL-group são os mais utilizados mundialmente, pois têm um carácter transcultural e valorizam a perceção individual. Estes instrumentos podem ser aplicados em diversos grupos e situações (Canavarro et al., 2010 e Braga et al., 2011).

O WHOQOL- bref é composto por um total de 26 questões, extraídas da WHOQOL-100, nas quais se obtiveram os melhores desempenhos psicométricos. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de um modo geral e a segunda questão à satisfação com a própria saúde. As restantes 24 questões encontram-se divididas em quatro domínios, nomeadamente: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As escalas de resposta são do tipo likert com cinco opções de resposta. Correspondendo as pontuações maiores a uma melhor qualidade de vida. (Fleck et al., 2000; Silveira 2007; Braga et al., 2011; Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco & Bunout, 2011).

De acordo com Fleck et al. (2000) o instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde constitui uma boa alternativa nas situações em que a versão mais longa é de difícil aplicabilidade, como é o caso da realização de estudos epidemiológicos ou no caso de investigações com aplicação de múltiplos instrumentos de avaliação.

Este instrumento já foi traduzido em vários idiomas e validado em vários países. Pois a existência de contextos culturais diferentes, bem como as variações linguísticas criaram essa necessidade. Em Portugal, o desenvolvimento de uma versão do instrumento para português, ficou a cargo do Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida (Canavarro et al., 2008 e Canavarro et al., 2010).

## 9.10. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Após a recolha dos dados é necessário proceder à sua organização e análise. Para isso recorre-se ao uso de técnicas estatísticas que permitam descrever a amostra e as diferentes variáveis (Fortin, 2009).

No estudo, após a recolha dos dados realizada através da aplicação dos respectivos instrumentos, procedeu-se à análise e interpretação dos mesmos. Foi criada uma base de dados utilizando o programa informático Statistical Package for the Social Sciences 17 (um programa informático para o estudo estatístico em ciências sociais, vulgarmente designado por SPSS) e posteriormente analisadas as várias variáveis e os resultados obtidos.

## **Parte III – Análise e Discussão de Resultados**

## **10. ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS OBTIDOS**

No presente capítulo será efetuada a análise descritiva dos resultados obtidos, através dos instrumentos de recolha de dados que foram aplicados, tendo em conta as variáveis em estudo.

Para o tratamento e análise dos dados obtidos recorreu-se à utilização do programa estatístico SPSS 17. Para a apresentação dos resultados optamos pela utilização de tabelas. A apresentação, da informação recolhida, através de tabela permite-nos mais facilmente relacionar os dados, fazer comparações e colocar em evidência as comparações estabelecidas, facilitando a respetiva descrição e análise.

De acordo com Fortin (2009) a análise descritiva é utilizada com o objetivo de resumir os resultados obtidos através de medidas de tendência central e de dispersão. Pretende descrever as características da amostra estudada, assim como responder às questões de investigação, tendo como objetivo “destacar o conjunto dos dados brutos, tirados de uma amostra, de maneira que sejam compreendidos tanto pelo investigador como pelo leitor” (p.411).

Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos de forma a tornar a análise descritiva mais clara. Assim no primeiro subcapítulo serão analisados os dados referentes às características das instituições; no segundo subcapítulo os dados relacionado com as características dos sujeitos da amostra e no terceiro os dados referentes aos instrumentos aplicados (Índice de Barthel e WHOQOL-bref).

### **10.1. ANÁLISE DESCRITIVA DAS INSTITUIÇÕES**

O presente subcapítulo refere-se à análise descritiva das variáveis relacionadas com as características das instituições. Neste, apenas serão feitas as descrições relacionadas com o lar e o centro de dia, não sendo englobadas as variáveis institucionais relacionadas

com a instituição que apenas presta apoio domiciliário, por esta instituição não possuir um espaço físico para permanência de idosos.

É importante referir que a amostra de 112 idosos encontra-se distribuída, de acordo com a tipologia de cada instituição, da seguinte forma: 50 idosos internados em lar o que corresponde a 44,6% da amostra; 30 idosos internados em centro de dia o que corresponde a 26,8% da amostra e 32 idosos recebem apoio domiciliário o que corresponde a 28,6% da amostra. Assim, não englobando os idosos que recebem apoio domiciliário, a nossa amostra fica constituída por 80 indivíduos.

Optou-se por dividir este subcapítulo em duas partes, na primeira far-se-á a análise das acessibilidades de cada instituição e na segunda analisar-se-ão as variáveis relacionadas com a parte social das mesmas instituições.

### 10.1.1. Acessibilidade das instituições

A acessibilidade nas instituições refere-se às variáveis ligadas à instituição, mas que, por sua vez, estão relacionadas com características que poderão tornar a instituição mais acessível e conseqüentemente mais adaptada às necessidades do público-alvo. A falta de acessibilidade é a principal barreira enfrentada por idosos que convivem com algumas limitações físicas. Estes indivíduos precisam que sejam adequados os espaços às suas necessidades tendo em vista o conforto e a segurança de modo que o ambiente em que vivem seja mais funcional.

Tabela nº 10. 7– Distribuição das variáveis ligadas a aspetos físicos da instituição

Características		N	%
Valências	Apoio domiciliário, internamento em lar e internamento em centro de dia	47	58,75
	Apoio domiciliário, apoio domiciliário integrado e internamento em centro de dia	15	18,75
	Internamento em lar e centro de dia	18	22,5
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
Número de funcionários	28	17	21,25
	30	15	18,75
	32	18	22,5
	37	30	37,5
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

<b>Número de funcionários por turno</b>	4M 3T 2N	30	37,5
	3M 2T 2N	17	21,25
	Variável	33	41,25
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Serviços prestados</b>	Alimentação, higiene e conforto, saúde, lavanderia e lazer	80	80
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Rampas de acesso</b>	Não	32	40
	Sim	48	60
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Portas Largas</b>	Sim	62	77,5
	Algumas	18	22,5
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Camas articuladas e com grades</b>	Não	30	37,5
	Sim	35	43,8
	Não se aplica	15	18,8
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Barras de apoio no WC</b>	Sim	80	100
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Espaços ao ar livre</b>	Não	30	37,5
	Sim	50	62,5
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Analisando a tabela nº 10. 7 podemos concluir que relativamente às valências existem três grupos: um grupo constituído pelas instituições que têm ao mesmo tempo valências de internamento em lar, internamento em centro de dia e apoio domiciliário, onde estão institucionalizados 47 idosos, correspondendo a 58,75% dos 80 idosos internados em lar e centro do dia. Uma instituição que para além de ter internamento em centro de dia tem ainda apoio domiciliário e apoio domiciliário integrado, onde estão institucionalizados 15 idosos, correspondendo a 18,75% dos idosos institucionalizados. E uma terceira instituição que concilia apenas a valência de internamento em lar e centro de dia, com 18 idosos institucionalizados o que corresponde a 22,5% dos idosos internados em lar e centro de dia, que constituem a amostra.

Relativamente ao número total de funcionários que trabalham nas instituições estudadas, existem instituições com 28, 30, 32 e 37 funcionários o que corresponde a uma percentagem de 21,25%, 18,75%, 22,5% e 37,5% respetivamente, para a amostra de 80 idosos internados e que beneficiam dos cuidados/apoios prestados pelos funcionários dessas instituições.

O número de funcionários, que presta cuidados diretos ao idoso institucionalizado (ajudantes de lar/centro de dia), é dividido pelos turnos da manhã, tarde e noite de acordo com as características de cada instituição. Assim verifica-se que há instituições com 4 auxiliares de manhã, 3 à tarde e 2 à noite, correspondendo a 37,5% dos idosos

institucionalizados. Outras têm 3 ajudantes de lar/centro de dia de manhã, 2 à tarde e 2 à noite, correspondendo a 37,5% dos idosos internados. Existem ainda instituições em que o número destes funcionários, por turno, é variável. Isto é: varia de acordo com as necessidades de cada instituição e dos idosos, o que corresponde a 41,25% dos 80 idosos internados em lar e centro de dia.

Os 80 idosos (100%) estão internados em instituições que prestam os mesmos serviços, nomeadamente: alimentação, higiene e conforto, saúde, lavanderia e lazer.

No que diz respeito à existência de rampas de acesso, nos lares e centros de dia estudados, verifica-se que 60% dos idosos encontram-se em instituições onde as rampas de acesso são uma realidade. Contrariamente há 40% dos idosos, da amostra, que não beneficiam da existência de rampas na instituição onde residem/frequentam.

Ainda no referente às características físicas das instituições, a existência de portas suficientemente largas, que permitem a passagem de idosos em cadeiras de rodas em todas as portas da instituição, é uma realidade para 77,5% dos idosos, enquanto 22,5% só beneficiam destas características em algumas portas. Por outro lado as barras de apoio nas paredes das casas de banho são uma realidade para a totalidade dos idosos (n=80), pois em todos os lares e centros de dia estudados as casas de banho apresentam-se apetrechadas com barras de apoio.

Da análise da tabela nº10.7 pode verificar-se que as camas articuladas não estão disponíveis em todas as instituições estudadas. Existem 30 idosos (37,5%) que não podem beneficiar das vantagens de camas articuladas, mas 35 idosos (43,8%) podem usufruir dos seus benefícios.

No que concerne aos espaços ao ar livre, 62,5% dos idosos podem usufruir da existência desses espaços, enquanto 37,5% não o podem fazer devido à inexistência dos mesmos nas instituições em que residem/frequentam.

### **10.1.2. Componente social das instituições**

O estudo da componente social da instituição visa a análise das variáveis ligadas a aspetos sociais da instituição, nomeadamente ao horário das visitas, à participação dos

familiares na prestação de cuidados, às principais atividades desenvolvidas e às principais patologias que os idosos apresentam (conforme informação fornecida pela instituição).

**Tabela nº 10. 8**– Distribuição das variáveis ligadas à componente social da instituição

Características		N	%
<b>Horário das visitas</b>	Flexível	47	58,8
	Rígido	33	41,3
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Participação nos cuidados</b>	Não	33	41,3
	Sim	47	58,8
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Atividades desenvolvidas</b>	Convívio, ginástica, trabalhos manuais e jogos	80	100
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Principais problemas de saúde</b>	Problemas cardiovasculares, osteoarticulares, metabólicos e de saúde mental	62	77,5
	Problemas cardiovasculares e de saúde mental	18	22,5
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Através da análise da tabela nº 10.8 é possível verificar que em todas as instituições, envolvidas no estudo (lares e centros de dia), os idosos podem receber visitas dos seus familiares e amigos. No entanto 58,8% dos idosos encontram-se institucionalizados em instituições cujo horário das visitas é flexível, possibilitando a existência de visitas fora da hora estabelecida para as mesmas, tendo em conta a disponibilidade dos familiares e respeitando sempre as rotinas da própria instituição, e 41,3% estão em instituições cujo horário destinado às visitas é mais rígido.

Relativamente à possibilidade dos familiares participarem na prestação de cuidados 41,3% dos idosos estão em instituições onde essa participação não é permitida. No entanto verifica-se que 58,8% dos utentes estão em instituições onde é permitida a participação dos familiares na prestação de cuidados ao idoso.

No que diz respeito às principais atividades desenvolvidas pelas instituições estudadas verifica-se que estas, de um modo geral, englobam atividades de convívio, ginástica, trabalhos manuais e jogos. Estas atividades estão ao alcance dos 80 idosos institucionalizados em lar e centro de dia.

De acordo com os dados expressos na tabela nº10.8, os problemas de saúde mais frequentes nos utentes podem ser subdivididos em dois grandes grupos. Assim 77,5% da amostra encontram-se no grupo de idosos que apresentam patologias relacionadas com problemas cardiovasculares, osteoarticulares, metabólicos e de saúde mental, enquanto 22,5% dos idosos estão inseridos no grupo onde as patologias mais frequentes são apenas as doenças cardiovasculares e as de saúde mental.

## 10.2. ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

Neste subcapítulo será efetuada a caracterização das principais variáveis relacionadas com os sujeitos da amostra a que se refere o presente estudo (n=112).

**Tabela nº 10.9** – Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra

Características		N	%
<b>Faixa etária</b>	Dos 65 aos 70 anos	4	3,57
	Dos 71 aos 80 anos	29	25,89
	Dos 81 aos 90 anos	65	58,04
	Dos 91 aos 100 anos	14	12,5
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Género</b>	Feminino	69	61,6
	Masculino	43	38,4
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	19	17
	Casado(a)/união de facto	21	18,8
	Divorciado(a)/separado(a)	3	2,7
	Viúvo(a)	69	61,6
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Grau de instrução/ escolaridade</b>	Analfabeto	49	43,8
	Sabe ler e escrever	32	38,6
	1º ciclo (antiga primária)	29	29,9
	2º/3º ciclo	1	0,9
	Ensino superior	1	0,9
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Última profissão</b>	Empregado doméstico/rural	72	64,3
	Empregado fabril/balconista	11	9,8
	Funcionários públicos/serviços	10	8,9
	Profissões liberais	19	17
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Com quem vive no domicílio</b>	Sozinho(a)	31	27,7
	Conjuge	12	10,7
	Filhos	16	14,3
	Numa casa de apoio	1	0,9
	Irmão	2	1,8
	Não se aplica	50	44,6
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Tempo de permanência em lar, centros de dia e apoio domiciliário</b>	0-6 meses	16	14,3
	6 meses – 1 ano	20	17,9
	1 ano – 5 anos	39	34,8
	5anos – 10 anos	23	20,5
	Mais de 10 anos	6	5,4
	Não sabe	8	7,1
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	
<b>Motivo de internamento/</b>	Viver sozinho	51	45,5
	Doença	42	37,5

<b>apoio domiciliário</b>	Falta de apoio familiar	6	5,4
	Para não ficar só enquanto filhos vão trabalhar	13	11,6
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Ideia de internamento em lar e centro de dia</b>	Do próprio	41	36,6
	Dos filhos	28	25
	De outros familiares	10	3,9
	De uma unidade de cuidados continuados	1	0,9
	Não se aplica	32	28,6
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

A amostra é constituída por 112 indivíduos de ambos os sexos. A idade foi agrupada em faixas etárias para ser de mais fácil interpretação. Assim através da análise da tabela nº 10. 9 é possível verificar que a faixa etária dos 81 aos 90 anos é a predominante, correspondendo a 58,04% da amostra, seguida da faixa etária dos 71 aos 80 anos com 25,89%. As faixas etárias dos 91 aos 100 anos e a dos 65 aos 70 anos são as que têm menos representatividade, correspondendo respetivamente a 12,5% e 3,57% da amostra.

Relativamente ao género há a prevalência do feminino, 69 indivíduos são do sexo feminino o que corresponde a 61,5% da amostra e 43 são do género masculino o que representa 38,4% da amostra.

No que respeita ao estado civil, constata-se que a grande maioria da amostra (61,6%) são viúvos. Os casados/união de facto representam 18,8%, seguidos dos solteiros com 17% e finalmente dos divorciados/separados representando apenas 2,7% da amostra.

Em relação ao grau de instrução, tendo em conta que a amostra é formada principalmente por idosos oriundos do meio rural e com idades avançadas, é possível verificar que estes são maioritariamente analfabetos (43,8%) ou apenas sabem ler ou escrever sem nunca terem concluído qualquer nível de escolaridade (38,6%). Existe ainda um grupo de idosos, que representa 29,9% da amostra, que corresponde aos idosos que frequentaram/concluíram algum ano de escolaridade correspondente ao primeiro ciclo. Apenas se regista um idoso que frequentou o ensino superior e outro que frequentou o 2º/3º ciclo, correspondendo, cada um dos casos, a 0,9% da amostra.

Relativamente à atividade profissional, a última profissão exercida foi agrupada em categorias. Regista-se que a maioria dos idosos (64,3%) encontra-se na categoria de empregado doméstico/rural. As profissões liberais correspondem a 17% da amostra, representando idosos que trabalharam de forma independente como sapateiros, comerciantes, pescadores. As categorias menos representadas são os empregados fabris/balconistas e os funcionários públicos/serviços correspondendo respetivamente a 9,8% e a 8,9% da amostra.

Em relação aos idosos que vivem no domicílio, como é o caso daqueles que neste estudo recebem apoio domiciliário ou frequentam o centro de dia, tentou conhecer-se a constituição do seu agregado familiar. De acordo com a leitura da tabela, 22,7% dos idosos vivem sozinhos, 14,3% com os filhos, 10,7% com o conjugue, 1,8% com irmãos e 0,9% numa casa de apoio.

Ao ser considerado o tempo de permanência dos idosos na instituição, este foi agrupado em cinco espaços de tempo diferentes. O espaço de tempo de 1 ano a 5 anos é o espaço que abrange maior percentagem de internamentos (34,8%). O espaço de tempo de 0 a 6 meses é o que regista menor percentagem de ocorrências. No entanto é de realçar que mais de metade da amostra foi institucionalizada nos últimos cinco anos (67%). Os institucionalizados há mais de cinco anos representam 25,4% da amostra.

São vários os motivos que podem levar a pessoa idosa à institucionalização em lar e centro de dia ou a beneficiar dos serviços no domicílio. Pela consulta da tabela nº10.9 verifica-se que os motivos apontados pelos sujeitos foram maioritariamente viver sozinho (45,5%); doença (37,5%); para não ficar sozinho em casa enquanto os filhos vão trabalhar (11,6%) e a falta de apoio familiar (5,4%).

Regista-se que a ideia de internamento, em lar e centro de dia, partiu do próprio idoso em 36,6% dos casos e dos filhos em 35% dos casos. É de realçar que apenas um internamento partiu de uma unidade de cuidados continuados. 28,6% da amostra não respondeu, por não se aplicar, uma vez que são idosos que estão no domicílio.

### 10.3. ANÁLISE DESCRITIVA DOS INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

#### 10.3.1. Índice de Barthel

O Índice de Barthel é composto por 10 atividades básicas da vida diária: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação. Seguidamente

procede-se à análise descritiva da distribuição da amostra pelos níveis de dependência em cada uma das AVD.

**Tabela nº 10.10** – Distribuição da amostra pelos níveis de dependência em cada atividade de vida

Características		N	%
<b>Barthel – alimentação</b>	Dependente	3	2,7
	Necessita de ajuda	11	9,8
	Independente	98	87,5
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Barthel - vestir</b>	Dependente	26	23,2
	Necessita de ajuda	13	11,6
	Independente	73	65,2
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Barthel – banho</b>	Dependente	81	72,3
	Independente	31	27,7
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Barthel - higiene corporal</b>	Dependente	17	15,2
	Independente	95	84,8
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Barthel - casa de banho</b>	Dependente	15	13,4
	Necessita de ajuda	7	6,3
	Independente	90	80,4
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Barthel - controlo intestinal</b>	Incontinência fecal	8	7,1
	Incontinência ocasional	16	14,3
	Independente	88	78,6
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Barthel – controlo vesical</b>	Incontinência ou algaliação	13	11,6
	Incontinência ocasional	18	16,1
	Independente	81	72,3
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Barthel – subir escadas</b>	Dependente	35	31,3
	Necessita de ajuda	37	33
	Independente	40	35,7
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Barthel – transferência cadeira cama</b>	Dependente	16	14,3
	Necessita de grande ajuda	6	5,4
	Necessita de ajuda mínima	12	10,7
	Independente	78	69,6
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Barthel - deambulação</b>	Dependente	16	11,6
	Independente com cadeira de rodas	4	3,6
	Necessita de ajuda	6	5,4
	Independente	89	79,5
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Resultado do Índice de Barthel por categorias</b>	Independente	60	53,6
	Ligeiramente dependente	30	26,8
	Moderadamente dependente	4	3,6
	Severamente dependente	8	7,1
	Totalmente dependente	10	8,9
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

Através da análise da tabela nº 10.10, cujos dados apresentados resultaram da aplicação do Índice de Barthel, para as atividades de vida alimentação, vestir e uso da casa de banho é possível verificar que a maioria da amostra é independente (87,5%), 65,2% e 80,4% respetivamente. É de salientar que relativamente à atividade alimentação existe uma percentagem muito pequena de idosos dependentes (2,7%). Com necessidade de ajuda parcial, ou seja necessidade de ajuda para cortar a comida, registam-se 8 ocorrências, o que corresponde a 9,8% da amostra.

Constata-se que relativamente às atividades da vida banho e higiene corporal a maioria da amostra é dependente na primeira atividade com uma percentagem de 72,3%, relativamente à segunda atividade a maioria dos idosos são independentes (84,8%). Ainda referente a esta atividade 15,2% da amostra é dependente não a conseguindo realizar sem ajuda.

Tanto a nível do controlo intestinal como do controlo vesical a maioria da amostra é independente com 78,6% e 72,3% respetivamente. A nível intestinal 7,1% sofrem de incontinência fecal. Do mesmo modo a nível vesical 11,6% da amostra sofrem de incontinência ou estão algaliados e 16,1% sofre de uma incontinência ocasional com episódios esporádicos de incontinência.

No que diz respeito a subir e descer escadas a distribuição da amostra, por níveis de dependência, de acordo com o Índice de Barthel, é mais equilibrada. Assim, 31,3% são dependentes, 33% necessitam de ajuda parcial e 35,7% são independentes.

Na transferência cadeira cama a maioria dos idosos apresentam-se independentes (69,6%) e 10,7% necessita de uma ajuda mínima e supervisão. Verifica-se também que 19,7% da amostra são dependentes ou necessitam de grande ajuda.

Na deambulação 79,5% dos idosos são independentes conseguindo caminhar pelo menos 50 metros sozinhos, com ajuda de andarilhos ou canadianas e 11,6% são dependentes. Dos 112 idosos que constituem a amostra 4 (3,6%) são independentes com cadeira de rodas e 6 (5,4%) necessitam de ajuda ou supervisão.

De um modo geral, e de acordo com o score total obtido com o Índice de Barthel, foi possível caracterizar a capacidade funcional da amostra em níveis de dependência. Neste sentido, a maioria da amostra (53,6%) é independente, 26,8% da amostra apresenta uma ligeira dependência, 3,6% é moderadamente dependente, seguido de 7,1% que é severamente dependente e de 8,9% que apresenta uma dependência total.

**Tabela nº 10.11** – Distribuição dos resultados do Índice de Barthel de acordo com a tipologia da instituição

Características		N	%
<b>Distribuição dos idosos institucionalizados em centro de dia de acordo com o Índice de Barthel</b>	Independente	15	13,39
	Ligeiramente dependente	9	8,04
	Moderadamente dependente	2	1,79
	Severamente dependente	2	1,79
	Totalmente dependente	2	1,79
	Não se aplica	82	73,2
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Distribuição dos idosos institucionalizados em lar de acordo com o Índice de Barthel</b>	Independente	20	17,86
	Ligeiramente dependente	15	13,39
	Moderadamente dependente	2	1,79
	Severamente dependente	5	4,46
	Totalmente dependente	8	7,14
	Não se aplica	62	55,36
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Distribuição dos idosos que recebem apoio domiciliário de acordo com o Índice de Barthel</b>	Independente	25	22,32
	Ligeiramente dependente	6	5,36
	Moderadamente dependente	0	0
	Severamente dependente	1	0,89
	Totalmente dependente	0	0
	Não se aplica	80	71,43
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

A tabela nº 10.11 representa a distribuição dos scores totais obtidos com o Índice de Barthel de acordo com a tipologia das instituições (lar, centro de dia e apoio domiciliário).

Podemos verificar que os idosos mais independentes são os que recebem apoio domiciliário, pois 22,32% são independentes, registando-se apenas um caso (0,89%) severamente dependente. Verifica-se maior taxa de dependência nos idosos institucionalizados. Esta dependência é maior nos institucionalizados em lar pois 11,6% apresentam-se totalmente ou severamente dependentes. No que concerne aos institucionalizados em centro de dia verifica-se um decréscimo das ocorrências apresentam-se 3,58% totalmente ou severamente dependentes.

Assim foi possível verificar que os idosos internados em lar apresentam vários níveis de dependência, neste sentido apenas 17,86% da amostra são independentes, 13,39% apresentam ligeira dependência, 1,79% são moderadamente dependentes, 4,46 são severamente dependentes e 7,14% apresentam-se totalmente dependentes.

### 10.3.2. WOQOL-bref

A WOQOL-bref é um instrumento de avaliação da qualidade de vida composto por 26 questões divididas em quatro domínios para além do domínio geral. São eles o domínio físico, o domínio psicológico, o domínio das relações sociais e o domínio do meio ambiente. Seguidamente procede-se à análise descritiva da distribuição da amostra de acordo com as respostas obtidas através das questões da WHOQOL-bref (tabela nº 10.12).

Tabela nº 10.12 – Distribuição da amostra de acordo com as respostas as questões da WOQOL-bref

WHOQOL-bref		N	%
Como avalia a sua qualidade de vida?	Muito má	1	0,9
	Má	21	18,8
	Nem boa nem má	51	45,5
	Boa	38	33,9
	Muito boa	1	0,9
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	Muito insatisfeito	8	7,1
	Insatisfeito	31	27,7
	Nem satisfeito nem insatisfeito	38	33,9
	Satisfeito	33	29,5
	Muito satisfeito	2	1,8
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisa de fazer?	Nada	4	3,6
	Pouco	19	17
	Nem muito nem pouco	28	25
	Muito	36	32,1
	Muitíssimo	25	22,3
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	Nada	0	0
	Pouco	5	4,5
	Nem muito nem pouco	6	5,4
	Muito	27	24,1
	Muitíssimo	74	66,1
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
Até que ponto gosta da vida?	Nada	7	6,2
	Pouco	13	11,6
	Nem muito nem pouco	54	48,2
	Muito	37	33
	Muitíssimo	1	0,9
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
Em que medida sente que a sua vida faz sentido?	Nada	3	2,7
	Pouco	17	15,2
	Nem muito nem pouco	66	58,9
	Muito	26	23,2
	Muitíssimo	0	0
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
Até que ponto se consegue concentrar?	Nada	1	0,9
	Pouco	35	31,2
	Nem muito nem pouco	56	50

	Muito	19	17
	Muitíssimo	1	0,9
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?</b>	Nada	0	0
	Pouco	6	5,4
	Nem muito nem pouco	37	33
	Muito	54	48,2
	Muitíssimo	15	13,4
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Em que medida é saudável o seu ambiente físico?</b>	Nada	0	0
	Pouco	3	2,7
	Nem muito nem pouco	38	33,9
	Muito	63	56,2
	Muitíssimo	8	7,1
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Tem energia suficiente para a sua vida diária?</b>	Nada	10	8,9
	Pouco	51	45,5
	Moderadamente	25	22,3
	Bastante	23	20,5
	Completamente	3	2,7
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>É capaz de aceitar a sua aparência física?</b>	Nada	3	2,7
	Pouco	23	20,5
	Moderadamente	55	49,1
	Bastante	28	25
	Completamente	3	2,7
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?</b>	Nada	8	7,1
	Pouco	60	53,6
	Moderadamente	41	36,6
	Bastante	3	2,7
	Completamente	0	0
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto tem acesso fácil às informações necessárias para organizar a sua vida diária?</b>	Nada	3	2,7
	Pouco	40	35,7
	Moderadamente	62	55,4
	Bastante	7	6,2
	Completamente	0	0
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?</b>	Nada	16	14,3
	Pouco	46	41,1
	Moderadamente	41	36,6
	Bastante	9	8
	Completamente	0	0
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)?</b>	Muito má	19	17
	Má	15	13,4
	Nem boa nem má	44	39,3
	Boa	30	26,8
	Muito boa	4	3,6
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito com o seu sono?</b>	Muito insatisfeito	2	1,8
	Insatisfeito	16	14,3
	Nem satisfeito nem insatisfeito	43	38,4
	Satisfeito	37	33

	Muito satisfeito	14	12,5
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</b>	Muito insatisfeito	9	8
	Insatisfeito	28	25
	Nem satisfeito nem insatisfeito	42	37,5
	Satisfeito	32	28,6
	Muito satisfeito	1	0,9
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?</b>	Muito insatisfeito	10	8,9
	Insatisfeito	28	25
	Nem satisfeito nem insatisfeito	51	45,5
	Satisfeito	22	19,6
	Muito satisfeito	1	0,9
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito consigo próprio?</b>	Muito insatisfeito	2	1,8
	Insatisfeito	6	5,4
	Nem satisfeito nem insatisfeito	46	41,1
	Satisfeito	52	46,4
	Muito satisfeito	6	5,4
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?</b>	Muito insatisfeito	1	0,9
	Insatisfeito	2	1,8
	Nem satisfeito nem insatisfeito	20	17,9
	Satisfeito	70	62,5
	Muito satisfeito	19	17
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?</b>	Muito insatisfeito	3	2,7
	Insatisfeito	32	28,6
	Nem satisfeito nem insatisfeito	64	57,1
	Satisfeito	13	11,6
	Muito satisfeito	0	0
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?</b>	Muito insatisfeito	2	1,8
	Insatisfeito	2	1,8
	Nem satisfeito nem insatisfeito	21	18,8
	Satisfeito	78	69,2
	Muito satisfeito	9	8
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?</b>	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	8	7,1
	Nem satisfeito nem insatisfeito	21	18,8
	Satisfeito	49	43,8
	Muito satisfeito	34	30,4
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?</b>	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	1	0,9
	Nem satisfeito nem insatisfeito	24	21,4
	Satisfeito	64	57,1
	Muito satisfeito	23	20,5
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?</b>	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	4	3,6
	Nem satisfeito nem insatisfeito	32	28,6
	Satisfeito	58	51,8
	Muito satisfeito	18	16,1

	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?</b>	Nunca	16	14,3
	Poucas vezes	18	16,1
	Algumas vezes	40	35,7
	Frequentemente	26	23,8
	Sempre	12	10,7
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

A maioria dos idosos inqueridos percebe a sua qualidade de vida como nem boa nem má (45,5%) e boa (33,9%). Em relação ao nível de satisfação com a saúde as respostas distribuem-se de forma mais homogênea: 27,7% dos idosos estão insatisfeitos, 33,9% referem estar nem satisfeitos nem insatisfeitos e 29,5% estão satisfeitos.

Maioritariamente os idosos referem que as dores físicas limitam, impedindo-os de fazer aquilo que precisam (32,1% respondeu muito e 22,3% muitíssimo). De igual modo a maioria refere precisar muito (24,1%) e muitíssimo (66,1%) de cuidados médicos para fazer a sua vida diária.

Dos idosos inquiridos 48,2% referem gostar nem muito nem pouco da vida, 33% referem gostar muito, 11,6% referem gostar pouco, 6,2% referem não gostar nada e apenas 0,9% referem gostar muitíssimo. Da mesma forma a maioria dos idosos (58,9%) referem que a vida não faz nem muito nem pouco sentido.

São poucos os idosos que referem conseguir concentrar-se. Apenas 17% referem conseguir muito e 0,9% muitíssimo.

De um modo geral os idosos dizem sentir-se seguros no seu dia-a-dia (33% nem muito nem pouco, 48,2% muito e 13,4% muitíssimo). Também a maioria da amostra (56,2%) considera o seu ambiente físico como muito saudável.

Dos idosos inquiridos 45,5% considera ter pouca energia para a sua vida diária e 22,3% considera ter moderadamente. No que concerne à capacidade de aceitar a sua aparência física 20,5% responderam pouco, 49,1% moderadamente e 25% bastante. Apenas 2,7% responderam nada e igual percentagem respondeu completamente.

A maioria dos idosos referem ter pouco (53,6%) ou nada (7,1%) quando questionados relativamente a terem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades.

Moderadamente e pouco foram as respostas mais usadas quando questionados relativamente a terem acesso fácil às informações para organizar a sua vida diária. Em relação às atividades de lazer apenas 8% respondeu bastante. As restantes respostas foram 14,3% nada, 41,1% pouco e 36,6% moderadamente.

Os idosos avaliam a sua mobilidade em muito má (17%), má (13,4%), nem boa nem má (39,3%), boa (26,8%) e muito boa (3,6%).

Relativamente ao sono, 14,3% referem estar insatisfeitos, 38,4% nem satisfeitos nem insatisfeitos e 33% estão satisfeitos.

Quando questionados relativamente à satisfação consigo próprio grande parte da amostra (46,4%) refere estar satisfeitos e 41,1% refere nem estar satisfeitos nem insatisfeitos.

Na pergunta referente à satisfação com as relações sociais a grande maioria dos idosos respondeu estar satisfeito (62,5%) e muito satisfeito (17%). De igual modo também a maioria respondeu estar satisfeito (69,2%) e muito satisfeito (8%) com o apoio que recebe dos amigos.

Na questão relacionada com a vida sexual apenas 11,6% responderam estar satisfeitos e 28,6% responderam nem estar satisfeitos nem insatisfeitos.

É de destacar o facto da maioria dos idosos estar satisfeita com as condições em que vivem (30,4% muito satisfeitos e 43,8% satisfeito) apenas 7,1% referem estar insatisfeitos.

Apenas 0,9% da amostra se mostra insatisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde e 3,6% dos sujeitos da amostra estão insatisfeitos com o meio de transporte que utiliza. Em relação à frequência com que são vivenciados sentimentos negativos, a amostra distribuiu-se da seguinte forma: 14% responderam nunca, 16,1% poucas vezes, 35,7% algumas vezes, 23,8% frequentemente e 10,7% responderam sempre. Regista-se, assim, uma percentagem elevada de idosos que vivenciam sentimentos negativos.

**Tabela nº10.13** – Distribuição dos resultados obtidos com WHOQOL-bref por domínios

<b>Domínios</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>Geral</b>	12,5 (5,4%)	87,5 (0,9%)	50,7813	50	62,50
<b>Físico</b>	17,6 (1,8%)	75 (1,8%)	46,3967	50	53,57
<b>Psicológico</b>	4,17 (0,9%)	83,3 (0,9%)	52,1577	54,1667	50*
<b>Relações sociais</b>	8,33 (0,9%)	83,3 (7,1%)	62,5744	66,6667	66,67
<b>Meio ambiente</b>	25 (0,9%)	90,63 (0,9%)	57,8404	59,3750	56,25

\*múltiplas modas

Através da interpretação da tabela nº 10.13 é possível conhecer quais os valores mínimos e máximos, bem como as respostas, nos vários domínios da WHOQOL-bref, traduzidas em termos percentuais. Também é possível verificar que o domínio das relações sociais é o que apresenta uma moda mais elevada, seguido do domínio geral. Os domínios meio ambiente, físico e psicológico são os que apresentam a moda mais baixa.

## **11. ANÁLISE INFERENCIAL**

O presente subcapítulo é dedicado à análise inferencial. Esta, segundo Fortin (2009, p. 57), tem por objetivo “determinar o valor dos parâmetros de uma população e verificar hipóteses” servindo “para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população” (p. 440).

No tratamento dos dados recolhidos foram aplicados vários testes estatísticos, optando-se pela utilização dos testes paramétricos. Os testes paramétricos lidam com parâmetros e requerem conhecimento das características do universo (Hill & Hill, 2005). Este tipo de testes, de acordo com Fortin (2009), permitem descobrir a existência de diferenças ou de relações de forma mais potente que os testes não paramétricos.

A utilização dos testes paramétricos exige que sejam satisfeitos alguns pressupostos: a variável dependente deve apresentar uma distribuição normal; os valores de uma variável devem ser medidos numa escala de intervalo ou rácio, devendo a amostra ser grande e as variáveis populacionais ser homogêneas (Maroco, 2003 e Hill & Hill, 2005).

Para testar a normalidade da amostra utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, uma vez que este é um teste de normalidade que é preferencialmente utilizado em amostras constituídas por mais de 50 elementos ( $n=112$ ). Na interpretação deste teste a distribuição é considerada normal quando a estatística é não significativa ( $p>0,05$ ) uma vez que a interpretação do valor de  $p$  é feita de forma inversa (Hill & Hill, 2005).

Como é possível observar pela análise das tabelas nº 11.14 e 11.15, referentes à aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov à variável capacidade funcional e a variável qualidade de vida, verificamos que a capacidade funcional neste teste apresenta um  $p = 0,000$  pelo que não se pode considerar a nossa distribuição como normal. Para a qualidade de vida obteve-se um  $p = 0,000$  no domínio geral,  $p = 0,001$  no domínio físico,  $p = 0,003$  no domínio psicológico,  $p = 0,000$  no domínio das relações sociais e  $p = 0,065$  no domínio do meio ambiente, sendo possível aferir a não normalidade da amostra. Contudo verifica-se que, principalmente, ao nível da variável qualidade de vida existe uma grande tendência para a normalidade, sobretudo no domínio do meio ambiente.

Embora o presente estudo não satisfaça os pressupostos para a escolha dos testes paramétricos, optou-se por este tipo de testes uma vez que esta apresenta tendência para a normalidade. De igual modo, foi tido em conta que esta é uma “amostra grande”, com mais de 100 elementos, o que poderá ajudar a minimizar o problema da não normalidade, pois à medida que aumenta a dimensão de uma amostra a distribuição da média amostral tende para a normalidade (Maroco, 2003).

**Tabela nº 11. 14** – Resultado da aplicação do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov na variável capacidade funcional

	Kolmogorov-Smirnov		
	statistic	df	Sig
Barthel classes	,295	112	,000
Barthel score	,242	112	,000

**Tabela nº 11. 15** – Resultado da aplicação do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov na variável qualidade de vida

	Kologorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
TWDG	,232	112	,000
TWD1	,113	112	,001
TWD2	,106	112	,003
TWD3	,211	112	,000
TWD4	,081	112	,065

A capacidade funcional pode estar relacionada com vários fatores. Tendo em conta este facto, através da aplicação dos testes estatísticos adequados, tentou-se compreender de que forma as características institucionais e as características individuais da amostra se encontravam relacionadas com a capacidade funcional do idoso. Assim, iremos proceder à utilização dos testes de hipóteses para verificar as hipóteses propostas.

***H<sub>1.1</sub> - A presença de rampas de acesso nas instituições relacionam-se positivamente com a capacidade funcional da pessoa idosa.***

De entre as características institucionais tentou-se compreender se a presença de rampas de acesso nas instituições poderia estar relacionada com a capacidade funcional. Assim, para verificar H<sub>1.1</sub> foi aplicado o teste de análise de variância (ANOVA) para analisar os dados obtidos, os quais são provenientes de mais de dois grupos. Este teste “consiste em comparar a variância de cada grupo (intragrupo) com a variância que existe entre os grupos (intergrupos).” (Fortin, 2009, p. 457).

Na tabela nº 11.16 são apresentados os resultados obtidos através da aplicação do teste de ANOVA para a existência de rampas de acesso nas instituições. Da leitura desta tabela verificar-se que para o Barthel score o valor de teste  $F = 12,505$  e o valor de  $p =$

0,000, o que leva a concluir que há diferenças entre os grupos. Apesar de existirem diferenças entre os grupos é necessário compreender em que medida essas diferenças encontradas são ou não estatisticamente significativas. Para tal foi aplicado o teste de Bonferroni (tabela nº 11.17).

De acordo com os resultados obtidos com o teste de Bonferroni é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à existência de rampas de acesso nas instituições e o score do Índice de Barthel. Assim, as instituições que apresentam rampas de acesso, têm como utentes idosos cuja capacidade funcional é maior, ou seja idosos mais independentes. De acordo com os resultados obtidos confirma-se  $H_{1.1}$ .

**Tabela nº 11.16** – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a presença de rampas nas instituições

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
<b>Barthel Score Between Groups</b>	16532,106	2	8266,053	12,505	,000
<b>Within Groups</b>	72053,385	109	661,040		
<b>Total</b>	88585,491	111			

**Tabela nº 11.17** – Resultado do teste de Bonferroni para a existência de rampas de acesso nas instituições

Dependente Variable	(I) Rampas de acesso	(J) Rampas de acesso	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Barthel Score	Não	Sim	-18,07292*	5,86764	,008
		Não se aplica	-32,03125*	6,42768	,000
	Sim	Não	18,07292*	5,86764	,008
		Não se aplica	-13,95833	5,86764	,057
	Não se aplica	Não	32,03125*	6,42768	,000
		Sim	13,95833	5,86764	,0057

\* The mean difference is significant at the 0.05 level

***H<sub>1.2</sub> – A existência de portas largas relacionam-se positivamente com a capacidade funcional da pessoa idosa.***

Para verificar a hipótese formulada foi aplicado o teste ANOVA à variável portas largas, para tentar compreender a existência de relação entre esta variável e o score do Índice de Barthel. De acordo com a análise da tabela nº 11.18 é possível verificar que para o Barthel score o valor do teste  $F = 7,399$  e o valor de  $p = 0,001$  levam a concluir que há diferenças entre os grupos.

**Tabela nº 11.18** – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a existência de portas largas nas instituições

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
<b>Barthel Score</b>					
Between Groups	10588,627	2	5294,314	7,399	,001
Within Groups	77996,864	109	715,586		
Total	88585,491	111			

Foi aplicado o teste de Bonferroni (tabela nº 11.19) para compreender se as diferenças encontradas são significativas. Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na categoria “não se aplica”. Ao verificarmos que os resultados são estatisticamente significativos para a categoria “não se aplica” (que se refere aos idosos que estão no seu domicílio) não é possível confirmar  $H_{1,2}$ .

**Tabela nº 11.19** – Resultado do teste de Bonferroni para a existência de portas largas nas instituições

Dependente Variable	(I) Portas largas	(J) Portas largas	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Barthel Score	Sim	Algumas	-4,84767	7,16206	1,000
		Não se aplica	-22,27823*	5,82262	,001
	Algumas	Sim	4,84767	7,16206	1,000
		Não se aplica	-17,43056	7,88132	,087
	Não se aplica	Sim	22,27823*	5,82262	,001
		Algumas	17,43056	7,88132	,087

\* The mean difference is significant at the 0.05 level

***H<sub>1,3</sub> - A existência de camas articuladas relacionam-se positivamente com a capacidade funcional da pessoa idosa.***

A existência de camas articuladas foi outro aspeto institucional estudado. Para verificar  $H_{1,3}$ , foi aplicado o teste de ANOVA. De acordo com a análise da tabela nº 11.20 é possível verificar que para o Barthel score o valor de teste  $F = 6,638$  e o valor de  $p = 0.002$ , levam a concluir que há diferenças entre os grupos. Pela análise da tabela nº 11.21 (Teste de Bonferroni) verifica-se que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas. Sendo o score do Índice de Barthel maior nas instituições onde não existem camas articuladas. Assim, nas instituições onde não existem camas articuladas os idosos são mais independentes, tal facto poderá prender-se também com outras características inerentes à instituição, ou com características específicas da amostra.

Deste modo, tendo em conta os resultados obtidos com a nossa amostra, rejeitamos  $H_{1,3}$ .

**Tabela nº 11.20** – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a existência de camas articuladas nas instituições

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
<b>Barthel Score Between Groups</b>	9618,135	2	4809,068	6,638	,002
<b>Within Groups</b>	78967,356	109	724,471		
<b>Total</b>	88585,491	111			

**Tabela nº 11. 21** – Resultado do teste de Bonferroni para a existência de camas articuladas nas instituições

Dependente Variable	(I) Camas articuladas	(J) Camas articuladas	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Barthel Score	Não	Sim	16,71429*	6,69688	,042
		Não se aplica	-4,68085	6,28994	1,000
	Sim	Não	-16,71429*	6,69688	,042
		Não se aplica	-21,39514	6,00945	,002
	Não se aplica	Não	4,68085	6,28994	1,000
		Sim	21,39514*	6,00945	,002

\* The mean difference is significant at the 0.05 level

***H<sub>2.1</sub> – O género está relacionado com a capacidade funcional da pessoa idosa.***

Para compreender quais as características individuais que podem estar relacionadas com a capacidade funcional da pessoa idosa, e para verificar H<sub>2.1</sub> foi aplicado o teste-t à variável independente género. Pois o teste t de Student determina a diferença entre as médias de duas populações relativamente a uma variável (Fortin, 2009).

Analisando a tabela nº 11.22 é possível concluir que ao nível da variável dependente capacidade funcional não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em termos do score do Índice de Barthel entre homens e mulheres (valor de p > 0,05). Deste modo, rejeitamos H<sub>2.1</sub>.

**Tabela nº 11.22** – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a variável independente género

	T	Df	Sig.
<b>Barthel Score Equal variances assumed</b>	-,446	110	,656
<b>Equal variances not assumed</b>	-,442	86,221	,660

***H<sub>2.2</sub> – A idade relaciona-se negativamente com a capacidade funcional da pessoa idosa***

Para verificar H<sub>2.2</sub> foi aplicado o teste de correlação de Pearson (r). Este teste permite “verificar a relação linear entre duas variáveis contínuas.” Fortin (2009, p 460).

O coeficiente de correlação de Pearson pode variar entre -1 e 1. Quanto mais próximo destes dois valores se situar o resultado, mais forte é a relação existente entre as duas variáveis em estudo (Fortin, 2009).

Na tabela nº 11.23 são apresentados os resultados obtidos relativamente à variável independente idade. De acordo com a análise desta tabela é possível verificar que no referente ao Índice de Barthel não existem diferenças estatisticamente significativas pois  $p > 0,05$ , existindo também uma correlação negativa fraca ( $r = -0,117$ ). Assim, e de acordo com os resultados obtidos com a nossa amostra, rejeitamos  $H_{2.2}$ .

**Tabela nº 11.23** - Correlação de Pearson relativamente ao Índice de Barthel e à variável independente idade

		Faixa etária	Barthel score
Faixa etária	r	1	-,117
	p		,220
	N	112	112

***H<sub>2.3</sub> - O estado civil está relacionado com a capacidade funcional da pessoa idosa.***

Para verificar  $H_{2.3}$  foi aplicado o teste de ANOVA. A interpretação da tabela nº 11.24 permite verificar para o Barthel score o valor do teste  $F = 0,612$  e o valor de  $p = 0,609$ , donde podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas para a média do Índice de Barthel relativamente ao estado civil dos sujeitos. De acordo com os resultados obtidos rejeita-se  $H_{2.3}$ .

**Tabela nº 11.24** – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a variável independente estado civil

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
<b>Barthel Score</b> Between Groups	1481,274	3	493,758	,612	,609
Within Groups	87104,217	108	806,521		
<b>Total</b>	88585,491	111			

***H<sub>1.4</sub> - Existem diferenças entra a capacidade funcional dos idosos institucionalizados em lar, centro de dia e SAD.***

A tipologia da instituição, isto é o internamento em lar, centro de dia ou SAD, foi outra das variáveis independentes estuda. Assim, para verificar  $H_{1.4}$  foi aplicado o teste de ANOVA (tabela nº 11.25).

De acordo com os resultados do teste de ANOVA, o valor de teste  $F = 8,443$  e o valor de  $p = 0,000$ , permitem concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes categorias da variável independente. Por sua vez a análise

das médias, presente na tabela nº 11. 26, permite verificar que os idosos que beneficiam de SAD apresentam um Barthel score maior, seguidos dos institucionalizados em centro de dia e, por último, dos institucionalizados em lar (com um Barthel score menor).

De acordo com os resultados obtidos, com a nossa amostra, confirmamos a  $H_{1.4}$ .

**Tabela nº 11.25** – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a variável independente tipologia das instituições

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
<b>Barthel Score</b> Between Groups	11882,491	2	5941,246	8,443	,000
Within Groups	76703,000	109	703,697		
<b>Total</b>	88585,491	111			

**Tabela nº 11.26** – Análise descritiva para a variável independente tipologia das instituições, segundo o Índice de Barthel

		N	Mean
<b>Barthel score</b>	Lar	50	67,2000
	Centro de dia	30	76,5000
	Apoio domiciliário	32	91,8750
	<b>Total</b>	112	76,7411

***H<sub>2.4</sub> - Viver sozinho relaciona-se positivamente com a capacidade funcional da pessoa idosa.***

Para compreender até que ponto viver sozinho ou acompanhado pode estar relacionado com a capacidade funcional da pessoa idosa e verificar  $H_{2.4}$  foi aplicado o teste de ANOVA. De acordo com os resultados (tabela nº 11.27), o valor de teste  $F = 6,644$  e o valor de  $p = 0,002$ , permitem concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes categorias da variável independente. A análise das médias, presente na tabela 11.28, permite concluir que os idosos que vivem sozinhos apresentam maior Barthel score, seguidos daqueles que vivem acompanhados por algum familiar. Os idosos que estão institucionalizados em lar (na tabela nº 11.28 identificados com “não se aplica”) são os que apresentam uma menor média do valor de Barthel score, sendo consequentemente os que apresentam maior nível de dependência. Aceita-se assim  $H_{2.4}$ .

**Tabela nº 11.27** – Diferença de médias para o Índice de Barthel segundo a tipologia de acompanhamento do idoso no domicílio

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
<b>Barthel Score</b> Between Groups	8625,878	2	4812,939	6,644	,002
Within Groups	78959,613	109	724,400		
<b>Total</b>	88585,491	111			

**Tabela nº 11.28** – Análise descritiva para a variável independente tipologia de acompanhamento do idoso no domicílio segundo o Índice de Barthel

		<b>N</b>	<b>Mean</b>
<b>Barthel score</b>	<b>Sozinho</b>	31	89,1935
	<b>Acompanhado</b>	31	79,6774
	<b>Não se aplica</b>	50	67,2000
	<b>Total</b>	112	76,7411

***H<sub>3.1</sub> – A perda de autonomia traduz-se numa pior percepção da qualidade de vida na pessoa idosa.***

Por último tentou-se compreender a forma como a qualidade de vida se relaciona com a capacidade funcional (Barthel score), assim para verificar H<sub>3.1</sub> foi aplicado o teste de correlação de Pearson. Através da análise da tabela nº 11.29 é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o Índice de Barthel e o domínio geral (TWDG) da qualidade de vida (p = 0,022), o domínio físico (TWD1) (p = 0,000) e o domínio psicológico (TWD2) (p = 0,001). Existindo uma correlação positiva fraca entre o Índice de Barthel, o domínio geral da qualidade de vida (r = 0,217) e o domínio psicológico (r = 0,306) e uma correlação positiva forte com o domínio físico (r = 0,668). Assim, quanto maior for o Índice de Barthel (quanto mais independente for o individuo), maior/melhor é a sua percepção em relação à sua qualidade de vida, principalmente ao nível do domínio físico. Deste modo aceitamos H<sub>3.1</sub>.

**Tabela nº 11.29** – Correlação de Pearson relativamente ao Índice de Barthel e à qualidade de vida

		<b>Barthel score</b>	<b>TWDG</b>	<b>TWD1</b>	<b>TWD2</b>
<b>Barthel score</b>	<b>r</b>	1	,217*	,668**	,306**
	<b>p</b>		,022	,000	,001
	<b>N</b>	112	122	112	112

\* Correlation is significant at the 0.05 level

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

## **12. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo pretende-se analisar, interpretar e refletir sobre os principais resultados obtidos. Serão comentados os aspetos mais relevantes com base em fundamentação teórica de modo a dar significado à análise dos dados. Pois segundo Fortin (1999, p. 343) esta análise “coloca os resultados num contexto de realidade (...) o investigador discute os principais resultados da investigação em função do problema”. Pretende-se, assim, alcançar os objetivos do estudo.

O envelhecimento encontra-se associado a um conjunto de alterações bio-psico-sociais que ocorrem ao longo de todo o ciclo de vida, sendo complexo estipular uma data a partir da qual as pessoas possam ser consideradas como “velhas” (Sequeira, 2010). O aumento da esperança média de vida tem condicionado os cuidados de saúde, pelo que os profissionais desta área devem ter em conta a manutenção/promoção da qualidade de vida, estimulando a autonomia e diminuindo a morbilidade da população mais idosa. Neste sentido, a capacidade funcional surge como um novo paradigma na saúde da população idosa e uma ferramenta para um envelhecimento saudável. Assim, cada vez mais é essencial a promoção de um envelhecimento saudável, isto é, um envelhecimento na presença de saúde e autonomia durante o maior período de tempo possível (Sequeira, 2010).

Uma vez que as instituições onde foi realizado o estudo pertencem a dois concelhos da região do Algarve, emerge a necessidade de se fazer a caracterização da região. O Algarve localiza-se na zona sul de Portugal, fazendo fronteira a norte com o Alentejo, a leste com o Rio Guadiana (que separa o Algarve da Espanha) e a sul e a oeste com o oceano Atlântico. O Algarve é constituído por apenas um distrito (distrito de Faro), por 16 municípios e por 84 freguesias, corresponde a uma área de 4991km<sup>2</sup> o que representa 6% do território nacional (Algarve Digital, 2002 e ARS Algarve, s/d).

A população algarvia tem vindo a crescer consideravelmente nos últimos anos, tal facto deve-se principalmente ao acréscimo do fluxo migratório interno e externo (FEDER, 2007). De acordo com os dados provisórios dos censos 2011, na região do Algarve, o número de habitantes é de 450.484, o que permite concluir que o Algarve foi a região do país onde houve um maior crescimento populacional (CCDR-Algarve, 2011).

O desenvolvimento que o Algarve sofreu prendeu-se com as potencialidades da região, o que conduziu a uma maior ocupação da zona litoral. Em algumas áreas do interior algarvio, correspondentes à zona da serra, há concelhos que apresentam um número de idosos que chega a ser três vezes maior que o número de jovens com idade inferior a 15 anos (FEDER, 2007).

Há estudos que indicam que o Algarve irá deixar de ser a 3ª região do país mais envelhecida com 128 idosos por cada 100 jovens e passará em 2050 a ser a terceira menos envelhecida com 228 idosos por cada 100 jovens, sendo que em Portugal este valor será de 243 idosos para cada 100 jovens (Algarve Digital, 2005 e Fabião, 2010).

No referente ao índice de dependência de idosos em 2050, no Algarve será de 55 idosos para cada 100 indivíduos em idade ativa (15-64 anos) e no continente será de 58 idosos para cada 100 indivíduos em idade ativa (Fabião, 2010).

O ritmo atual de vida afeta as relações familiares dos idosos, que muitas vezes se sentem como colocados de parte ou até mesmo como um “fardo” para a família. Este facto conjuntamente com a perda de autonomia e consequente aumento do nível de dependência tem conduzido a uma maior procura de instituições direcionadas para esta população. Na região do Algarve, após uma pesquisa no site *www.lares.socialgest.pt*, foi possível encontrar 92 instituições (lares, centros de dia e SAD) com a finalidade de prestar apoio às pessoas idosas. Face ao número de instituições encontradas, será que estas são suficientes e adequados relativamente à procura?

Ao longo da realização do presente estudo, com o contacto direto com as instituições envolvidas, foi possível constatar que nos dois concelhos em que decorreu o estudo, estas apresentam as vagas todas preenchidas e uma grande lista de espera. Este facto, leva-nos a concluir que se existissem mais vagas nesses concelhos, mais idosos beneficiariam desses cuidados/serviços.

De acordo com o previsto no artigo 72 da Constituição da República Portuguesa “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal, evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.” (Lei Constitucional nº 1/2005, p. 4654).

O aumento exponencial do número de pessoas idosas, no nosso país, implica um maior investimento ao nível dos cuidados de saúde e dos recursos disponíveis para a prevenção e tratamento de patologias, o que acarreta obrigatoriamente maiores encargos para o estado quer a nível económico, quer a nível do desenvolvimento de novas políticas que suprimam as necessidades deste grupo (Carvalho & Dias, 2011).

Assim, numa população cada vez mais envelhecida é essencial, que exista, por parte do Estado, uma maior preocupação com este grupo de pessoas, que haja um maior investimento na criação de mais infraestruturas adaptadas às suas especificidades, dando resposta aos principais problemas, respeitando a vontade do idoso de permanecer em casa ou de ser institucionalizados.

A nosso ver a institucionalização em lar é um processo complexo que envolve uma panóplia de fatores que podem ajudar a minimizar ou maximizar todos os sentimentos vivenciados pelo idoso durante o processo de institucionalização. Assim, sempre que possível, é preferível manter o idoso no seu domicílio, inserido no seu seio familiar e social. É neste sentido que surgem as valências de centro de dia e de SAD que pretendem retardar a institucionalização em lar.

Veloso (2008) refere que ao longo dos anos foram criadas novas políticas com o intuito de manter o idoso no seu domicílio, permitindo-lhe permanecer socialmente ativo e participativo no seio da comunidade. Do mesmo modo Garrote (2005) refere que apesar das dificuldades existentes, o domicílio é o local onde o idoso se sente bem, seguro e menos dependente (com maior autonomia).

Para que uma instituição preste cuidados/serviços de qualidade, adequados às necessidades e em tempo oportuno, entre outros aspetos, é importante que o número de funcionários na instituição seja o adequado, para conseguir satisfazer as necessidades da pessoa idosa. As instituições estudadas, na presente investigação, apresentam valências de internamento em lar, centro de dia e SAD. Nestas instituições o número total de funcionários varia entre os 28 e os 37 funcionários, sendo os funcionários, que prestam cuidados diretos aos idosos, distribuídos por turnos segundo as necessidades das instituições.

Relativamente aos funcionários que prestam cuidados diretos aos idosos, (ajudantes de lar e auxiliares) o decreto normativo nº 12/98 refere que no lar, para assegurar os níveis adequados de cuidados, é necessário que exista um ajudante de lar por cada oito idosos e um auxiliar por cada vinte idosos. É importante referir que no período da noite este deverá ser assegurado por um ajudante de lar para cada vinte idosos.

O mesmo despacho normativo refere ainda que o número de funcionários poderá ser adaptado de acordo com as características gerais da instituição e do seu funcionamento e com o número de utentes, desde que não haja prejuízo e os funcionários sejam em número suficiente para assegurar os cuidados necessários aos utentes durante as 24h. O

nosso estudo leva-nos a concluir que o número de funcionário está ajustado ao número de utentes nas diversas valências.

Vários são os serviços prestados pelo lar, centro de dia e SAD que permitem à população idosa satisfazer as suas necessidades básicas, sociais e de lazer. É fundamental que os cuidados prestados e as atividades desenvolvidas vão ao encontro das necessidades do público-alvo. De acordo com os dados obtidos é possível verificar que nas instituições estudadas, para além de outros aspetos como o alojamento (no caso dos lares) ou a higiene habitacional (no caso do SAD) os idosos beneficiam de cuidados de higiene e conforto, alimentação, saúde, lazer e lavandaria. Do mesmo modo, e de acordo com o despacho normativo nº 12/98, devem ser fornecidos todos os cuidados adequados à satisfação dos utentes tendo em conta a manutenção da autonomia da pessoa idosa durante o maior período de tempo possível. Assim, a instituição deve fornecer a alimentação, os cuidados de higiene e conforto, lavagem da roupa, deve ainda ser fomentado o convívio e devem ser desenvolvidas atividades que proporcionem animação social e ocupação dos tempos livres. As instituições estudadas obedecem a esta normativa, desenvolvendo todas as atividades mencionadas.

Tanto no lar como no centro de dia os idosos institucionalizados podem receber visitas de familiares e amigos. Consideramos este aspeto fundamental para que os idosos, que residem em lar, se sintam apoiados e essencialmente para que não se sintam abandonados. Em todas as instituições estudadas, são permitidas as visitas. No entanto, no estudo realizado existem instituições onde o horário adquire um carácter mais rígido, só sendo permitido visitas fora do horário estipulado, em casos excepcionais, no hall de entrada para não perturbar o funcionamento da instituição. Mas também há instituições onde o horário das visitas adquire um carácter mais flexível, sendo estas permitidas fora do horário estipulado, sempre que não perturbem o funcionamento da instituição.

Também Nogueira (2009) refere que das instituições que fazem parte da sua investigação, todas elas permitem as visitas de familiares e/ou amigos ao idoso institucionalizado. E também estas, na sua maioria, apresentam um regime de visitas do tipo condicionado/regulado. Por outro lado Rodrigues (s/d) refere que no lar onde foi efetuada a sua investigação não há uma grande preocupação em cumprir o horário estipulado, facilitando deste modo, as visitas fora do horário estabelecido, desde de que preferencialmente seja em horas que não interfira com o funcionamento da instituição (preferencialmente que não seja no período da manhã, que corresponde ao momento em que são feitas as higiènes, limpezas e prestados os cuidados de saúde).

É importante que as visitas se mantenham para que exista contacto entre o idoso institucionalizado e a família. Segundo o despacho normativo nº 12/98 é essencial manter a convivência social através do relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e amigos. De igual modo é importante estimular, sempre que possível, a participação dos familiares no apoio ao idoso, desde que contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo na pessoa idosa.

As visitas permitem aos idosos institucionalizados em lar manter contacto com o meio social onde viveram a maior parte das suas vidas. A manutenção das relações familiares proporciona ao idoso o contacto com vivências passadas e ao mesmo tempo manter relações baseadas no afeto, na amizade, no apoio e na proteção (Rodrigues, s/d).

Tentou-se compreender de que forma as características da instituição se relacionam com a capacidade funcional. Neste sentido, tentou-se perceber qual a relação existente entre a presença de rampas de acesso nas instituições e a capacidade funcional. Verificou-se, através do nosso estudo, que existem diferenças significativas no que concerne à capacidade funcional.

Assim, de acordo com o parágrafo anterior, é possível compreender que os idosos que beneficiam de rampas de acesso na instituição apresentam uma maior capacidade funcional, isto poderá dever-se ao facto destas facilitarem a locomoção do idoso, que consegue assim aceder, com menos dificuldades, às várias dependências da instituição.

Segundo as recomendações da Segurança Social (s/d), e de acordo com Decreto-Lei nº 163 (2006), nos percursos acessíveis aos idosos, é recomendado que, aquando da mudança de nível, as escadas sejam complementadas pela existência de rampas de acesso. As mesmas devem ser concebidas e dimensionadas de forma a suportar as diferentes ações a que podem ser submetidas e devem ter a menor inclinação possível. Assim, as rampas de acesso têm um papel facilitador na mobilidade da pessoa idosa.

A existência de portas largas nas instituições, foi outro aspeto que tentamos compreender de que forma se relaciona com a capacidade funcional, uma vez que consideramos que as portas largas também elas, tal como as rampas de acesso, são elementos facilitadores da locomoção da pessoa idosa. Contudo, os resultados obtidos no nosso estudo não foram estatisticamente significativos, não podendo inferir a forma como estas interferem com a capacidade funcional do idoso.

As portas das instituições devem ter uma largura útil, que não deve ser inferior a 0,77m (Decreto-Lei nº 163/2006 e Segurança Social, s/d). As portas suficientemente largas

permitem a passagem de pessoas idosas auxiliadas na locomoção por andarilhos, canadianas, bengalas ou cadeiras de rodas favorecendo a sua autonomia.

Um terceiro e último aspeto relacionado com as características da instituição, que poderia também, de algum modo, estar relacionado com a capacidade funcional do idoso, prende-se com a existência de camas articuladas, uma vez que consideramos que as camas articuladas também são facilitadoras da mobilidade, pois permitem ao idoso transferir-se com maior facilidade, favorecendo deste modo a capacidade funcional. Contudo, de acordo com os dados obtidos, existem diferenças estatisticamente significativas. Os idosos, aos quais não se aplica esta variável, apresentam uma maior capacidade funcional, o que é facilmente perceptível, uma vez que correspondem aos idosos que estão em situação de domicílio e que beneficiam do SAD. Contrariamente ao que pensávamos os idosos que não beneficiam das camas articuladas apresentando maior capacidade funcional do que aqueles que beneficiam da existência de camas articuladas na instituição. Este facto poderá dever-se a características específicas da população idosa ou da própria instituição.

Segundo as recomendações da Segurança Social (s/d) as camas articuladas devem corresponder no mínimo a 30% da totalidade de camas existentes na instituição.

Relativamente às características da instituição, não encontramos nenhum estudo que nos indique a forma como estas se relacionam com a capacidade funcional da pessoa idosa, e que permita fazer uma comparação com os dados por nós obtidos.

A tipologia da instituição foi outra das variáveis estudadas. Foi objetivo do presente estudo compreender/comparar se existe diferenças na capacidade funcional entre os idosos que estão institucionalizados em lar, centro de dia e que recebem SAD. À partida tínhamos a ideia pré-concebida que os idosos em domicílio seriam os mais autónomos, seguido dos que estavam institucionalizados em centro de dia e finalmente os menos autónomos seriam os utentes do lar, isto tendo em conta a especificidade de cada instituição.

Os resultados que obtivemos, relativamente à variável a cima citada, são estatisticamente significativos, indo ao encontro da ideia que tínhamos antes da realização do estudo. Assim, os idosos com SAD são os que têm maior capacidade funcional, seguidos dos que permanecem em centro de dia e finalmente dos utentes do lar. Estes resultados vêm comprovar que os idosos que residem em lar são aqueles que são menos autónomos e que necessitam de maior ajuda para satisfazer algumas das suas AVD.

A institucionalização poderá estar relacionada com um maior nível de dependência no sentido em que esta implica um processo de adaptação a um novo ambiente, a novas pessoas e a novas rotinas, bem como o cumprimento de algumas regras e normas, para

além da limitação física implícita (Tomasini & Alves, 2007). Os mesmos autores referem que a institucionalização, entre outros aspetos, acarreta perda de autonomia, ao passo que a permanência no domicílio e no seio familiar estimula a continuação de uma vida ativa e com independência.

O estudo desenvolvido por Montenegro & Silva (2007) também concluiu que os idosos institucionalizados apresentam mais incapacidades funcionais que os idosos não institucionalizados. Assim os idosos institucionalizados apresentam mais necessidades sociais, de saúde e de autonomia nas AVD, pelo que são mais dependentes que os idosos não institucionalizados. Também Begate, Ricardo & Sawazki (2009) concluíram que a maioria dos idosos não institucionalizados são mais independentes e apresentam maior capacidade funcional. O estudo de Maciel & Guerra (2007), com idosos no domicílio, chega à mesma conclusão: os idosos em domicílio são maioritariamente independentes (86,8%).

Ferrantin, Borges, Morelli & Rebelatto (2007) desenvolveram um estudo com uma amostra de 38 idosos, dos quais 19 eram institucionalizados e 19 não institucionalizados, contrariamente aos dados do nosso estudo, estes autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o Índice de Barthel e a tipologia da instituição, destacando contudo no seu estudo que a pontuação mínima obtida com Índice de Barthel foi nos idosos institucionalizados. Para Gómez et al. (2004) a institucionalização leva a uma detioração da autonomia da pessoa idosa.

Os idosos institucionalizados, em lar e em centro de dia, enquadram-se em dois conjuntos, de acordo com as principais patologias que apresentam. Assim, os idosos institucionalizados em lar apresentam um conjunto maior e mais complexo de doenças, que os idosos que estão em centro de dia. Na nossa amostra os idosos institucionalizados em lar sofrem principalmente de problemas do foro cardiovascular, osteoarticular, metabólico e de saúde mental, ao passo que os idosos que frequentam o centro de dia sofrem principalmente de problemas cardiovasculares e de saúde mental.

O facto dos idosos, utentes do centro de dia, apresentarem menos patologias poderá dever-se ao facto de serem pessoas mais saudáveis e conseqüentemente mais autónomas.

Um estudo que decorreu em dois lares, no Brasil, verificou que as principais patologias existentes nos utentes eram a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca congestiva, o acidente vascular cerebral, a osteoartrite, os diabetes mellitus, e os distúrbios psiquiátricos leves (Oliveira, Goretti & Pereira, 2006).

Aires et al. (2009) desenvolveram um estudo com uma amostra de 31 idosos institucionalizados em lar e verificaram que as principais patologias mencionadas eram as doenças cardiovasculares (37,5%), as doenças do foro mental (13,9%) e outras (45,6%). Englobando as outras doenças a osteoporose, as artroses e a diabetes. Estes dois estudos vêm ao encontro dos resultados obtidos na nossa investigação.

Ao longo da implementação dos questionários, nas instituições, foi possível verificar que grande quantidade de idosos institucionalizados em lar sofre de problemas do foro neurológico, como é o caso da Doença de Alzheimer, pelo que não puderam fazer parte da amostra. De acordo com Sereniki & Vital (2008) esta doença afeta aproximadamente 10% das pessoas com idade superior a 65 anos e 40% das pessoas com idade superior a 80 anos.

A média de idade dos participantes no nosso estudo é de 83 anos, tendo a maioria da amostra mais de 80 anos. Estes dados vão ao encontro dos dados revelados pelos censos 2011 que indicam que a população Portuguesa está a envelhecer e que este envelhecimento agravou-se na última década. Assim no ano de 2011 Portugal apresenta cerca de 19% de população com 65 ou mais anos (INE, 2011).

Um estudo desenvolvido em nove instituições, do concelho de Santarém, com uma amostra de 75 idosos apresenta uma média de idades próxima da do nosso estudo, (82,7 anos) (Ferreira, 2011). Outro estudo desenvolvido por Barros et al. (2010), com uma amostra de 62 idosos institucionalizados num lar no Brasil, apresenta uma média de idades um pouco inferior à nossa (77,03 anos). Também Torres et al. (2010) desenvolveram um estudo no Brasil com uma amostra de 117 idosos em que obteve uma média de idades de 80,79 anos, uma média próxima da do nosso estudo. Noutra investigação desenvolvida em Madrid, com 800 idosos utentes de lares, foi obtida uma média de idades de 83,4 anos, também similar à do nosso estudo (Damoán, Gama, Artalejo & Moreno, 2004). Ainda uma investigação desenvolvida com 276 idosos de instituições, na Colômbia, obteve uma média de idades próxima dos 80 anos (79,2 anos) (Estrada et al., 2011).

Dos 112 idosos que constituem a nossa amostra, a maioria (61,6%) são do sexo feminino. Este dado está de acordo com outros estudos realizados e como os resultados dos censos 2011 ao referir a percentagem de elementos do sexo feminino em Portugal com 52,21% demonstrando a prevalência do sexo feminino face ao masculino. Estes dados podem prender-se com o facto dos indivíduos do género feminino terem uma esperança média de vida maior.

O aumento dos indivíduos com mais de 65 anos é maior no sexo feminino, pois a longevidade no sexo feminino é em média 5 anos maior que no masculino. Em Portugal a relação de masculinidade é de 91,5 homens para cada 100 mulheres (Saldanha, 2009, Nunes, 2008 e INE, 2011).

O estudo desenvolvido por Ferreira (2011) também apresenta uma percentagem maioritária de elementos do sexo feminino (64%) face ao masculino (36%). O mesmo se verifica no estudo de Barros et al. (2010) em que as mulheres apresentam uma percentagem de 71%. Araújo et al. (2007) desenvolveram um estudo com 209 idosos no domicílio, em três localidades da região norte de Portugal, e mais uma vez houve o predomínio do sexo feminino (62,2%) face ao masculino. Outro estudo desenvolvido em Portugal, num lar de Cinfães, com uma amostra de 120 idosos, obteve dados que corroboram os nossos relativamente a esta variável, uma vez que obteve uma amostra formada por 62,5% indivíduos do sexo feminino (Carvalho & Dias, 2011). Também no estudo de Estrada et al. (2011) efetuado na Colômbia é possível verificar a prevalência de elementos do sexo feminino (59,4% da amostra). Outros estudos vão ao encontro dos dados obtidos na nossa investigação, como é o caso do estudo de Gudes & Silveira (2004), Damián et al. (2004), Trelha et al. (2005) e Torres et al. (2010),

Na presente investigação, no referente ao estado civil, houve a prevalência de idosos viúvos (61,6%). Tal facto poderá dever-se à idade avançada da amostra. Assim, numa população envelhecida é normal existir um grande número de idosos viúvos. O estado civil casados surge-nos em segundo lugar com 18,8%, os solteiros com 17% e os divorciados, em minoria, com 2,7% da amostra. Também Ferreira (2011) no seu estudo registou uma percentagem de 57,3% de idosos viúvos e 25,3% casados, o que vai ao encontro dos resultados do nosso estudo. Outras investigações como a desenvolvida por Carvalho & Dias (2011) obtiveram, tal como a nossa, uma maioria (52,5%) de idosos inseridos no estado civil de viúvos. Na investigação de Torres et al. (2010) também houve o predomínio do estado civil de viúvo (46,15%) em relação aos outros. O mesmo sucedeu no estudo de Trelha et al. (2005) em que os viúvos representam 49% da amostra.

Relativamente aos solteiros e divorciados o estudo de Ferreira (2011) contraria o nosso, pois a percentagem de solteiros (6,7%) é inferior à de divorciados (10,7%). Também o estudo de Guedes & Silveira (2004) obteve resultados distintos dos nossos, sendo a amostra maioritariamente de indivíduos solteiros (60,55%).

A nossa amostra é formada, na maioria, por idosos analfabetos ou que apenas sabem ler ou escrever o nome. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de há

algumas décadas atrás, não ter de se cumprir uma escolaridade mínima obrigatória, e cedo se ingressar no mercado de trabalho.

O estudo de Aires et al. (2009), bem como o estudo de Guedes & Silveira (2004) vão ao encontro dos resultados obtidos na nossa investigação, pois também eles encontraram o predomínio de idosos analfabetos. O mesmo sucede com o estudo de Carvalho & Dias (2011) que obteve uma percentagem de 75% de idosos que não sabem ler nem escrever. Também Torres et al. (2010) encontraram, na sua amostra, uma percentagem de 63,25% analfabetos.

O motivo de internamento foi outro dos aspetos tido em conta aquando da realização da presente investigação, de modo a tentar compreender o que conduziu os idosos ao processo de institucionalização, quer em lar, quer em centro de dia ou SAD. O principal motivo apontado pela amostra foi o facto de viver sozinho (45,5%). Este é um aspeto interessante pois mostra o quanto as instituições são importante como forma de minimizar o isolamento social e estimular a manutenção do idoso em comunidade.

Um outro aspeto referido como motivo de internamento foi a doença (37,5%). Através da implementação dos questionários, foi possível verificar que os idosos ao sentirem-se mais frágeis e doentes, veem nas instituições, que prestam apoio domiciliário, centro de dia ou lares, a solução para a satisfação das suas necessidades.

A falta de apoio familiar (5,4%) ou o não ficar só enquanto os filhos vão trabalhar (11,6%) foram também motivos de internamento apontados pela amostra, sendo que o último foi apontado apenas por idosos que se encontram em centro de dia.

Cada vez mais os idosos vêm-se sozinhos e com poucos recursos para permanecer de forma independente no domicílio, vendo na institucionalização uma solução. Consideramos que a institucionalização poderá ser, para o idoso, para além de uma ajuda, também um meio para se sentir mais integrado e um escape à solidão, em virtude da convivência e das relações estabelecidas com outros idosos e funcionários. A nível do SAD foi possível verificar que, muitas vezes, os idosos esperavam pela chegada dos funcionários da instituição, não só pelos cuidados prestados, mas essencialmente pela companhia.

Outro aspeto que é importante referir é a falta de apoio familiar, causado por uma rede de suporte familiar cada vez mais fraca. Com o ritmo de vida que as famílias levam atualmente, cuidar dos familiares idosos é muitas vezes uma tarefa complicada, pelo que a família vê na institucionalização uma solução.

O centro de dia mostrou-se uma solução para os idosos constituintes da nossa amostra que, apesar de viverem com familiares, veem neste tipo de institucionalização a solução para não ficarem sozinhos enquanto os familiares trabalham. Assim, apesar de viverem com os familiares, passam a maior parte do dia no centro de dia onde estabelecem relação com os outros idosos e onde desenvolvem atividades lúdicas, beneficiando dos serviços prestados pela instituição. Outro aspecto que consideramos fundamental, neste tipo de institucionalização, foi o idoso permanecer inserido no seio familiar, minimizando sentimentos de abandono.

De acordo com Chaimowicz & Greco (1999) existem alguns fatores de risco que poderão levar o idoso à institucionalização, são eles: o viver sozinho, um precário suporte social, baixos rendimentos, o aumento dos gastos com a saúde e a viuvez.

O estudo que foi desenvolvido por Almeida & Rodrigues (2008) com uma amostra de 93 idosos, internados em lares de Lamego, apresenta como principal motivo de internamento a solidão (46,2%), seguido de motivos relacionados com a saúde (21,4%), dados que estão de acordo com os que foram obtidos no nosso estudo.

Contrariamente ao nosso estudo, que aponta como principal motivo de internamento o viver sozinho, no estudo de Nogueira (2009), este é o segundo motivo mais apontado (isolamento com 18%), sendo o principal a incapacidade do idoso, em determinado momento da sua vida, para realizar independentemente as suas AVD coexistindo esta incapacidade com a impossibilidade da família garantir o apoio necessário (66%). Um outro estudo desenvolvido por Galhardo, Mariosa & Takata (2010) em dois lares brasileiros, com uma amostra de 46 idosos, concluiu que o motivo de internamento era, em 74% da amostra, de carácter social (falta de suporte familiar) e nos restantes 26% por motivos de saúde. Já no estudo de Ferreira (2011) são dados como motivos de internamento as dificuldades em auto cuidar-se, a falta de apoio familiar, o facto de não ter família e a preferência de viver em lar, com 42,7%, 30,7%, 16% e 10,7% respetivamente.

O estudo desenvolvido por Carvalho & Dias (2011) apresenta resultados diferentes do nosso relativamente ao motivo de internamento (não esquecendo que o nosso estudo refere-se ao motivo de internamento em três valências diferentes e o estudo destes autores refere-se apenas à valência de internamento em lar), sendo as razões mais apontadas a falta de apoio familiar (28%), a falta de habitação condigna (25%), os recursos económicos (20%) e as dificuldades em auto cuidar-se (16,7%).

A iniciativa de internamento foi outro fator em estudo. Os resultados da nossa investigação revelam que a iniciativa de internamento foi em 36,6% do próprio idoso,

seguinte-se a iniciativa por parte dos filhos em 25% da amostra, de outros familiares em 3,9% e encaminhada por parte de uma unidade de cuidados continuados em 0,9% da amostra. Também Ferreira (2011) na sua investigação apurou que a iniciativa de internamento partiu do próprio sujeito, com 53,3%, seguido da iniciativa tomada pelos familiares com 42,7%, amigos em 2,7% dos casos e 1,3% da sua amostra foi através de um técnico de ação social. O mesmo se verificou no estudo de Almeida & Rodrigues (2008) onde a iniciativa de internamento em 46,2% da amostra partiu do idoso e em 30,1% dos filhos.

Contrariamente ao nosso estudo, Carvalho & Dias (2011) apresentam como resultados da iniciativa do internamento 49,2% como partindo dos familiares e 39,2% como partindo do próprio. Também num estudo desenvolvido com idosos institucionalizados quando questionados relativamente à iniciativa de internamento a grande maioria refere que foram institucionalizados de forma involuntária, devido a problemas de saúde ou falta de condições por parte da família (Oliveira, Souza, Freitas & Ribeiro, 2006).

O Índice de Barthel foi utilizado para avaliar a capacidade funcional da amostra estudada. Assim, através da análise descritiva dos resultados foi possível concluir que, de um modo geral, os idosos constituintes da amostra são maioritariamente independentes (53,6%) ou ligeiramente dependentes (26,8%). De igual modo é possível verificar que a atividade de vida alimentar-se é a que apresenta uma maior percentagem de idosos independentes (87,5%) e a atividade de vida banho é a que apresenta uma maior percentagem de idosos dependentes (72,3%). Este facto poderá dever-se aos idosos, mesmo aqueles que apresentem problemas de locomoção, não apresentarem nenhuma dificuldade ao nível das mãos e da coordenação motora, sendo por si capazes de cortar os alimentos e de os levar à boca. É de referir que os resultados obtidos são referentes às três valências estudadas.

Por outro lado, o facto da maior percentagem de idosos dependentes registar-se ao nível do banho (72,3%) poderá estar relacionado com a própria instituição incutir o apoio dos ajudantes de lares e auxiliares nos banhos aos idosos institucionalizados. Consideramos que a dependência física, ao nível desta atividade de vida, é por vezes, estimulada pelos funcionários que têm a tendência de ajudar o idoso e fazer por ele, em vez de lhes disponibilizarem o tempo necessário e de os estimularem a realizar as tarefas que são ainda capazes de executar.

Aquando da implementação dos questionários alguns idosos referiram que conseguiam iniciar a atividade do banho sozinho, mas que depois não conseguiam acabar e que necessitavam de ajuda para lavar determinadas partes do seu corpo, existindo idosos que referiam também sentir medo de tomar banho sozinhos, pois tinham medo de cair.

Barros et al. (2010) no estudo da capacidade funcional dos idosos institucionalizados, usando como instrumento de avaliação o Índice de Katz (no nosso estudo utilizamos o Índice de Barthel), chegaram a resultados que mostram que as atividades onde estes apresentam maior comprometimento são o banho (o que vai ao encontro do nosso estudo) e a alimentação (o que contraria o nosso estudo, pois nesta atividade os idosos apresentaram-se independentes). Também Guedes & Silveira (2004) obtiveram no seu estudo uma percentagem de 67,89% de idosos dependentes ao nível do banho. Esta percentagem vai ao encontro dos dados do nosso estudo, mas contrariamente à nossa investigação, o estudo destes autores obteve uma percentagem maior de idosos dependentes ao nível da alimentação (57,8%).

O estudo de Aires et al. (2009) vem ao encontro dos resultados obtidos no nosso estudo ao constatar que 64,5% da sua amostra apresenta-se como dependente para a atividade de vida banho e 83,9% independente para a atividade de vida alimentar-se. O mesmo sucede com o estudo desenvolvido por Duca et al. (2011), com uma amostra de 393 idosos institucionalizados, onde obteve maior percentagem de idoso independentes para a atividade de vida alimentar-se (73,3%) e uma maior percentagem de dependência para a atividade de vida banho (64,9%).

Quisemos também conhecer a forma como algumas características individuais se relacionam com a capacidade funcional da pessoa idosa. Assim, as variáveis estudadas foram o género, a idade, o estado civil e a tipologia de acompanhamento do idoso no domicílio.

Relativamente ao género tínhamos a ideia que a capacidade funcional seria maior no género masculino, uma vez que os homens têm uma esperança média de vida menor e consequentemente seriam mais jovens que os elementos do sexo feminino, o que se repercutiria numa maior capacidade funcional. Visto que uma maior sobrevivência estará associada a uma maior morbilidade e presença de doenças crónicas, que podem conduzir a maior limitação funcional. O nosso estudo levou-nos a constatar que a capacidade funcional, varia independentemente do género, estando associada a vários fatores e à adoção de estilos de vida. Assim não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à influência do género na capacidade funcional.

O estudo de Araújo et al. (2007) não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os géneros. Também Barros et al. (2010) não obtiveram resultados estatisticamente significativos entre o género e o Índice de Katz, estando de acordo com os resultados por nós obtidos. O mesmo se verificou no estudo de Guedes & Silveira (2004). Também no estudo desenvolvido por Oliveira, Benedeti, Morales & Faria (2009) com uma amostra de 70 idosos institucionalizados sucedeu o mesmo. Os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos para esta variável.

Na nossa pesquisa teórica encontramos um estudo que foi realizado na região metropolitana de Belo Horizonte com uma amostra de 1786 idosos não institucionalizados que encontrou resultados estatisticamente significativos entre a incapacidade funcional e o género, concluindo que, embora havendo semelhança entre os géneros, há a prevalência da incapacidade funcional nas mulheres (Giacomin, Peixoto, Uchoa & Costa, 2008).

Outros estudo desenvolvido com 310 idosos, no domicílio, concluiu que o género influencia a capacidade funcional, sendo as mulheres as que apresentam menor capacidade funcional. Tal estudo, refere que este facto deve-se às mulheres viverem mais tempo, e conseqüentemente experimentarem um maior número de doenças crónicas que se refletem em limitações funcionais (Maciel & Guerra, 2007). A investigação levada a cabo por Rosa et al. (2003) com uma amostra de 964 idosos, em São Paulo, concluiu, contrariamente ao nosso estudo, mas de acordo com o estudo anteriormente citado, que o género está fortemente associado à capacidade funcional, sendo duas vezes maior a probabilidade de dependência no sexo feminino.

No que concerne à variável idade, ao contrário do que esperávamos, não apuramos resultados estatisticamente significativos relativamente à capacidade funcional. Tínhamos a ideia que a idade estaria associada a uma menor capacidade funcional e conseqüentemente a um maior nível de dependência. Contudo, os resultados não foram significativos para esta variável. Também ao longo da implementação dos questionários foi possível perceber que existem idosos com mais de 85 anos que se apresentam independentes, ou com uma ligeira dependência, e que existem idosos mais jovens e mais dependentes. Assim, consideramos que a idade por si só pode não contribuir para uma menor capacidade funcional, mas pode desencadear outros fatores (como doenças, dificuldades visuais, dificuldades motoras) que associados com o fator idade conduzem a uma menor capacidade funcional.

Guedes & Silveira (2004) também não obtiveram resultados estatisticamente significativos para esta variável. O mesmo sucedeu com Oliveira et al. (2009) que

estudaram a correlação existente entre a capacidade funcional e a idade, tendo obtido uma correlação fraca, afirmando deste modo que é inviável afirmar que quanto maior for a idade menor será a capacidade funcional da pessoa.

O estudo de Giacomini et al. (2008) contrariamente aos estudos referidos anteriormente obteve resultados estatisticamente significativos entre a idade e a incapacidade funcional. Assim, estes autores afirmam que à medida que a idade aumenta, aumenta também a incapacidade funcional. Neste sentido surge o estudo de Maciel & Guerra (2007) que concluiu que à medida que a idade avança, a capacidade funcional diminui. Estes autores afirmam que em cada ano que passa a probabilidade do idoso se apresentar como dependente aumenta, uma vez que com o processo de envelhecimento ocorre a diminuição da qualidade e quantidade de informações necessárias para um controlo motor e cognitivo eficaz. Também o estudo de Rosa et al. (2003) refere que a probabilidade de ser dependente vai aumentando com a idade.

A variável estado civil também foi estudada, contudo não foram obtidos resultados estatisticamente significativos que permitam compreender a forma como esta variável poderá estar relacionada com a capacidade funcional da pessoa idosa. Apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, foi possível verificar que os viúvos apresentavam uma menor capacidade funcional e os divorciados/separados apresentavam uma maior capacidade funcional.

Os estudos de Guedes & Silveira (2004) e de Giacomini et al. (2008), tal como no nosso estudo, também não encontraram resultados estatisticamente significativos para a variável estado civil. Por sua vez o estudo desenvolvido por Maciel & Guerra (2007) encontrou uma forte associação entre o estado funcional e o nível de dependência, sendo os idosos casados aqueles que apresentam menos probabilidade de apresentar limitações funcionais. Já o estado civil de viúvo, segundo Nunes et al. (2009) influencia o declínio da capacidade funcional. Segundo estes autores ser-se viúvo conduz a uma situação de isolamento e de menor preocupação com a saúde o que poderá relacionar-se negativamente com a capacidade funcional.

A tipologia de acompanhamento do idoso no domicílio, foi outro aspeto que consideramos que poderia estar relacionado com a capacidade funcional da pessoa idosa. Pois consideramos que os idosos que vivem sozinhos seriam mais independentes que aqueles que vivem com algum familiar. Os resultados obtidos para esta variável foram estatisticamente significativos uma vez que os idosos que vivem sozinhos apresentaram maior capacidade funcional do que aqueles que vivem com familiares.

O estudo desenvolvido por Nunes et al. (2009) corrobora o nosso estudo ao afirmar que o facto do idoso viver sozinho é um fator protetor da capacidade funcional, uma vez que estes idosos demonstram ser independentes e autónomos. Outro estudo desenvolvido por Alves, Leite & Machado (2010) revelou que os idosos que vivem acompanhados têm maior probabilidade de não ser capazes de desenvolver as suas tarefas do dia-a-dia, ou seja, morar acompanhado revelou-se um fator determinante para a incapacidade funcional. Neste sentido os idosos que moram sós são mais autónomos. Também Rosa et al (2003) afirmam que os idosos que vivem sozinhos são aqueles que se apresentam como mais independentes e saudáveis, o que vem ao encontro dos dados obtidos na nossa investigação.

O estudo de Mayoralas & Rodríguez (1995) apesar de não ser conclusivo relativamente a esta variável, obteve como resultado que os idosos que vivem sozinhos são mais autónomos para a realização das tarefas domésticas. Para estes idosos que vivem sozinhos a rede de amigos, conhecidos e vizinhos, representa um grande suporte (Ocaña, Gómez, Ponce & Rodríguez, 2006).

Era nosso objetivo, com o presente estudo, compreender a forma como a capacidade funcional se relaciona com a qualidade de vida na pessoa idosa. Consideramos que uma pessoa mais dependente e menos autónoma teria uma pior perceção da sua qualidade de vida, pois as limitações apresentadas iram condicionar a execução de determinadas tarefas e conseqüentemente condicionar a sua qualidade de vida. Através do nosso estudo foram obtidos resultados estatisticamente significativos relativamente a estas variáveis. Deste modo, quanto maior for a capacidade funcional maior será a perceção da qualidade de vida. Estes valores verificam-se no domínio geral, no domínio psicológico, mas principalmente do domínio físico da qualidade de vida onde a correlação encontrada é forte.

Consideramos que a relação existente entre a capacidade funcional e o domínio físico da qualidade de vida está relacionada, entre outros aspetos, com a mobilidade, com a energia para o desempenho das suas AVD, com a capacidade de trabalho, ou seja, aspetos intimamente relacionados com a capacidade funcional do indivíduo.

O estudo desenvolvido por Almeida & Rodrigues (2008) sobre a qualidade de vida da pessoa idosa em lares, utilizando o Índice de Katz para avaliação da capacidade funcional, concluiu, tal como a nossa investigação, que existe uma correlação positiva entre o Índice de Katz (capacidade funcional) e a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

A investigação desenvolvida por Murakami & Scattolin (2010) num lar de São Paulo, com uma amostra de 63 idosos, também obteve resultados que confirmam a existência de relações diretas entre a qualidade de vida e a independência funcional. Os autores chegaram à conclusão que quanto mais independente o idoso é maior é a percepção da sua qualidade de vida. Para Pimenta et al. (2008) a capacidade funcional encontra-se diretamente associada à qualidade de vida. Também Hebert (1997) refere que a diminuição da capacidade funcional (a perda de autonomia) se reflete numa pior percepção da qualidade de vida. Gutiérrez, Gutiérrez, Salas, Mardones & Mathiesen (2008) concluíram que é importante estimular a interceção social e o autocuidado para assim fortalecer a autonomia da pessoa idosa e deste modo contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Consideramos, pelos resultados obtidos, que a qualidade de vida em geral e o domínio físico em particular, estão intimamente associada com a capacidade funcional da pessoa idosa. Assim, quando falamos numa perda de autonomia, esta traduz-se num maior nível de dependência e consequentemente numa pior percepção da qualidade de vida.

A avaliação da qualidade de vida foi feita com base no instrumento de avaliação da OMS (WHOQOL- bref) e foi posteriormente efetuada a análise dos dados referentes a cada questão. São vários os aspetos da qualidade de vida que foram avaliados através do WHOQOL-bref, mas apenas serão tidos em conta os resultados mais significativos.

O processo de envelhecimento é acompanhado por um conjunto de modificações estruturais e funcionais (Paúl & Fonseca, 2005). As pessoas tornam-se mais frágeis e vulneráveis às agressões do meio ambiente e a inúmeras doenças crónicas que poderão afetar, mais ou menos, a vida da pessoa idosa e a sua capacidade para desempenhar AVD e AIVD. Assim, não nos surpreende que quando questionados relativamente à satisfação com a saúde os idosos distribuam as respostas principalmente entre a categoria de “insatisfeito”, “nem satisfeito nem insatisfeito” e “satisfeito”. Vasconcellos & Val, (2008) confirmam esta realidade referindo que os problemas de saúde costumam interferir negativamente na qualidade de vida da pessoa, afetando inúmeras dimensões do Ser Humano, entre elas o desempenho das tarefas diárias. Contudo Pereira et al., (2006) referem que o bem-estar da pessoa idosa pode ser atingido por muitos indivíduos independentemente da existência ou não de patologias.

Na questão “em que medida as dores físicas o impedem de fazer o que precisa de fazer?” as respostas dividiram-se principalmente nas categorias “nem muito nem pouco”; “muito” e “muitíssimo”. Estas respostas poderão estar relacionadas com o facto da população idosa sofrer doenças crónicas, entre elas os problemas osteoarticulares.

Acrescente-se ainda que, estas patologias, habitualmente, associam-se com a presença de dor e desconforto o que dificulta a mobilidade e o desempenho das atividades. As respostas obtidas com a questão “tem energia suficiente para a sua vida diária?” vão ao encontro das respostas dadas à questão anterior, pois um grande número de idosos (45,5% da amostra) respondeu “pouco” o que mais uma vez poderá estar relacionado com dificuldades no desempenho das atividades, com a presença de dor e de doenças crônicas.

O processo de envelhecimento encontra-se associado ao aparecimento de limitações e dores. A dor crônica é um problema frequente na população idosa, ameaçando a sua segurança, independência, autonomia, desempenho/execução das atividades diárias e consequentemente a sua qualidade de vida. Uma vez que muitos idosos sentem dor e convivem com ela diariamente esta é um dos principais fatores limitadores que impede a pessoa idosa de manter o seu quotidiano dentro da normalidade (Celich & Galon, 2009 e Cunha & Mayrink, 2011).

As respostas à questão “Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?” distribuíram-se principalmente entre “insatisfeito”, “nem satisfeito nem insatisfeito” e “satisfeito”. Também as respostas à questão “como avalia a sua mobilidade?” distribuíram-se principalmente nas categorias “muito má”, “má”, “nem boa nem má” e “boa”.

A existência de dependência, por parte do idoso, para a realização das AVD, de acordo com Maia, Duarte, Lebrão & Santos (2006), é considerada como um fator de risco, isto porque os idosos dependentes passam a necessitar de ajuda para a realização de tarefas básicas da sua vida diária. Assim, os idosos mais dependentes, ou com limitações, mostram-se menos satisfeitos com a sua capacidade para desempenhar atividades.

Maciel & Guerra (2005) e Pereira et al. (2006) são consensuais ao referir que distúrbios ao nível da marcha e da mobilidade são problemas frequentes entre a população idosa, conduzindo a limitações na realização das AVD. Assim, os idosos são fisicamente mais ativos se conseguirem deslocar-se sozinho de forma independente à casa de seus vizinhos, ao parque ou até se forem capazes de usar um transporte público.

A questão “até que ponto gosta da vida?” também despertou o nosso interesse uma vez que quando questionados os idosos responderam maioritariamente que já tinham vivido o que havia para viver, demonstrando uma baixa expectativa face à vida. Grande percentagem das respostas foi “nem muito nem pouco”. O mesmo sucedeu com a questão “em que medida sente que a sua vida faz sentido?”. Foi-nos também possível verificar,

relativamente à aparência física, que grande parte dos idosos está conformado com a sua aparência respondendo a esta questão com “moderadamente”.

Netto (2002) explica que o processo de envelhecimento pode ser encarado por alguns idosos como um período vazio, sem valor e sem sentido, enquanto para outros este pode ser encarado como um período de liberdade, de aproveitar a vida e fazer aquilo que não tiveram tempo de fazer anteriormente.

As reformas, que a maioria dos idosos envolvidos na nossa investigação auferem, são pequenas e mal chegam para cobrir as suas necessidades, sendo grande parte gasta em medicamentos. Não esquecendo também que os idosos constituintes da amostra estão institucionalizados ou beneficiam de serviços nos seus domicílios servindo parte, ou quase a totalidade da sua reforma, para pagar estes serviços. Assim, quando questionados “tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?” indicaram maioritariamente a resposta “pouco” (53,6%).

Quanto à oportunidade para realizar atividades de lazer as respostas dividem-se principalmente entre o “pouco” e o “moderadamente”. Tendo os idosos referido também que as poucas atividades de lazer de que usufruíam eram as realizadas pelas instituições.

A oportunidade para desempenhar atividades de lazer é essencial para a população mais idosa, pois o lazer é um fator associado à socialização e à melhoria da qualidade de vida. A realização de atividades de lazer possibilita novas interações, fazendo com que aspetos físicos, mentais e sociais apresentem resultados favoráveis (Sousa, Bezerra, Alexandre, Almeida & Motta, 2010). Neste sentido, é essencial que o idoso, quer o institucionalizado quer o que permanece no domicílio, tenha oportunidade de desempenhar este tipo de atividades com maior frequência.

Às questões “até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?” e “até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?” os idosos responderam maioritariamente com “satisfeito” o que nos leva a concluir que as instituições e o SAD são importantes para fomentar as relações interpessoais, estimular o convívio e manter os idosos inseridos no seio da comunidade.

As redes de apoio social são essenciais para a população idosa. De acordo com Gardner (2006) o suporte social é essencial para um envelhecimento saudável. Neste sentido os idosos deverão conservar-se inseridos no seio da comunidade, participando em atividades e contactando com os vários elementos da sociedade de forma a manterem-se socialmente ativos evitando o isolamento e a solidão. Neste sentido a DGS, (s/d) refere que

a qualidade de vida encontra-se diretamente relacionada com a atividade social, com o convívio e com o facto do idoso se sentir útil para os seus familiares e comunidade.

A sexualidade continua a ser um tema tabu para imensas pessoas. Para as pessoas idosas este é um tema no qual se sentem inibidas preferindo, a maioria da amostra, responder com “nem satisfeito nem insatisfeito”.

De acordo com Silva, Marques & Fonseca (2009) a existência de uma associação ente a manutenção da atividade sexual, nas pessoas idosas, e a qualidade de vida é descrita em vários textos geronto-geriátricos. Para Vasconcellos et al., (2004) no processo de envelhecimento a sexualidade constitui um assunto onde predomina o preconceito. No mesmo sentido Silva, (2003) explica que nos idosos a sexualidade está associada à perda, estando a expressão da mesma diretamente relacionada com os valores, crenças e tabus de cada indivíduo. Também Almeida & Patriota, (2009) referem existir, por parte da sociedade, uma visão limitada em relação à sexualidade e à pessoa idosa. Pois a sociedade tende a ver o idoso como um ser assexuado.

Relativamente à última questão do instrumento de avaliação, a qual se prende com a frequência com que são vivenciados sentimentos de tristeza, desespero, ansiedade ou depressão, as respostas ficaram divididas pelas cinco hipóteses de resposta sendo as mais respondidas “algumas vezes”, “frequentemente” e “sempre”.

A existência de depressão no idoso é uma das doenças mais comuns, influenciando o seu bem-estar. A depressão é ainda acompanhada de sentimentos de tristeza e isolamento (DGS, s/d).

No referente à distribuição das médias obtidas em cada domínio do instrumento de avaliação da qualidade de vida concluímos que os idosos apresentam maior perceção do domínio das relações sociais (apresentando uma média mais elevada), seguido do domínio do meio ambiente, do domínio psicológico, do domínio geral e do domínio físico.

A investigação desenvolvida por Serbim & Figueiredo (2011), numa amostra de 15 idosos, obteve resultados semelhantes aos nossos. Nesse estudo o domínio com maior média foi o domínio das relações sociais seguido do domínio meio ambiente, psicológico e o físico. Também um estudo desenvolvido por Celis & Padilla (2006), na cidade do México, com uma amostra de 194 idosos, obteve (tal como no nosso estudo) pontuações mais elevadas no domínio das relações sociais e pontuações mais baixas no domínio físico e no domínio psicológico. O estudo desenvolvido por Braga et al., (2011), numa amostra de 133 idosos, obteve maior média no domínio das relações sociais (o que vai ao encontro

dos nossos resultados), contudo, difere destes, no domínio do meio ambiente, pois a média obtida foi menor que a nossa.

Consideramos importante que o idoso, sempre que seja possível, permaneça no domicílio, inserido no seio familiar para que, deste modo, se sinta apoiado pela família e amigos e estimulado a manter o maior nível de autonomia possível.

De igual modo, julgamos importante que os lares desenvolvam mais atividades junto do idoso de forma a estimular a sua capacidade funcional, para que este se mantenha independente nas suas AVD. Também consideramos importante que os funcionários não façam pelo idoso, mas que lhes proporcionem o tempo necessário para desempenhar as tarefas, com a independência que ainda mantém.

Assim, estudar a capacidade funcional da pessoa idosa é fundamental de forma a conhecer as suas principais limitações e as AVD onde se apresentam mais independentes para, deste modo, também identificar as suas reais necessidades.

### **13. CONCLUSÕES**

Em função dos resultados obtidos, através da investigação, chegamos a algumas conclusões relativamente à capacidade funcional e à qualidade de vida da pessoa idosa. Os dados obtidos levam-nos a concluir que a capacidade funcional na pessoa idosa difere em função da tipologia da instituição. Neste sentido, o idoso que está no seu domicílio é mais autónomo na realização das suas AVD que o idoso que se encontra institucionalizado quer em centro de dia quer em lar.

Contudo, o nosso estudo não obteve resultados estatisticamente significativos que nos permitam concluir que aspetos como o género, a idade e o estado civil estejam relacionados com alterações ao nível da capacidade funcional da pessoa idosa. Assim, somos levados a pensar que esta poderá estar relacionada com outras variáveis ou mesmo com a adoção de estilos de vida.

Por outro lado verificamos que o facto da pessoa idosa viver sozinha foi associado a um maior score total do Índice de Barthel, podendo concluir-se que os idosos que vivem sós são mais independentes nas atividades de vida diária, embora, nesse contexto, possam necessitar de apoio por parte do SAD.

Foi também possível verificar que a capacidade funcional do idoso poderá estar relacionada com características inerentes às instituições, tais como a presença de rampas de acesso, a existência de portas largas ou a existência de camas articuladas. Neste sentido pensamos que as características das instituições poderão limitar ou estimular a autonomia da pessoa idosa.

Os resultados do estudo levaram-nos a aferir que a qualidade de vida encontra-se intimamente relacionada com a capacidade funcional do idoso. Assim, é possível concluir que quanto mais independente a pessoa idosa é, melhor é a sua perceção da qualidade de vida. Pelo que pensamos que as instituições deverão incentivar o idoso a manter a sua independência e autonomia e também investir em elementos facilitadores dessa autonomia.

## 14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, M., Paz, A. A. & Perosa, C. T. (2009). Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (3). 492-199.
- Algarve Digital. (2002). *Caracterização do Algarve*. Acedido a 1 de Outubro de 2012 em <http://www.algarvedigital.pt/algarve/index.php?name=News&file=Article&sid=5>
- Algarve Digital. (2005). *Em 2050 o Algarve será uma das regiões menos envelhecidas de Portugal*. Acedido a 1 de Outubro de 2012 em <http://www.algarvedigital.pt/algarve/index.php?name=News&file=article&sid=1719>
- Almeida, A. J. P. S. & Rodrigues, V. M. C. P. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (6).
- Almeida, L. A. & Patriota, L. M. (2009). Sexualidade na terceira idade: um estudo em idosas usuárias do programa saúde da família do Bairro das cidades -Campina Grande/ PB. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 8 (1).
- Alves, L. C., Leite, I. C. & Machado, C. J. (2010). Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Revista de Saúde Pública*, 44 (3). 468-478.
- Alves, L.C., Leimann, B. C. Q., Vasconceles, M. E. L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G. G., Fonseca, T. C. O., Lebrão, M. L. & Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (8). 1924-1930.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2). 59-66.
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45 (4). 869-875.
- Araújo, M. O. P. H. & Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41 (3). 378-385.

- ARS Algarve. (s/d). Território. Acedido a 1 de Outubro de 2012 em [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/PRSARSALG\\_CAPI\\_Territorio.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/PRSARSALG_CAPI_Territorio.pdf)
- Ballesteros, R. F. (2009). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barros, J.F.P., Alves, K. C. A. O., Filho, A. V. D., Rodrigues, J. E. & Neiva, H. C. (2010). Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió-Al. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23 (2). 168-174.
- Begate, P. S., Ricardo & A. C. M., Sawazki, G. (2009). Avaliação do desempenho funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados através do teste de mobilidade timed up na go. *Revista Funcional*, 2 (2). 43-52.
- Bonardi, G. Souza, V. B. A. & Moraes, J. F. D. (2007). Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica*, 17 (3). 138-144.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal*. (p. 111- 135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Braga, M. C. P., Casella, M. A., Campos, M. L. N. & Paiva, S. P. (2011). Qualidade de vida medida pelo WHOQOL- bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Revista da APS*, 14 (1). 93-100.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3). 773-781.
- Câmara Municipal de Castro Marim. (2006). *Território e população*. Acedido a 12 de Maio de 2012 em <http://www.cm-castromarim.pt/site/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=67>
- Câmara Municipal de Castro Marim. (2008). *História*. Acedido a 12 de Maio de 2012 em <http://www.cm-castromarim.pt/site/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=41>
- Câmara Municipal de Vila Real de Santo António. (2005). *Freguesias*. Acedido a 12 de Maio de 2012 em [http://www.cm-vrsa.pt/portal\\_autarquico/vila\\_real\\_sto\\_antonio/v\\_pt-PT/menu\\_turista/concelho/freguesias/](http://www.cm-vrsa.pt/portal_autarquico/vila_real_sto_antonio/v_pt-PT/menu_turista/concelho/freguesias/)
- Câmara Municipal de Vila Real de Santo António. (2005). *História*. Acedido a 12 de Maio de 2012 em [http://www.cm-vrsa.pt/portal\\_autarquico/vila\\_real\\_sto\\_antonio/v\\_pt-PT/menu\\_turista/concelho/freguesia/](http://www.cm-vrsa.pt/portal_autarquico/vila_real_sto_antonio/v_pt-PT/menu_turista/concelho/freguesia/)
- Camara, F. M., Gerez, A. G., Miranda, M. L. J. & Velardi, M. (2008). Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta de Fisiátrica*, 15 (4). 249-256.

- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H. & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicação do WHOQOL. *Alicerces*, 3 (3). 243-268.
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M. S. & Pintassilgo, A. L. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do instrumento de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1). 15-28.
- Caporicci, S. & Neto, M. F. O. (2011). Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Revista Motricidade*, 7 (2). 15-24.
- Carvalho, M. P. R. S. & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40. 161-184.
- Castellón, A. & Pino S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3). 188-192.
- Celich, K. L. S. & Galon, C. (2009). Dor crónica em idosos e sua influencia nas atividades da vida diária e convivencia social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (3). 345-359.
- Celis, A. L. G. & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5 (3). 501-509.
- Chaimowicz, F & Greco, D. B. (1999). Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte. *Revista de Saúde Pública*, 33 (5). 454-460.
- Cimirro, P. A., Vieira, M. M. S., Pereira, H. M. C. T. C. G. & Creutzberg, M. (2011). Qualidade de vida de idosos dos centros-dia da Região do Regado e São Tomé – Portugal. *Enfermagem em Foco*, 2 (3). 195-198.
- Coimbra, J. A. J. & Brito, I. S. (1999). Qualidade de vida do idoso. *Referência*, (3). 29-35.
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve. (2011). *Algarve é a Região do país com maior taxa de crescimento populacional*. Acedido no dia 1 de Outubro de 2012 em [http://www.ccdr-alg.pt/ccdr-alg/files/File/documentos/Noticias/Censos\\_20110930\\_vf.pdf](http://www.ccdr-alg.pt/ccdr-alg/files/File/documentos/Noticias/Censos_20110930_vf.pdf)
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve. (2011). *Apreciação dos resultados provisórios dos censos 2011* (divulgados em 07/12/2011). Acedido no dia 1 de Setembro de 2012 em [http://www.ccdr-alg.pt/ccdr-alg/files/File/documentos/noticias/Censos2011\\_20111207.pdf](http://www.ccdr-alg.pt/ccdr-alg/files/File/documentos/noticias/Censos2011_20111207.pdf)

- Cordeiro, M. P. A. A. (1999). Avaliação da saúde em gerontologia. In Costa et al. *O idoso problemas e realidades*. (p. 51-62). Coimbra: FORMASAU.
- Costa, M. A. (2006). Cuidar idosos – formação, prática e competências dos enfermeiros. Coimbra: FORMASAU.
- Cunha, L. L. & Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crónica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12 (2). 120-124.
- Damián, J., Gama, E. V., Artalejo, F. R. & Moreno, J. M. M. (2004). Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residências de mayores en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18 (4). 268-274.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República nº 109/2006 - I Série A*. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. *Diário da República nº 205/1996 - I Série A*. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de Agosto. *Diário da República nº 152/2006 – I Série*. Lisboa.
- Despacho normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro. *Diário da República nº 47/1998 – I Série B*. Lisboa.
- Díaz, I. C. & Orozco L.S. (2002). Evaluación funcional del anciano. *Revista Cubana de Enfermería*, 18 (3). 184-188.
- Diogo, M. J. E. (2003). Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um Hospital Universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (1). 59-65.
- Direcção-geral da Saúde. (2004). Circular normativa: Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas. Lisboa.
- Direcção-geral da Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas. Lisboa.
- Direcção-geral da Saúde. (s/d). Envelhecimento Saudável. Lisboa.
- Duca, G- F., Silva, M. C., Silva, S. G., Nahas, M. V. & Hallal, P. C. (2011). Incapacidade funcional em idoso institucionalizados. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 16 (2). 120-124.
- Ely, J. C. & Brito, A. A. (2009). Atuação fisioterápica na capacidade funcional do idoso institucionalizado. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6 (2). 293-297.

- Ermida, J. G. (1999). Processo de Envelhecimento. In Costa et al. *O idoso problemas e realidades*. (p. 41-50). Coimbra: FORMASAU.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Carrasco, R. L. & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL- BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139. 579-586.
- Estrada, A., Cordona, D., Segura, A. M., Chavarriague, L. M., Ordóñez, J. & Osório, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31. 492-502.
- Fabião. (2010). *Fórum regional de saúde do Algarve*. Acedido a 1 de Outubro de 2012 em <http://pns.dgs.pt/files/2010/02/S%C3%BAmula-do-Perfil-Sa%C3%BAde-ARS-Algarve.pdf>
- Fabra, F. V., Torres, L. A. P., Torres, A. H., Riera, F. M. (2010). Nivel funcional y capacidad de marcha en ancianos con fractura de cadera a los seis meses de un programa de rehabilitación domiciliaria. *Rehabilitación (Madrid)*, 44 (1). 25-31.
- Feijóo, N. R. (2008). Longevidad y calidad de vida. *Revista Perspectivas en Psicología*, 5 (2). 107-110.
- Ferrantin, A. C., Borges, C. F., Morelli, J. G. S. & Rebelatto, J. R. (2007). A execução de AVDS e mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Fisioterapia em movimento*, 20 (3). 115-121.
- Ferreira, P. C. S., Tavares, D. M. S. & Rodrigues, R. A. P. (2011). Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbididades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (1). 29-35.
- Ferreira, Z. (2011). *Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada*. Tese de mestrado em Saúde e Envelhecimento. Faculdade de Ciências Médicas: Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Fiedler, M. M. & Peres, K. G. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (2). 409-415.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1). 19-28.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de

- avaliação da qualidade de vida “WHOQOL- bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2). 178-183.
- Floriani, C. A. & Schramm, F. R. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (4). 986-994.
- Fonseca, A. M. (2006). O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal*. (p. 281- 311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na rede*, 5 (8). 51-61.
- Freitas, M. A. V. & Scheicher, M. E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (3). 395-401.
- Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional. (2007). *Programa Operacional Regional do Algarve 2007-2013*. Acedido a 1 de Outubro de 2012 em [http://www.qren.pt/item3.php?lang=channel=34&id\\_page=203](http://www.qren.pt/item3.php?lang=channel=34&id_page=203)
- Galhardo, V. A. C., Mariosa, M. A. S. & Takata, J. P. I. (2010). Depresso e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem deficit cognitivo. *Revista Medicina Minas Gerais*, 20 (1). 16-21.
- García C. N., López, C. L., Arancón, C. R. (2009). Deterioro funcional del anciano tras un ingreso hospitalário. *Revista Enfermeria CyL*, 1 (2). 20-25.
- Gardner, P. J. (2006). Envelhecimento saudável: uma revisão das pesquisas em língua inglesa. *Movimento*, 28 (1). 27-38.
- Garrote, J. M. P. C. (2005). La valoración gerátrica hoy: atención domiciliaria. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15 (1). 16- 22.
- Giacomin, K. C., Peixoto, S. V., Uchoa, E. & Costa, M. F. L. (2008). Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (6). 1260-1270.

- Gómez, A.M.T., Ocaña, M. J. R., Pérez, M. R., Santos, M. V. L, Rodríguez, J. B. R. & Sánchez, A. A. (2004). Ancianos válidos institucionalizados. *Gerokomos: Revista de la sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología*, 15 (1). 6-17.
- Gonçalves, L. H. T., Silva A. H., Mazo, G. Z., Benedetti, T. R. B, Santos, S. M. A., Marques, S., Rodrigues, R. A. P., Portella, M. R., Scortegagna, H. M., Santos, S. S. C., Pelzer, M. T., Souza, A. S., Meira, E. C., Sena, E. L. S., Creutzberg, M. & Rezende, T. L. (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (9). 1738-1746.
- Grácio, E. I. T. (1999). Apoio social e financeiro na terceira idade. In Costa et al. *O idoso problemas e realidades*. (p. 41-50). Coimbra: FORMASAU.
- Guedes, D. V., Silva, K. C. A., Banhato, E. F. C. & Mota, M. M. P. E. (2007). Fatores associados à capacidade funcional de idosos da comunidade. *HU Revista*, 33 (4). 105-111.
- Guedes, J. M. & Silveira, R. C. R. (2004). Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (2), 10-21.
- Guimarães, L. H. C. T., Galdino, D. C. A., Martins, F. L. M., Abreu, S. R., Lima, M. & Vitorino, D. F. M. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista de Neurociências*, (3). 131-134.
- Gutiérrez, D. V, Gutiérrez, M. Z., Salas, M. C., Mardones, O. M., Mathiesen, M. E. (2008). Calidad d vida en el adulto mayor: estado físico y relaciones sociales. *Cuadernos Medicos Sociales (Chile)*, 48 (1). 5-12.
- Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association*, 157 (8). 1097-1045.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hudokova, A. & Hornakova, A. (2011). Mobility and quality of life in elderly and geriatric patients. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 3 (7). 81-85
- INE. (2012). *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos*. Acedido no dia 1 de Setembro de 2012 em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUES\\_dest\\_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Censos 2011 – resultados provisórios*. Lisboa: INE

- Kamper, A. M., Stott, D. J., Hyland, M., Murray, H. M. & Ford, I. (2005). Predictors of functional decline in elderly people with vascular risk factors or disease. *Age and Ageing Journal*, 34. 450-455.
- Lei Constitucional nº 1/2005 de 12 de Agosto de 2005, sétima revisão constitucional. *Diário da Republica* nº 155/2005 - I Série A. Lisboa.
- Lyons, R. A., Crome, P., Monaghan, S., Killalea, D. & Daley, J. A. (1997). Health status and disability among elderly people in three UK districts. *Age and Ageing*, 26. 203 – 209.
- Maciel, A. C. C. & Guerra, R. O (2005). Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos resistentes na comunidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9 (1), 17-23.
- Maciel, A. C. C. & Guerra, R. O. (2007). Influência dos factores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, (10). 178-189.
- Maia, F. O. M., Duarte, Y. A. O., Lebrão, M. L. & Santos, J. L. F. (2006). Fatores de risco para mortalidade em idoso. *Revista de Saúde Pública*, 40 (6). 1-7.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edição Sílabo.
- Mayorolas, G. F. & Rodríguez, U. R. (1995). La capacidade funcional de los ancianos españoles. *Revista de Gerontologia*, 1. 16-22.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciências & Saúde coletiva*, 5 (1). 7-18.
- Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M. & Oliveira, M. A. C. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (2). 218-223.
- Montenegro, S. M. R. S. & Silva, C. A. B. (2007). Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10 (2)
- Moreno, A. B., Faerstein, E., Werneck, G. L., Lopes, C. S. & Chor, D. (2006). Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (12). 2585-2597.
- Morris, D. L. (2003). A prática de enfermagem junto de idosos. In Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F. *Enfermagem médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica*. (vol. I). Loures: Lusociência.

- Murakami, L. & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Medica Herediana*, 21. 18-26.
- Netto, M. P. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Nogueira, J. M. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento. Acedido a 1 de Outubro de 2012 em [http://www.Cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.Cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf)
- Nogueira, S. L., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. F. P. L., Franceschini, S. D. D., Ribeiro, A. Q. & Pereira, E. T. (2010). Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (4). 322-329.
- Novo, A., Mendes, E., Antunes, C., Babo C., Costa, M., Dias, R. & Preto, L. (2011). *Capacidade funcional e risco de queda, aptidão física, composição corporal e medo de cair em idosos institucionalizado no III seminário contributos para a saúde na população sénior + idade + saúde*. Acedido a 3 Março de 2012 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5075/1/>
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde – guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, M. C. R., Ribeiro, R. C. L. Rosado, L. E. F. P.L & Franceschini, S. C. (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13 (5). 376-382.
- Ocaña, M. J. R., Gómez, A. T., Ponce, C. R. & Rodríguez, F. B. R. (2006). Autonomia y estado de salud percebidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1). 6-23.
- Oliveira, C. R. M., Souza, C. S., Freitas, T. M. & Ribeiro, C. (2006). *Idosos e família: asilo ou casa*. Acedido a 15 de Setembro de 2012 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>
- Oliveira, D. L. C., Goretti, L. C. & Pereira, L. S. M. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: um estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (1). 91-96.
- Oliveira, D. V., Benedeti, M. R., Morales, R. C. & Faria, T. G. (2009). Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados a partir da auto-avaliação. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, 7 (2). 79-95.

- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-geral da Saúde.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal*. (p. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal*. (p. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pelegrin, A. K. A. P., Araújo, J. A., Costa, L. C., Cyrillo, R. M. Z. & Rosset, I. (2008). Idosos de uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 15 (4). 182-188.
- Pereira, A. P., Costa, M. J., Andrade, N. & Miranda, S. (2009). Instrumentos de avaliação neurológica. *Percursos*, (11). 17-26.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceshini, S. C. C., Ribeiro, R. C. C., Sampaio, R. F., Priore, S. E. & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1). 27-38.
- Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T. & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 41 (2). 229-236.
- Petronilho, F. A. S., Magalhães, M. M. A., Machado, M. M. P. & Vieira, M. N. M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*, (88). 41- 47.
- Pimenta, F. A. P., Simil, F. F., Tórreres, H. O. G., Amaral, C. F. S., Rezende, C. F., Coelho, T. O. & Rezande, N. A. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54 (1). 55-60.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ricci, N. A., Kubota, M. T. & Cordeiro, R. C. (2005). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4). 655-662.
- Rodrigues, M. J. P. (s/d). “Já não tenho família...” IV Congresso Português de Sociologia. Acedido a 1 de Outubro de 2012 em [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/)

DPR462e0287ad58f\_1.PDF

- Rodrigues, R. A. P., Scudeller, P. G., Pedrazzi, E. C., Schiavetto, F. V. & Lange, C. (2008). Morbilidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4). 643-648.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D. A., Latorre, M. R. D. O. & Ramos, L. R. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1). 40-48.
- Ruzafa, J. C. & Moreno, J. D. (1997). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (2). 127-137.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer – um desafio à gerontologia e à geriatria*. Lisboa: Lidel.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M. & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. . *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6). 757-764.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate P. (2001). *Anatomia & Fisiologia*. Loures: Lusodidacta.
- Segurança Social. (s/d). *Recomendações técnicas para equipamentos sociais: lares de idosos*. Acedido a 2 de Outubro de 2012 em [http://www2.seg-social.pt/downloads%5Ciss%5CRTES\\_Lares\\_de\\_Idosos\\_novavers%C3%A3o.PDF](http://www2.seg-social.pt/downloads%5Ciss%5CRTES_Lares_de_Idosos_novavers%C3%A3o.PDF)
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serbim, A. K. & Figueiredo, A. E. P. L. (2011). Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica*, 21 (4). 166-172.
- Sereniki, A. & Vital, M. A. B. F. (2008). A Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Revista de Psiquiatria RS*, 30 (1).
- Silva, R.M. O. (2003). A sexualidade no envelhecimento: um estudo com idosos em reabilitação. *Acta Fisiátrica*, 10 (3). 107-112.
- Silva, V. X. L., Marques, A. P. O. & Fonseca, J. L. C., L. (2009). Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (2). 295-303.
- Silveira, T. R. (2007). Qualidade de vida e Saúde/Doença. *Revista da AMRIGS*, 51 (1). 5-6.
- Silvestre, J. A. & Neto, M. M. C. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde de família. *Cadernos de Saúde Publica*, 19 (3). 839-847.
- Siqueira, A. B., Cordeiro, R. C., Perracini, M. R. & Ramos, L. R. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*, 38 (5). 687-694.

- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3). 364-371.
- Sousa, M. N. A., Bezerra, A. L. D., Alexandre, J. N. M., Almeida, J. L. S. & Motta, V. L. B. (2010). Lazer e qualidade de vida na terceira idade: percepção dos idosos de um centro de convivência campinense. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 9 (1).
- Tomasini, S. L. V. & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4 (1). 88-102.
- Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L. A., Fernandes, M. H. & Xavier, T. T. (2010). Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34 (1). 19-30.
- Trelha, C. S., Nakaoski, T., Franco, S. S., Dellaroza, M. S. G., Yamada, K. N., Cabrera, M. Mesas, A. E. & Gaetan C. C. B. (2005). Capacidade funcional de idosos restritos ao domicílio, do conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/ PR.. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 26 (1). 37-46.
- Vasconcellos, D., Novo, R. F., Castro, O. P., Dury, K. V., Ruschel, A., Couto, M. C. P. P. & Giami, P. C. A. (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*, 9 (3). 413-419.
- Vasconcellos, N. P. C. & Val, R. C. (2008). Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagos Santa – MG. *Revista APS*, 11 (1). 17-28.
- Vaz, S. F. A. & Gaspar, N. M. S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 4. 49-58.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idades: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3). 246-252.
- Veloso, E. (2008). *A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002*. VI Congresso Português de Sociologia. Acedido a 1 de Outubro de 2012 em <http://www.aps.pt/vicogresso/pdfs/412.pdf>
- Veríssimo, M. T. (1999). Exercício físico nos idosos. In Costa et al. *O idoso problemas e realidades*. (p. 41-50). Coimbra: FORMASAU.

WHO. (2002). *Active ageing a policy Framework*. England: WHO.

Yohannes, A. M., Roomi, J., Waters, K. & Connolly, M. J. (1997). A comparison of the Barthel index and Nottingham extended activities of daily living scale in the assessment of disability in chronic air flow limitation in old age. *Age and Ageing*, 27. 369-374.

[www.lares.socialgest.pt](http://www.lares.socialgest.pt)

# **Anexos**

**Anexo I – Ofícios de pedidos de autorização para a realização do estudo**

Sandra Isabel Forra da Silva  
Horta do Forra, nº 39  
Sítio do Sapal - Hortas  
Telem. 918669617  
e-mail: sandraforrasilva@sapo.pt

Exm<sup>o</sup> Senhor Provedor  
da Santa Casa da Misericórdia  
de Vila Real de Santo António

Assunto: Pedido de autorização para realizar um estudo

Sou enfermeira no Hospital de Faro, Epe e encontro-me a frequentar um mestrado em Gerontologia Social na Universidade do Algarve. Para realizar a minha tese de mestrado, que pretende estudar a Capacidade Funcional e a Qualidade de Vida do Idoso, estou interessada em aplicar questionários aos utentes da instituição que V. Exc<sup>a</sup> dirige. Neste contexto solicito autorização para aplicar os citados questionários e caso esteja de acordo gostava de marcar uma entrevista com V. Exc<sup>a</sup>, ou com outro responsável, a fim de saber algumas características inerentes à própria instituição e que serão essenciais para delinear alguns aspetos da minha dissertação.

Com os melhores cumprimentos

Vila Real de Santo António, 22 de Julho de 2011

---

(Sandra Isabel Forra da Silva)

**Anexo II - Formalização das autorizações por escrito**



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA

DE


VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que autorizamos que a Enf.<sup>a</sup> Sandra Forra, proceda a um estudo no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, através da aplicação de inquéritos efectuados aos utentes desta instituição.

Vila Real de Santo António, 10 de Janeiro de 2012

A Vice-Provedora

  
\_\_\_\_\_  
(Marília do Carmo Gomes Pereira Rufino)




*SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE CASTRO MARIM*

## **DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos, declaro que autorizamos que a Enfermeira Sandra Forra, proceda a um estudo no âmbito do Mestrado de Gerontologia Social através de inquéritos efetuados aos utentes desta Instituição.

Castro Marim, 23 de Janeiro de 2012

O Provedor,

  
José Mandel Cavaco Cabrita

**Anexo III – Folha do consentimento informado**

## **INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO**

**Autora:** Enf.<sup>a</sup> Sandra Forra da Silva, Enfermeira do serviço de Uro-Cirurgia-Oftalmologia do Hospital de Faro, Epe e aluna do Mestrado em Gerontologia, leccionado pela Escola Superior de Educação e Comunicação e pela Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.

O presente estudo denominado por **Qualidade de vida e capacidade funcional no idoso em contexto de institucionalização vs domicílio** tem por objectivo geral conhecer/descrever a qualidade de vida e a capacidade funcional do idoso em contexto de institucionalização e em contexto de domicílio. Alguns dos objectivos específicos são: descrever as principais alterações da capacidade funcional da pessoa idosa; compreender a influência das alterações da capacidade funcional na qualidade de vida dos idosos; conhecer os fatores que se relacionam com a dependência dos idosos; reflectir sobre a existência de relação entre a institucionalização e a alteração da capacidade funcional e compreender como a qualidade de vida se relaciona com a capacidade funcional.

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, sendo necessário aplicar um questionário sócio-demográfico, o Índice de Barthel e o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida.

## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Pelo exposto reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados, tendo todas as minhas questões obtido respostas satisfatórias. Compreendo as vantagens da participação neste estudo e compreendo de igual modo que tenho direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, sendo a minha identidade preservada. Depreendo que sou livre de a qualquer momento desistir da participação neste estudo.

Pelo presente documento, eu consinto participar no estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Anexo IV – Pedido de cedência da WHOQOL – bref**

Assunto: **Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida**

De: [sandraforrasilva@sapo.pt](mailto:sandraforrasilva@sapo.pt)

Data: Qua, 30 Nov 2011 (20:33:20 WEST)

Para: [mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)

Boa noite Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

Sou Enfermeira no Hospital de Faro, Epe e encontro-me a frequentar o Mestrado em Gerontologia Social, lecionado na Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve. A minha tese de mestrado pretende estudar a qualidade de vida e a capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados no concelho de Vila Real de Santo António. Para levar a cabo este estudo necessito utilizar o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde que foi validado por Vossa Excelência para a população Portuguesa.

Pelo exposto, solicito a V. Exc<sup>a</sup> que indique se o citado instrumento poderá ser cedido e quais os procedimentos requeridos para a sua obtenção e utilização.

Desde já agradeço a disponibilidade

Sandra Forra da Silva

**Anexo V** – Formulário para a cedência da WHOQOL – bref

## FORMULÁRIO WHOQOL \*

Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida

### 1. Instrumento

WHOQOL - 100       WHOQOL - bref

### 2. Identificação do Estudo/Projecto

O projecto a realizar consiste num estudo quantitativo de carácter transversal denominado "capacidade funcional e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e no domicílio".

### 3. Identificação do Investigador Responsável ou [para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese

**Nome:** Sandra Isabel Forra da Silva

**Morada:** Horta do Forra, nº 39, sitio do Sapal - Hortas  
8900-121 Vila Real de Santo António

**Telefone:** 918669617

**E-mail:** sandraforrasilva@sapo.pt

### 4. Identificação dos elementos da equipa do projecto

O projecto que pretendo desenvolver será orientado pela Profª Drª Emília Costa, docente da Universidade do Algarve. O referido projecto surge no âmbito do mestrado em Gerontologia Social leccionado na Escola Superior da Educação e Comunicação da Universidade do Algarve.

### 5. Objectivos do Projecto

Foram definidos como objectivos do presente estudo, os seguintes: compreender de que forma o contexto institucional se encontra relacionado com a capacidade funcional da pessoa idosa; conhecer quais as principais características individuais dos idosos que estão relacionadas com a sua capacidade funcional e conhecer a relação existente entre a capacidade funcional e a qualidade de vida na pessoa idosa.

### 6. Dados Metodológicos

#### 5.1. Tipo de população

A população alvo do estudo serão pessoas com mais de 65 anos de idade, institucionalizadas e em situação de domicílio, residentes no concelho de Vila Real de Santo António e de Castro Marim.

#### 5.2. Tamanho da amostra

A amostra será constituída por cerca de 100 pessoas.

#### 5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

Será aplicado um questionário sócio-demográfico e o índice de Barthel

**Data:** Quinta-feira, 1 de Dezembro de 2011

**Assinatura:** Sandra Forra da Silva

• **Enviar para:** [mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)

**Ou** Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra  
Rua do Colégio Novo - Apartado 6153  
3001-802 Coimbra

**Anexo VI** – Autorização para a utilização da WHOQOL - bref

Assunto: **[WHOQOL-bref] Envio de material**

De: Sofia Gameiro <[sgameiro@fpce.uc.pt](mailto:sgameiro@fpce.uc.pt)>

Data: Ter, 6 Dez 2011 (10:54:04 WEST)

Para: [sandraforrasilva@sapo.pt](mailto:sandraforrasilva@sapo.pt)

**1 Anexo**

 WHOQOL-BREF.zip 212 KB

Cara Dra. Sandra Silva,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-bref
- manual de aplicação e cotação
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

O Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida agradecia se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Sofia Gameiro

**Anexo VII – Questionário institucional**

--	--

### Questionário Institucional

As questões que se seguem correspondem a dados referentes à instituição para, deste modo, ficar a conhecer-se melhor a instituição e proceder-se à caracterização da mesma.

**1. Há quantos anos foi fundada a instituição?**

---

**2. Quantas valências tem a instituição?**

---

---

**3. Quantos quartos existem?**

---

**4. Os quartos são individuais?**

Não

Sim

**5. Quantos funcionários trabalham na instituição?**

---

**6. Quantos funcionários há em cada turno?**

---

**7. Quais os serviços prestados pela instituição?**

---

---

**8. Existem rampas de acesso?**

Não

Sim

Não se aplica

**9. As portas são suficientemente largas para passarem as cadeiras de rodas?**

Não

Sim

Não se aplica

**10. Existem camas articuladas?**

Não

Sim

Não se aplica

**11. Existem camas com grades?**

Não

Sim

Não se aplica

**12. Nas casas de banho existem barras de apoio nas paredes?**

Não

Sim

Não se aplica

**13. Existe algum espaço ao ar livre para os idosos frequentarem?**

Sim

Não

**14. Como é o horário das visitas?**

Flexível

Rígido

Curto

Alargado

Não se aplica

**15. As pessoas idosas costumam receber visitas regularmente?**

Não

Sim

Não se aplica

**16. Os familiares podem participar nos cuidados prestados ao utente?**

Não

Sim

**17. Quais as principais actividades desenvolvidas?**

---

---

---

**18. Qual a capacidade da instituição por valência?**

---

**19. Neste momento quantos idosos se encontram institucionalizados em cada valência?**

---

**20. Quais os principais problemas de saúde dos idosos residentes?**

Insuficiência Cardíaca	<input type="checkbox"/>
Enfarte ou angina de peito	<input type="checkbox"/>
Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>
Doenças Alérgicas	<input type="checkbox"/>
HBP	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Artrose	<input type="checkbox"/>
Demência	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>
Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>
Neoplasias	<input type="checkbox"/>

**Obrigada pela colaboração**

**Anexo VIII – Questionário Sociodemográfico**

--	--	--	--

## Questionário Sociodemográfico

As questões que se seguem correspondem aos dados individuais que caracterizam a pessoa. Deve colocar uma cruz no quadrado e preencher os espaços em branco, que correspondem à(s) sua(s) opção(ões) de resposta.

### 1. Idade

\_\_\_\_\_

### 2. Género:

Feminino

Masculino

### 3. Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/União de facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

### 4. Grau de instrução/escolaridade:

Analfabeto

Sabe ler e escrever

4ª Classe

2º/3º Ciclo

Ensino secundário

Ensino superior

Outro

**5. Hábitos alcoólicos:**

Não

Sim

Não se aplica

**5.1. Quantos copos de álcool consome por dia:**

\_\_\_\_\_

**6. Hábitos tabágicos:**

Não

Sim

Não se aplica

**6.1. Quantos cigarros consome por dia:**

\_\_\_\_\_

**7. Antecedentes Pessoais:**

Insuficiência Cardíaca

Enfarte ou angina de peito

Hipertensão Arterial

Doenças Alérgicas

HBP

Osteoporose

Artrose

Demência

Depressão

AVC

Diabetes Mellitus

Hipercolesterolemia

Neoplasias

Outras

Quais: \_\_\_\_\_

**8. Última profissão exercida** \_\_\_\_\_

**9. Se se encontra em situação domiciliária com quem vive:**

Sozinho(a)

Com o conjugue

Com os filhos

Outros

Quais: \_\_\_\_\_

Não se aplica

**10. No domicílio recebe a visita de alguém?**

Não

Sim

Quem: \_\_\_\_\_

Não se aplica

**11. Se respondeu sim, com que periodicidade?**

---

**12. Recebe algum tipo de apoio no seu domicílio?**

Não

Sim

Não se aplica

**13. Se respondeu sim, com que periodicidade?**

---

**14. No domicílio que tipo de apoio usufrui?**

Na higiene pessoal

Na preparação de refeições

Na limpeza da casa

Na administração de terapêutica

Outro

Qual: \_\_\_\_\_

Não se aplica

**15. No domicílio quais são as actividades que pratica, com mais frequência, no seu dia-a-dia:**

Ver televisão

Cuidar da horta/jardim

Jogar cartas

Ir ao café

Conversar com os amigos/vizinhos

Ler

Outras

Quais: \_\_\_\_\_

Não se aplica

**16. Indique o tempo de permanência no lar, centro de dia ou apoio domiciliário:**

0 - 6 meses

6 meses – 1 ano

1 anos – 5 anos

5 anos – 10 anos

Mais de 10 anos

Não se aplica

**17. Motivo que o levou ao internamento/ a ter apoio domiciliário:**

Viver sozinho

Doença

Falta de apoio familiar

Outros

Quais: \_\_\_\_\_

**18. Se reside no Lar ou frequenta o Centro de Dia, indique de quem partiu a ideia do internamento?**

- Do próprio
- Dos filhos
- De outros familiares
- Outros
- Não se aplica

**19. No Lar costuma receber visitas?**

- Não
- Sim
- Às vezes
- Não se aplica

**20. Quem o costuma visitar?**

- Filhos
- Sobrinhos
- Netos
- Outros familiares
- Amigos
- Outros
- Não se aplica

**21. Com que periodicidade costuma receber visitas?**

---

**22. No Lar costuma participar em actividades desenvolvidas pelo mesmo:**

- Não
- Sim  Em quais: \_\_\_\_\_
- Não se aplica

**23. Se frequenta o Centro de Dia porque motivo o faz?**

- Por iniciativa própria
- Por motivos familiares
- Por motivos de saúde
- Pelas actividades proporcionadas
- Outros  Quais: \_\_\_\_\_
- Não se aplica

**24. Costuma participar nas actividades desenvolvidas pelo Centro de Dia?**

- Não
- Sim
- Às vezes
- Não se aplica

**25. No Lar e Centro de Dia costuma participa nas actividades de forma:**

- Voluntária
- Imposta
- Só participa nas actividades que gosta
- Não se aplica

**26. Qual a actividade que mais gosta de participar?**

---

**27. Se não participa porque motivo não o faz?**

---

**Obrigada pela sua colaboração!**

**Anexo IX – Índice de Barthel**

## Índice de Barthel (Actividades Básicas de Vida Diária)

### ALIMENTAÇÃO:

- 10 → **Independente** (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável).
- 5 → **Necessita de ajuda** (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.).
- 0 → **Dependente**.

### VESTIR:

- 10 → **Independente** (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.).
- 5 → **Necessita de ajuda** (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo).
- 0 → **Dependente**.

### BANHO:

- 5 → **Independente** (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros).
- 0 → **Dependente**.

### HIGIENE CORPORAL:

- 5 → **Independente** (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba).
- 0 → **Dependente**.

### USO DA CASA DE BANHO:

- 10 → **Independente** (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho).
- 5 → **Necessita de ajuda** (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa).
- 0 → **Dependente**.

### CONTROLO INTESTINAL:

- 10 → **Independente** (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho).
- 5 → **Incontinente ocasional** (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas e clisteres).
- 0 → **Incontinente fecal**.

**CONTROLO VESICAL:**

10 → **Independente** (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho).

5 → **Incontinência ocasional** (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector).

0 → **Incontinente ou algaliado.**

**SUBIR ESCADAS:**

10 → **Independente** (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio).

5 → **Necessita de ajuda** (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas).

0 → **Dependente.**

**TRANSFERÊNCIA CADEIRA CAMA:**

15 → **Independente** (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas transfere-se sozinho).

10 → **Necessita de ajuda mínima** (ajuda mínima e supervisão).

5 → **Necessita de grande ajuda** (é capaz de se sentar. Mas necessita de muita ajuda para a transferência).

0 → **Dependente.**

**DEAMBULAÇÃO:**

15 → **Independente** (caminha pelo menos 50m sozinho ou com ajuda de andarilho ou canadianas).

10 → **Necessita de ajuda** (caminha 50m com ajuda ou supervisão).

5 → **Independente com cadeira de rodas** (anda pelo menos 50m).

0 → **Dependente.**

Pontuação Obtida: \_\_\_\_\_

Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

**Anexo X – WHOQOL - bref**

**Instruções**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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