

**INSTITUTO SUPERIOR BISSAYA BARRETO**  
**FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO**



**Serviços Básicos Prestados a Idosos em Estrutura  
Residencial**  
**Um Contributo para a Maximização dos Recursos  
Humanos**

**Manuel António Marques de Sousa**

**Dissertação apresentada para a  
obtenção do grau de Mestre em  
Gerontologia Social**

**Coimbra, Fevereiro de 2014**

**INSTITUTO SUPERIOR BISSAYA BARRETO  
FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO**



**Serviços Básicos Prestados a Idosos em Estrutura  
Residencial  
Um Contributo para a Maximização dos Recursos  
Humanos**

**Manuel António Marques de Sousa**

**Dissertação orientada pela  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Cerca Miguel  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Gerontologia Social**

**Coimbra, Fevereiro de 2014**

## Agradecimentos

À minha mulher, companheira e incondicional amiga, sempre disponível em todos os momentos.

Aos meus filhos, as pessoas mais importantes da minha vida, pelo amor e carinho que me transmitem.

Ao meu pai, pelo exemplo de vida e apoio quando retomei os estudos e que permitiu esta caminhada.

À minha tia e madrinha, segunda mãe, o meu amparo espiritual e sempre presente na minha vida.

À Professora Doutora Isabel Cerca Miguel, pela serenidade que transmitiu, pelo interesse, dedicação e amizade demonstrados, permitindo que pudesse melhorar em todas as etapas deste trabalho.

À Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz, uma amiga, com quem tive o privilégio de aprender enquanto estudante, pelo apoio e confiança proporcionados ao longo deste trabalho.

Ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vale de Cambra, Dr. António Fernando de Pina Marques, um amigo, a quem agradeço pelo estímulo e força para desenvolver esta temática, bem como o apoio incondicional ao nível profissional.

Quero igualmente agradecer reconhecidamente a todos os que me apoiaram e tornaram possível a realização deste trabalho.

Muito obrigado.

## Dedicatória

Em memória da minha mãe...

Arlete Barata Marques

## Palavras-chave

- Serviços
- Tempos de serviços
- Maximização de recursos
- Racionalização dos recursos humanos

## Resumo

A presente Dissertação de Mestrado tem como problemática de investigação os serviços básicos prestados a idosos em estrutura residencial, com especial ênfase no tempo de execução dos serviços.

O que se pretendeu com esta investigação, após a identificação dos serviços a prestar, foi encontrar, por intermédio de contagens dos tempos de execução de cada serviço/tarefa, qual o tempo médio que cada um demora a ser executado.

Os objectivos deste estudo foram alcançados mediante o seguinte: classificação dos residentes de acordo com o seu grau de dependência, como semidependentes ou dependentes; a identificação dos serviços/tarefas; a obtenção dos tempos médios dos serviços/tarefas a executar e aplicação de questionários aos residentes (amostra) que visavam a qualidade de vida; bem como a sua satisfação perante a execução dos serviços/tarefas.

Os resultados obtidos revelaram o número de horas diárias necessárias para a execução dos serviços/tarefas, permitindo este estudo determinar qual o número de horas que uma instituição tem de afectar em recursos humanos para fazer face às necessidades apresentadas pelos residentes.

Revelaram também que os residentes têm boa qualidade de vida, como também se mostram satisfeitos com a prestação dos recursos humanos durante a execução dos serviços/tarefas.

## Keywords

- Services
- Length of services
- Maximization of resources
- Rationalization of human resources

## Abstract

This Master's Dissertation research focuses its main study aim on the basic services provided to elderly people in residential homes, with special emphasis on the execution time of services.

After the identification of the services being provided, the research intended to find through scores of execution times of each service/task, which is the average execution time of each one.

The goals of the study were reached by the following: classification of the elderly residents according with their dependence degree, as semi-dependent or dependent; the identification of tasks/services; taking of evidence of the average time of services/tasks being executed and the application of questionnaires to the residents (sample) aiming the quality of life, as well as their satisfaction beyond the execution of tasks/ services.

The results of this survey revealed the number of daily hours necessary for the execution of tasks/ services. Therefore, this study determined how many hours an institution has to allocate human resources to face the resident's needs.

It also revealed that the residents have a good quality of life, as they are equally satisfied with the provision of human resources during the execution of tasks/services.

Índice	Páginas
Agradecimentos .....	3
Dedicatória .....	4
Resumo em Português .....	5
Resumo em Inglês .....	6
Índice .....	7 e 8
Acrónimos.....	8
Índice de Quadros.....	9
Parte 1 – Estudos Teóricos .....	10
Introdução .....	10 a 12
Capítulo I – Envelhecimento .....	13
1.1 Conceitos .....	13 a 21
1.2 Funcionalidade .....	22 a 28
1.3 Autonomia .....	29 e 30
Capítulo II – Qualidade de Vida .....	30 a 35
Capítulo III – Instituições .....	35
1.1 Caracterização de Lar de Idosos / Estrutura Residencial (serviços prestados).....	35 a 40
1.2 Institucionalização em Lar de Idosos .....	40 a 44
1.3 Enquadramento Legal .....	44 a 46
1.4 Dados Estatísticos .....	46 a 48
1.5 Gestão de Lar de Idosos (Dinâmicas de Gestão) .....	48 a 51
1.6 Desafios Actuais e Respostas aos Desafios .....	51 a 53
Parte 2 – Estudos Empíricos .....	54
Capítulo IV – Metodologia .....	54
1.1 Objectivos .....	54
1.1.1 Objectivo Geral .....	54
1.1.2 Objectivos Específicos.....	54
1.2 Amostra.....	55 e 56
1.3 Instrumentos.....	56 a 58
1.4 Procedimentos.....	58 a 60
Capítulo V – Apresentação dos Resultados .....	61 a 73
Capítulo VI – Discussão dos Resultados .....	74 a 76
Conclusão .....	77 a 79

Referências bibliográficas On-Line .....	80 a 84
Referências bibliográficas.....	85
Anexos.....	A1 a A3

## Acrónimos

a.C. – Antes de Cristo

ABVD – Actividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Actividades de Vida Diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BR – Brasil

CDC – Center for Disease Control and Prevention

CNPTI – Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade

DGAS – Direcção Geral de Acção Social

DGS – Direcção Geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISBB – Instituto Superior Bissaya Barreto

ISS – Instituto da Segurança Social

KCAL – Quantidade de Calorias

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ONUBR – Nações Unidas no Brasil

QDV – Qualidade de Vida

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade

WC – Water Closet (casa de banho)

## Índice de Quadros

Quadro 1 – Médias por serviços efectuados aos residentes semidependentes (valores em minutos). (p. 58)

Quadro 2 – Médias por serviços efectuados aos residentes dependentes (valores em minutos). (p. 59)

Quadro 3 – Total de minutos despendidos por dia para a realização dos diferentes serviços: Análise Global dos Residentes Semidependentes. (p. 64)

Quadro 4 – Total de minutos despendidos por dia para a realização dos diferentes serviços: Análise Global dos Residentes Dependentes. (p. 65)

Quadro 5 – Resultados da aplicação do Questionário “Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos”. (p. 69)

Quadros 6, 7 e 8 – Resultados do Questionário “Satisfação dos Clientes”. (p. 71 e 72)

## Parte 1 – Estudos Teóricos

### Introdução

A presente dissertação surge no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior Bissaya Barreto (ISBB), sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Isabel Cerca Miguel, elaborada pelo mestrando Manuel António Marques de Sousa.

Este trabalho foi desenvolvido num contexto nacional extremamente adverso no que diz respeito aos recursos disponíveis, sobretudo os económicos, em que o País se encontra mergulhado numa situação de recessão muito difícil.

Esta situação tem ainda mais impacto em sectores não lucrativos, nomeadamente no terceiro sector, onde a escassez de recursos económicos é bem mais visível.

Considerando orçamentos limitados, onde a boa gestão é absolutamente fundamental, surge naturalmente a necessidade de gerir com rigor todos os recursos disponíveis, principalmente os recursos humanos, pois representam em média cerca de 65% do orçamento anual de uma Instituição de cariz social.

Perante estes factos, torna-se imperioso uma gestão tão apertada quanto possível, não permitindo excedentes, de modo a que o número de Colaboradores seja o mais equilibrado perante o trabalho a ser desenvolvido.

Tomando como ponto de referência esta lógica, o tema da presente investigação teve a sua génese na necessidade de ajustar o número de horas de trabalho das Ajudantes de Lar, mediante o tempo necessário para efectuar os diferentes serviços que diariamente são prestados aos residentes em Lar de Idosos.

A base da estrutura deste trabalho assenta fundamentalmente em duas partes distintas, componente teórica e empírica.

O enquadramento teórico, ou estudos teóricos, é apresentado em três capítulos, versando o primeiro o envelhecimento, alguns conceitos do envelhecimento, a funcionalidade e a autonomia.

O segundo capítulo tem como temática a qualidade de vida, sendo o terceiro reservado às Instituições.

No âmbito deste terceiro capítulo elaborou-se a caracterização de uma estrutura residencial para idosos, ou seja, a resposta social de Lar de Idosos e serviços prestados nessa mesma resposta.

Refere-se igualmente a temática da institucionalização em Lar de Idosos, situação nem sempre fácil de aceitar para o idoso e geralmente caracterizada por uma amalgama de sentimentos e constrangimentos, para o próprio, como também para os familiares.

Considerando a importância que estes estabelecimentos representam para a sociedade, bem como a necessidade do seu controle e fiscalização, efectuou-se um enquadramento legal, contextualizado historicamente, onde é perceptível a evolução e o acompanhamento estatal que têm merecido ao longo dos anos, sobretudo após a década de 60 do século passado.

Importante também é perceber se o número de estruturas sociais de apoio à terceira idade se encontra em evolução, indo ao encontro de um número cada vez maior de idosos, fruto do envelhecimento geral da população portuguesa.

Nesta alínea apresenta-se a evolução dos dados estatísticos nacionais, do Distrito de Aveiro e do Concelho de Vale de Cambra, análise que permite ter a percepção do aumento do número de equipamentos de apoio à pessoa idosa.

Outra análise de grande importância neste contexto é a gestão de um Lar de Idosos, onde se encontram factores que a influenciam, quer directamente, como indirectamente, internos e externos.

A importância da qualidade das infraestruturas, o nível de equipamento e a tecnologia colocada ao dispor dos seus ocupantes.

Igualmente influente é o contexto económico, mas também político e cultural, considerando-se de extrema importância a gestão que é efectuada dos recursos humanos existentes.

É também abordada a necessidade de racionalizar na medida do possível os recursos colocados à disposição de quem dirige, pois a sua correcta utilização tem enorme influência para a sustentabilidade e autonomização das instituições.

A encerrar a primeira parte deste trabalho são focados os desafios actuais e as respostas a esses desafios.

Cada vez mais as instituições devem estar preparadas para a grande mutação do contexto que as envolve, referindo-se esta alínea a algumas estratégias para os enfrentar.

A segunda parte do trabalho, denominada de estudos empíricos, assenta em três capítulos, reservando-se o primeiro desta parte, quarto no total do trabalho, aos objectivos.

São portanto apresentados os objectivos, dividindo-se em geral e específicos, mas são também apresentados e descritos os instrumentos de pesquisa e os procedimentos que se efectuaram para o desenvolvimento da mesma.

No quinto capítulo, segundo desta parte, são apresentados os resultados que se alcançaram com este trabalho de investigação.

Este capítulo, resultado de um trabalho fundamentalmente prático, revela as médias obtidas na prestação dos vários serviços aos residentes, valores que servirão de referência para o ajustamento da carga horária dos Colaboradores.

Ainda no âmbito deste capítulo são apresentados os resultados dos questionários aplicados aos residentes, matéria importante para se perceber se a qualidade, o conforto e bem-estar estão assegurados na prestação desses mesmos serviços.

O sexto e último capítulo, terceiro da segunda parte, está reservado à discussão dos resultados obtidos.

Faz ainda parte integrante do corpo deste trabalho a conclusão.

## Capítulo I

### Envelhecimento

#### 1.1- Conceitos

A complexidade do processo de envelhecimento e as suas múltiplas dimensões é uma temática de grande actualidade, abordada em certos casos com grande rigor científico, alvo de variadíssimos estudos e as mais variadas opiniões.

De facto as opiniões, os estudos e as investigações de muitos autores, estudiosos e cientistas, proliferam abundantemente, algumas mais teóricas que outras, mas num ponto convergem, o envelhecimento é um processo irreversível, geralmente lento, em que o corpo humano se vê despojado da sua capacidade, vigor, autonomia, flexibilidade, saúde, até entrar em rotura, culminando na morte.

De acordo com (Pereira, M. & Roncon, J. 2010), “O Envelhecimento Humano é considerado um fenómeno biopsicossocial de cariz individual, e, o seu estudo, deve incluir as dimensões biológica, psicológica e social que lhe são inerentes.” (p. 42).

Perante este contexto, compreende-se que o envelhecimento é um processo dinâmico, em que se encontram presentes várias dimensões, ou seja, aquelas que compõem a envolvimento do indivíduo e que dele fazem parte integrante ao longo de toda a sua vida.

Também Santos (2006) se referiu a esta matéria, “Segundo Zambrana (1991) o envelhecimento é um processo de degeneração biológica, sujeito às leis naturais da vida, geneticamente determinado e manifestando-se de diversas formas. Considera que tem uma evolução contínua, acompanhada de diversos “males” e de certas limitações das capacidades.” (p. 7).

Pode-se considerar que o envelhecimento tem também uma componente fortíssima de carácter genético, pois só assim se conseguirá explicar por que razão certas pessoas parecem envelhecer mais rapidamente do que outras.

“O processo de envelhecimento conduz a inúmeras alterações na vida do idoso que afetam a funcionalidade, mobilidade e saúde, privando-o de uma vida autónoma e saudável, prejudicando assim a sua qualidade de vida (Carvalho et al., 1999 e Karinkanta et al., 2005).”, (Rocha, 2012, p. 7)

Mesmo que uma pessoa tenha sido saudável durante a sua vida é incontornável que com o passar da idade surjam problemas de vária ordem, físicos, psicológicos, ou outros, em que gradualmente o corpo humano deixa de ter condições para recuperar, à imagem do que aconteceria se tivesse 20 ou 30 anos.

Ouve-se com frequência que após uma determinada idade o ser humano começa a envelhecer, no entanto prefiro afirmar que todo o ser humano imediatamente após a concepção inicia o processo de envelhecimento.

Hoje estamos mais velhos do que estávamos ontem, independentemente da idade que tivermos.

De facto opiniões existem que confirmam esta situação DGS (2004), “É, assim, que o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.”

O envelhecimento é um processo que apesar de natural e intrínseco à natureza do ser humano, transmite receio e de modo geral preocupa à medida que a idade vai avançando, pois nunca se sabe como seremos daqui por uns anos, como estaremos quando formos velhos, ou mesmo se lá chegaremos.

Cerqueira (2010) acrescenta que, “Conjuntamente com as normas sociais a si interligadas, tais imagens influenciam uma maior ou menor preocupação em preparar um envelhecimento e uma velhice bem-sucedidos.” (p. 2).

Esta será certamente uma das maiores preocupações com que as pessoas têm de viver, a forma como enfrentarão a sua velhice e se terão algum tipo de apoio quando vierem a necessitar.

Cerqueira (2010) referiu também que:

“O processo de envelhecimento caracteriza-se por ser contínuo, irreversível e universal, e implica a ocorrência de várias alterações no organismo que se repercutem nas dimensões biológica, psicológica, social e psicossocial do indivíduo.

Alguns autores consideram que se trata de um declínio progressivo a nível celular que ocorre ao longo de toda a vida, enquanto outros entendem que o processo tem início somente na idade adulta, após uma fase de crescimento e maturação (Atchley & Barusch, 2004; Fernández-Ballesteros et al., 1999; Motta et al., 2005). Essas

alterações, quer no organismo quer nas diferentes dimensões consideradas, não ocorrem de forma igual em todos os indivíduos. Divergem tanto quanto ao momento em que têm lugar como quanto à sua intensidade, e num mesmo indivíduo não advêm em simultâneo e nem ao mesmo ritmo.” (p. 1).

Independentemente das abordagens e opiniões a este respeito é incontornável que o corpo humano envelhece com o passar do tempo, facto que desde cedo terá intrigado a humanidade.

Remontam ao século XVI as primeiras abordagens científicas e estudos sobre o envelhecimento, dado que naturalmente o Homem tentou compreender a razão que se encontra por detrás, ou na origem, de que com o passar do tempo se vão perdendo capacidades, autonomia, fulgor físico, até à morte.

A este respeito, Junior (2004) referiu que,

As primeiras abordagens científicas sobre a velhice começam a surgir no século XVI e cientistas como Bacon e Descartes já se preocupavam em analisar aspectos referentes ao envelhecimento. Contudo, o médico francês Jean Marie Charcot, em 1867, foi o primeiro a apresentar um trabalho científico sobre a terceira idade. Seu *Estudo clínico sobre a senilidade e doenças crônicas* procurava destacar a relevância dos estudos sobre o envelhecimento, centrando-se em suas causas e consequências para o organismo humano. Na década de 1970, as novas abordagens começam a se preocupar com os reflexos deste fenómeno para a integração de pessoas idosas à sociedade, em estudos envolvendo não somente aspectos físicos e mentais, como as transformações sociais advindas desse processo. Embora não faça parte do escopo deste artigo, é relevante ressaltar que o primeiro modelo de universidade da terceira idade, como é conhecido, foi implantado em 1974, por Pierre Vellas, em Toulouse (França).

Originou-se a partir de várias alternativas educacionais criadas para recém-aposentados, sendo a expressão “terceira idade” (*troisième âge*) elaborada a partir das iniciativas francesas (CACHIONI, 1999). Regressivamente, a segunda idade seria aquela fase do pleno desenvolvimento, em que o indivíduo está integrado às atividades sociais, e a primeira seria a infância. Contudo, várias dúvidas ainda pairam sobre o significado deste termo e suas implicações sociais para a atualidade.

Quem é este indivíduo a quem se dirige o termo terceira idade? A primeira idéia que vem à cabeça quando perguntamos a alguém sobre o que é ser idoso é uma tênue alusão a aspectos como doenças, fragilidade, invalidez e, principalmente, perda de memória. Não é raro perceber o afloramento do preconceito com a velhice mesmo quando alguém diz que o outro está ficando velho pelo fato de não conseguir se lembrar, por exemplo, de onde deixou a chave do carro. Por outro ângulo, quando os primeiros fios de cabelo branco começarem a emergir em nossas cabeças, certamente, iremos ouvir a afirmativa: “você está ficando velho!”

De início, podemos dizer que definir o que é ser idoso nos dias atuais contribui ainda para quebrar alguns preconceitos sociais sobre a condição do idoso no Brasil, além de ser uma tarefa difícil, dada as alterações nos padrões sociais e, principalmente, culturais que contribuem para que, a cada geração, novas características venham se juntar ao rol de situações que definem o que é ser idoso (MASCARO, 1997). A aposentadoria seria uma delas, mas, este aspecto não faz parte do escopo desse trabalho.

Que semelhanças guardam os termos *idoso* e *terceira idade*? Seria a mesma coisa para definir um indivíduo que chegou a uma idade fronteira, ou há distinções que marcadamente modificam o modo como percebemos a realidade do envelhecimento humano e o nosso próprio envelhecimento?

O ponto de partida talvez seja procurar delimitar a idade em que se começa a ser considerado idoso em nossa sociedade.

Uma argumentação que, de imediato, já indica o grau de complicação com que nos deparamos nesta tarefa é oferecida por Mascaro (1997, p. 35): “Em nossos dias, uma pessoa de 60 anos, saudável, interessada na vida, produtiva, pode ser considerada velha? [...] Mas, por outro lado, quantas pessoas aos 40 ou 50 anos já estão desgastadas, doentes, e parecem tão velhas?” O comentário da autora demonstra uma tendência em se criar uma confusão quando se procura definir essa faixa etária e estabelecer padrões para o envelhecimento. (pp. 1-2-3).

De facto e tal como observado no apontamento anterior, o interesse e a curiosidade do Homem pelo processo de envelhecimento verificam-se há muito tempo.

No entanto, existem registos datados de há vários milénios, concretamente no antigo Egipto, onde se procurava já à época justificações para as pessoas que viviam muitos anos.

A este respeito Cerqueira (2010) referiu o seguinte:

“O processo de envelhecimento, a velhice e as características do indivíduo idoso têm sido retratados nas artes e literatura desde a antiga China, Índia, Mediterrâneo Leste (babilónios, hebreus), Grécia e Roma Antigas (Prieto, 1999; Salgado, 2000). Há registos oriundos do Egipto, cerca de 3000 a.C., onde se considerava que viver mais de cem anos era o prémio de uma vida equilibrada e harmoniosa; em Israel, maltratar os pais era um crime que podia ser punido com a morte; na China, a pessoa idosa era (é) sábia, pelo que a velhice sempre foi vista como o período mais belo da vida. Confúcio (551 – 479 a.C.) defendia que o exemplo estava nos mais velhos e havia que os auscultar. Estas e outras obras dos últimos 5000 anos relacionadas com esta temática foram analisadas por Freeman (1979), no livro “Envelhecimento, história e literatura”. O autor constatou que a inquietação com o envelhecimento e a morte esteve sempre patente ao longo da história. Temas como a longevidade, vulnerabilidade, mortalidade, relações intergeracionais e atitudes perante a velhice foram abordados na mitologia, lendas, costumes, provérbios, ensaios, obras literárias, filosóficas e científicas (Zacharewicz, 2003).” (pp. 62-63).

Se existem factos que desde sempre originaram discussão, opiniões, pesquisas, investigações, lendas e até mitos, foram sem dúvida questões como a longevidade, a morte e também a imortalidade.

Desde cedo que o Homem tem procurado a cura para o envelhecimento e tentado lutar contra a morte, tanto mais que existe a esperança na existência da fonte da juventude, esta lenda, se assim se poderá tratar, tem gerado as mais fantasiosas especulações, inclusive despertou o interesse da indústria cinematográfica.

Pelo que se sabe e por intermédio da tecnologia, apenas se tem prolongado um pouco a vida e disfarçando-se os sinais de envelhecimento, pois, por enquanto serão as únicas vitórias que a Humanidade tem conseguido alcançar.

Uma coisa é certa, a partir de uma certa idade qualquer pessoa já é considerada idosa, tendo-se convencionado na sociedade actual que uma pessoa com 60 ou 65 anos, dependentemente dos países, é idosa, será contudo exagerado e tendo em consideração o autor que em seguida se cita, considerar que uma pessoa com aquela idade se encontra na apelidada terceira idade.

Neste contexto, Leandro (2011) referiu o seguinte:

(Spirduso, 1995) categorizou a Terceira Idade em quatro fases de acordo com a idade cronológica: Apresentando os Idosos Jovens (entre os 65 e os 74 anos de idade); os Idosos (entre os 75 e os 84 anos de idade); os Idosos Velhos (entre os 85 e os 99 anos de idade) e os Muito Idosos (a partir dos 100 anos de idade). (p. 30).

Os avanços tecnológicos em diversas áreas, mas principalmente na medicina e farmacologia, um melhor acesso aos serviços de saúde e aos fármacos, melhores condições económicas, sociais e também higiénico-sanitárias, comparativamente a algumas décadas a esta parte, permitiram gradualmente um avanço significativo na média de idade da população em geral, facto que tende a inverter as pirâmides etárias da maioria dos países, sendo esta situação mais visível nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, como é o caso Português.

Apesar de o ser humano viver, em média, mais tempo, o que é gratificante, no entanto por si só não é o bastante, pois não podemos dissociar a longevidade, da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida.

Este novo paradigma tem sido alvo de estudo e acompanhamento há já alguns anos por vários analistas a nível mundial, situação que igualmente tem merecido especial atenção por parte da Organização das Nações Unidas (ONU).

A este respeito e numa das suas publicações, a representação da ONU no Brasil – Rio de Janeiro Nações Unidas no Brasil – ONUBR (2013), referiu que:

O mundo está no centro de uma transição do processo demográfico única e irreversível que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares. À medida que taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número actual deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá. (para. 1)

As pessoas mais velhas têm, cada vez mais, sido vistas como contribuintes para o desenvolvimento, e suas habilidades para melhorar suas vidas e suas sociedades devem ser transformadas em políticas e programas em todos os níveis. Actualmente, 64% de todas as pessoas mais velhas vivem em regiões menos desenvolvidas – um número que deverá aproximar-se de 80% em 2050. (para. 2)

Para começar a abordar estas questões, a Assembleia Geral convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982, que produziu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, com 62 pontos. Ele insta para ação em assuntos como saúde e nutrição, protecção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa. (para. 3)

Em 1991, a Assembleia Geral adotou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, enumerando 18 direitos das pessoas idosas – em relação à independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade. No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento reuniu-se para dar seguimento ao Plano de Ação, adotando a Proclamação do Envelhecimento. Seguindo a recomendação da Conferência, a Assembleia Geral da ONU declarou 1999 o Ano Internacional do Idoso. (para. 4)

A acção a favor do envelhecimento continuou em 2002, quando a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento foi realizada em Madrid. Objectivando desenvolver uma política internacional para o envelhecimento para o século XXI, a Assembleia adotou uma Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid. O Plano de Ação pedia mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI. Suas recomendações específicas para ação dão prioridade às pessoas mais velhas e desenvolvimento, melhorando a saúde e o bem-estar na velhice, e assegurando habilitação e ambientes de apoio. (para. 5)

Apesar do esforço e do alerta efectuado pela ONU, é certo que os idosos continuam a não merecer o apoio e a atenção que deveriam por parte dos governos dos respectivos países, verificando-se continuamente falhas graves nos planos de assistência ao idoso, não sendo raros os casos em que o idoso é encontrado na sua habitação já sem vida, ou a viver na rua sem qualquer tipo de apoio ou segurança.

Mau grado este tipo de exemplos, outras definições e conceitos têm relevo no entendimento do processo do envelhecimento e no sentido de melhor clarificar a complexidade deste processo, Casagrande (2006), é de opinião que o “Envelhecimento é a

consequência de alterações, que os indivíduos demonstram, de forma característica, com progresso do tempo, da idade adulta até ao fim da vida. (Meirelles, 1997)". (p. 14).

A propósito, a revista da (Universidade Aberta da Terceira Idade [UnATI], 2003) publicou um excelente artigo acerca desta temática:

O processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais; porém é na velhice que esse processo aparece de forma mais evidente. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista.

A percepção de Morin (1999b) acerca do processo de envelhecer é de que o ser humano, rejeitando a morte como rejeita, recusando-a com todas as suas forças, tende a rejeitar também a velhice; talvez por ser a fase da vida que mais se aproxima da morte, tornando a velhice um peso. Para esse autor, sendo o ser humano marcado pela consciência da tragédia da morte, ele tenta inventar os mitos para negá-la ou para encontrá-la, pensando nos meios para aceitá-la. Sendo assim, dá-se conta de que o problema da consciência e do ser humano é atravessado pelo tempo e tornado trágico pela morte. Essa ação se traduz em agonia para o ser humano, principalmente durante a velhice. Complementando, Morin (Pena-Vega; Almeida; Petraglia, 2001, p. 78) afirma que "não encaramos as tragédias da idade, se não encararmos diretamente a tragédia da morte". Morin acredita que é difícil perceber a origem, o motor do processo de envelhecer, pois para ele o caráter patológico da velhice manifesta-se em três planos: no social; na percepção de que a velhice sadia é patológica enquanto velhice em si; na própria morte que é patológica e é aproximada pela velhice. Esse autor concorda que o ser humano modifica-se somaticamente do nascimento até a morte, porém o ser humano continua o mesmo.

No momento, existem pesquisas que apontam para o envelhecimento como processo fluido, cambiável e que pode ser acelerado, reduzido, parado por algum tempo e até mesmo revertido. O processo de envelhecimento pode ser reformulado quando se utiliza, de forma adequada, a conexão mente e corpo e quando se considera o valor da alimentação, a importância da relação com o mundo exterior e a importância do exercício do silêncio interior. Esses estudos, realizados nas três últimas décadas do século XX, têm comprovado que o envelhecer é muito mais dependente do próprio ser humano do que se imaginou em épocas passadas.

Partindo dessa contextualização e das reflexões aqui tecidas, considero o envelhecimento processo universal, que não afeta só o ser humano, mas a família, a comunidade e a sociedade, tendo a velhice como sua última fase. Acrescento que a velhice é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. E que são notórias as desigualdades e as especificidades nesse contingente populacional, as quais se refletem na expectativa de vida, na morbidade, na mortalidade prematura, na incapacidade e na má qualidade de vida. (UnATI, 2003, Conceitos importantes da Gerontologia – Envelhecimento, para. 2)

Temos constatado que o envelhecimento é um processo dinâmico, afectando o indivíduo nas suas várias vertentes, mas também nas suas envolventes, como a família, os amigos, a componente profissional, económica, social, entre outras.

Todo este processo gera de forma gradual inúmeras reacções no indivíduo, sendo que varia de pessoa para pessoa aquelas onde esse impacto se torna mais evidente.

A este respeito Páscoa (2008) referiu o seguinte:

De acordo com Berger e Poirier (1995), o envelhecimento é um processo inevitável, caracterizado por um conjunto de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Assim, determinados idosos estão mais envelhecidos, outros parecem mais jovens e ainda há os que sentem não ter utilidade alguma. (p. 28).

## 1.2- Funcionalidade

Um dos aspectos mais relevantes no âmbito do processo do envelhecimento é se a pessoa idosa possui capacidade, de per si, satisfazer as suas necessidades mais básicas, se detém autonomia para desenvolver normalmente as suas actividades de vida diária e um dos pressupostos que avalia essa autonomia é a funcionalidade.

A este respeito Silva (2010) referiu que,

A capacidade funcional - capacidade do indivíduo para cuidar de si próprio através do desempenho de tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao seu meio (Fillenbaum, 1984). [...] A realização daquelas tarefas, para além da autonomia que proporciona, constitui um benefício para a saúde física, mental e social do indivíduo (Botelho, 1999). (p. 12)

De acordo com Mendes (2008)

Para a pessoa idosa, a independência funcional é normalmente o factor mais importante na manutenção da qualidade de vida por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até às idades mais avançadas (Devons, 2002). Segundo Botelho (2000), o conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas. A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objectiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas, para o desempenho das tarefas de vida quotidiana, para a realização de interacções sociais, nas suas actividades de lazer e noutros comportamentos do seu quotidiano (Devons, 2002; Duarte et al., 2007). Representa uma maneira de avaliar se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as actividades necessárias para cuidar de si mesma e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é total ou parcial (Devons, 2002; Duarte et al., 2007). (p. 10).

Nesta lógica, o texto seguinte apresenta outra visão da relevância da funcionalidade:

A funcionalidade pode ser entendida como a capacidade da pessoa desempenhar determinadas atividades ou funções, utilizando-se de habilidades diversas para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos em seu dia-a-dia.

De modo geral, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de independentemente desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007). Essas atividades são conhecidas como atividades de vida diária (AVD) e subdividem-se em: a) atividades básicas de vida diária (ABVD) – que envolvem as relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se; b) atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos.

Entende-se então que a limitação ou a não realização dessas atividades, desenvolve um quadro de incapacidade funcional do idoso. Segundo Parahyba, Veras (2008), existem diversas formas de mensurar essa limitação, por exemplo, através da declaração indicativa de dificuldade ou de necessidade de ajuda tanto nas tarefas básicas de cuidados pessoais e quanto nas mais complexas, imprescindíveis para viver de forma independente na comunidade.

Segundo esses mesmos autores, a avaliação funcional dos idosos, nos países mais desenvolvidos, vem apontando uma melhoria nas condições de funcionalidade dessa população devido a uma multifatoriedade: i) melhoria da tecnologia médica; ii) mudanças comportamentais; iii) desenvolvimento de aparelhagem específica para pessoas com problemas de saúde; iv) melhoria da condição socioeconômica, principalmente em relação ao aumento do nível educacional dos idosos e da mudança na composição ocupacional; e v) mudanças no padrão epidemiológico da população, com diminuição substantiva das doenças infecciosas que muitas vezes ocorriam na infância e determinavam limitações e dificuldades funcionais na fase adulta da vida do indivíduo (PARAHYBA, VERAS, 2008, p. 1258).

A perda dessa funcionalidade pode ser atribuída a algumas modificações morfofisiológicas que ocorrem no indivíduo durante o processo de envelhecimento, limitando a sua autonomia, e conseqüentemente a independência.

#### Atividade Física

Caspersen, Powell, Christensen (1985) definiram atividade física como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso, por exemplo, como: caminhada, dança, jardinagem, subir escadas, dentre outras atividades. Esses mesmos autores conceituaram o exercício físico como toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física. Esta por sua vez pode ser definida em duas vertentes, relacionada à saúde e à performance (NAHAS, 2006). Segundo esse autor, a primeira contempla atributos biológicos (força e resistência muscular, flexibilidade, capacidade aeróbica, controle ponderal) que oferecem alguma proteção ao aparecimento de distúrbios orgânicos provocados pelo estilo de vida sedentário; a segunda relacionada à performance, envolve uma série de componentes relacionados ao desempenho esportivo ou laboral, como a agilidade, o equilíbrio, a coordenação, a potência e as velocidades de deslocamento e de reação muscular.

Sendo assim, deve-se estimular a população idosa à prática de atividades físicas capazes de promover a melhoria da aptidão física relacionada à saúde. Segundo estudos epidemiológicos, a prática das atividades físicas proporciona benefícios nas áreas psicofisiológicas. Sobre os benefícios psicológicos proporcionados pela prática de atividades físicas Meurer, Benedetti, Mazo (2009), realizaram um estudo com 150 idosos de ambos os sexos, que praticavam exercícios físicos em duas universidades públicas do sul do Brasil. Os resultados demonstraram que a participação nessas atividades podem ser um dos fatores da percepção positiva sobre a autoimagem e autoestima encontradas na população estudada.

Na área física, observa-se a redução do risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II; bem como, atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso ponderal (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução

da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão (OMS, 2006).

Por outro lado, quando as pessoas possuem um estilo de vida inativo ou pouco ativo, elas são classificadas como sedentárias. Segundo Nahas (2006, p 35) “considera-se sedentário um indivíduo que tenha um estilo de vida com um mínimo de atividade física, equivalente a um gasto energético (trabalho + lazer + atividades domésticas + locomoção) inferior a 500 Kcal por semana”. Esse fenômeno pode ser decorrente de diversos fatores, entre eles o desenvolvimento tecnológico que proporcionou mais comodidade à vida, incentivando a hipocinesia; maior vivência do lazer doméstico (por exemplo, televisão, vídeo games e jogos de computador), em virtude do crescimento da insegurança e do esvaziamento dos espaços públicos nos centros urbanos; carência de espaços e equipamentos de lazer comunitários que permitam a prática de atividades físicas, e outros fatores.

São inúmeros os dados na literatura que demonstram os enormes custos sociais decorrentes da adoção de um estilo de vida sedentário (LAMBERTUCCI, PUGGINA, PITHON-CURI, 2006; PITANGA, 2002). De acordo com o Center for Disease Control and Prevention dos EUA (CDC, 2004), a inatividade física é responsável por aproximadamente dois milhões de mortes prematuras no mundo anualmente (estima-se que ela seja responsável por 10 a 16% dos casos de cânceres de cólon e mama e diabetes, e 22% das doenças isquêmicas do coração); também acarreta uma elevação do custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade. Segundo dados do CDC (2004), só nos Estados Unidos, em 2000, a inatividade física foi responsável pelo gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos, mostrando assim que seu combate merece prioridade na agenda da saúde pública.

#### Atividade física e o idoso

Evidências científicas indicam claramente que a participação em programas de atividades físicas é uma forma independente para reduzir e/ou prevenir uma série de declínios funcionais associados com o envelhecimento (VOGEL et al. 2009; NELSON et al. 2007; OMS, 2005). Assim, os principais benefícios de um comportamento ativo do idoso podem ser classificados basicamente nas esferas biológica, psicológica e social, destacando-se, entre esses benefícios: a) aumento/manutenção da capacidade aeróbia; b) aumento/manutenção da massa

muscular; c) redução da taxa de mortalidade total; d) prevenção de doenças coronarianas; e) melhora do perfil lipídico; f) modificação da composição corporal em função da redução da massa gorda e risco de sarcopenia; g) prevenção/controla da diabete tipo II e hipertensão arterial; h) redução da ocorrência de acidente vascular cerebral; i) prevenção primária do câncer de mama e cólon; j) redução da ocorrência de demência; k) melhora da auto-estima e da autoconfiança; l) diminuição da ansiedade e do estresse; m) melhora do estado de humor e da qualidade de vida.

A prática da atividade física pode ser subdividida em quatro dimensões: 1) lazer (exercícios físicos/esportes); 2) deslocamento ativo (andando a pé ou de bicicleta); 3) atividades domésticas (lavar, passar, etc); 4) laboral (atividades relacionadas à tarefa profissional). A primeira dimensão pode ser classificada como uma atividade estruturada (seguindo as características de exercícios físicos), enquanto que as demais, como não estruturadas, realizadas espontaneamente ao longo do dia.

A população idosa tem aumentado consideravelmente em todo o mundo. Esse fato tem despertado a atenção da comunidade acadêmica em desenvolver pesquisas e, do Estado em elaborar políticas públicas direcionadas para o envelhecimento saudável.

A manutenção da capacidade funcional dos idosos é um dos fatores que contribuem para uma melhor qualidade de vida dessa população. Nesse sentido, a prática de atividades físicas é um importante meio para se alcançar esse objetivo, devendo ser estimulada ao longo da vida. Especificamente nessa faixa etária, deve-se priorizar o desenvolvimento da capacidade aeróbica, flexibilidade, equilíbrio, resistência e força muscular de acordo com as peculiaridades dessa população, de modo a proporcionar uma série de benefícios específicos à saúde biopsicossocial do idoso. (Maciel, 2010, pp. 1025-1030)

De facto a manutenção da capacidade funcional é um factor importantíssimo para se conseguir uma boa qualidade de vida, sobretudo a partir de uma determinada idade e a este respeito Santos (2006) apresentou a opinião de alguns autores, “Cousins e Keating (1995, Ap. Serrano, 1999) referem que os efeitos de um estilo de vida activo dos idosos são positivos uma vez que estes são mais vulneráveis aos efeitos da inactividade, perdendo algumas das suas capacidades físicas.” (p. 13).

Ainda neste contexto Santos (2006) apresentou mais opiniões, “Segundo (Berger, 1998, Ap. Duarte, 1999) a prática regular de actividade física provoca uma melhoria do estado emocional, do auto-conceito, auto estima, uma diminuição do stress, dos níveis de ansiedade e depressão e possibilita a vivência de momentos de prazer.” (p. 16)

Nesta lógica também Rocha (2012) referiu que, “O declínio da funcionalidade física e perda de mobilidade nesta fase da vida está associado não só ao processo de envelhecimento como também à diminuição ou falta de atividade física na terceira idade (Bastone e Jacob, 2004).” (p. 4)

Nesta perspectiva, outro artigo de opinião é também elucidativo quanto à necessidade de o idoso mesmo sem qualquer ocupação, quer ela seja social, familiar, ou outra, manter com regularidade ocupação física e mental.

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão.

É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de "estilos de vida saudáveis" é encarada pelo sistema de saúde como uma ação estratégica.

Nesse processo, alguns aspectos são facilitadores para a incorporação da prática corporal / atividade física, como o incentivo de amigos e familiares, a procura por companhia ou ocupação, alguns programas específicos de atividade física e, principalmente, a orientação do profissional de saúde estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

Os benefícios da prática corporal/atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados.

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida.

[...]

Não está claro ainda qual o melhor tipo e nível de prática corporal/atividade física, uma vez que esses variam acentuadamente em diferentes estudos. Existe discordância sobre qual seria o melhor exercício para provocar efeito benéfico no idoso. De uma forma geral, deve-se procurar desenvolver exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular. (Cadernos de Atenção Básica, 2006, pp. 21-22).

Se de forma natural a funcionalidade, aliada a uma prática de vida saudável, permite à pessoa idosa a manutenção das suas actividades de vida diária, logo a sua independência relativamente a terceiros, a falta ou a diminuição dessa funcionalidade, pode ser tremendamente incapacitadora, não só a nível motor, como a nível psicológico.

Também Cerqueira (2010) se pronunciou relativamente a esta matéria:

A funcionalidade implica todas as funções psicológicas do indivíduo, as suas actividades e envolvimento no contexto de vida. A noção de incapacidade implica deficiências, limitações de actividade ou restrição da participação no quotidiano. Neste âmbito surge o conceito de incapacidade funcional, entendida como a restrição de actividades decorrente de uma deficiência. Manifesta-se quer em termos de desempenho quer de actividade funcional e tanto no âmbito psicológico como social (OMS, 2001). Ou seja, traduz-se em incapacidade ou dificuldade de realizar tarefas quotidianas essenciais para uma vida independente, com redução da sua qualidade e aumentando o risco de dependência ou morte prematura. Ao comprometer a capacidade funcional do indivíduo, reflecte-se na manutenção da sua autonomia, na forma como se adapta a novas situações e utiliza os recursos disponíveis, assim como nas estratégias de enfrentamento que possui.

A incapacidade funcional é influenciada tanto por condições de saúde física como por factores psicológicos e sociais do indivíduo. A existência de funcionalidade ou de incapacidade irá assim condicionar positiva ou negativamente a habilidade do indivíduo em tomar decisões e agir de forma autónoma ao longo do seu processo de envelhecimento, independentemente da presença ou ausência de doenças. Ressalve-se também que mesmo existindo incapacidade, a noção de bem-estar e de saúde podem estar presentes. (p. 31).

### 1.3- Autonomia

Também no âmbito da autonomia, temos a descrição de alguns conceitos, como é o caso da informação veiculada através de publicações, como por exemplo a dos Cadernos de Atenção Básica (2006), que neste âmbito transmitiram o seguinte:

Autonomia – pode ser definida como auto-governo e se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões.

Independência – significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa.

Dependência – significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa.

Muitas pessoas mantêm sua autonomia (capacidade de decisão) embora sejam dependentes (incapacidade física para executar uma determinada ação). Por exemplo: um idoso que após um Acidente Vascular Encefálico (AVE), apresenta limitação em sua mobilidade e requer auxílio para tomar banho (dependência), mas pode ser perfeitamente capaz de decidir o horário do banho, a roupa que prefere vestir (autonomia), etc.

A capacidade de tomar decisões e a de auto-governo podem ser comprometidas por doenças físicas e mentais ou por restrições econômicas e educacionais. Infelizmente, é muito freqüente observar que, na vigência de situações de dependência, a autonomia da pessoa idosa tende a não ser considerada. Parece ser erroneamente aceitável que, uma vez que ele não é parcial ou totalmente capaz de executar uma ação (em termos físicos), ele também não é capaz de decidir sobre a mesma. Tal observação ocorre tanto no contexto familiar como no institucional. A condição de dependência é a que mais amedronta os idosos. A principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas idosas.

Na presença de declínio cognitivo, as informações dadas pela pessoa idosa deverão ser confirmadas com o acompanhante. Se as deficiências forem relatadas ou observadas, o tempo e o motivo do aparecimento podem ajudar na determinação da causa e na avaliação de sua potencial reversibilidade. Déficits agudos ou subagudos são sintomas freqüentes de doenças, e tratá-las auxilia no restabelecimento da função.

A avaliação funcional determinará, necessariamente, o grau de dependência da pessoa idosa e os tipos de cuidados que vão ser necessários, além de como e por quem os mesmos poderão ser mais apropriadamente realizados.

Espera-se que essa ajuda venha das famílias, no entanto, um estudo recente (Duarte, 2005) demonstrou, que a ajuda fornecida pelas famílias às pessoas idosas com dificuldade no desempenho de uma ou mais atividades de vida diária gira em torno de 50% da demanda, ou seja, cerca de metade das necessidades dos/as idosos/as não são atendidas mesmo sendo necessárias. Isso mostra que, apesar do esforço da maioria das famílias no atendimento de seus familiares mais necessitados, essa ajuda não está sendo suficiente, necessitando, assim, de uma revisão nas políticas assistenciais adotadas até o momento. (pp. 39-40).

## Capítulo II

### Qualidade de Vida

#### Dimensões / Vertentes

Ao iniciar este capítulo é pertinente referir o que para a DGS representa o conceito de qualidade de vida.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde - DGS (2003), o conceito de qualidade de vida tem a ver com a percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar o estado de felicidade e de realização pessoal na procura de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.

Considerando que é apenas um conceito, é no entanto abrangente relativamente às suas dimensões, quer para o indivíduo propriamente dito, como para o contexto onde ele se insere.

Para que se possa entender com maior objectividade o que representa para uma pessoa idosa ter qualidade de vida é fundamental conhecer as dimensões / vertentes, ou sejam, as bases onde assenta essa qualidade de vida.

Muitas opiniões existem sobre esta temática, no entanto a autora que se cita de seguida, aborda-a de forma cuidada, permitindo uma melhor compreensão deste complexo conceito, assim Pereira (2006) referiu que:

A expressão “qualidade de vida” tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade – em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros –, até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica. [...]

É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente.

Nesse sentido, a qualidade de vida reflecte a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas. Diferentes conceitos têm sido estabelecidos, dos mais gerais aos mais específicos. Distinção tem sido feita entre a qualidade de vida global, as distintas dimensões da qualidade de vida (domínios) e os componentes que compõem cada dimensão.

De acordo com Arnold et al. e Suurmeijer et al., o modelo de qualidade de vida de Spilker inclui a qualidade de vida global e os diferentes domínios, bem como os diferentes aspectos que compõem cada domínio. A avaliação da qualidade de vida global, definida como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a percepção geral do bem-estar, compõe o primeiro nível do modelo de Spilker. Os domínios da qualidade de vida, separadamente, compõem o segundo nível, e os mais utilizados são o psicológico, o social e o físico, que refletem a qualidade de vida satisfatoriamente, embora alguns estudos incluam também outros domínios, como produtividade, ambiente, cognição, ocupação e situação financeira. E, finalmente, o terceiro nível do modelo de Spilker é composto pelos aspectos específicos de cada domínio. (p. 28).

De facto muitos são os factores envolvidos na percepção de qualidade de vida que cada pessoa tem, e isso é como as opiniões, cada qual tem a sua e dificilmente existem convergências.

Considerando a complexidade do ser humano, o meio ambiente que o envolve, a cultura, a idade, a saúde, a situação económica, a família, a situação profissional, os gostos pessoais, a personalidade, entre outras variáveis, facilmente constatamos que a percepção de qualidade de vida varia de forma impressionante de pessoa para pessoa.

Esta situação é tanto mais incisiva quando se trata de idosos, pois a sua perseverança, tolerância e paciência, já não abundam, faltando a muitos idosos a clarividência e a lucidez necessárias, para perceberem que apesar da sua condição de idoso mas com saúde, possuem qualidade de vida, contrastando com outros que mesmo com doenças crónicas e fracos recursos vivem de forma alegre e bem-disposta, não lamentando o que outros apelidam de triste vida a de velho.

Neste contexto Paschoal (s.d.), através do artigo “Qualidade de vida na velhice” editado numa publicação brasileira, é de opinião do seguinte:

É comum depararmo-nos, em nosso país, com queixas de ceticismo e desesperança, quando acompanhamos ou cuidamos de pessoas idosas, que lamuriam a falta de perspectiva dessa etapa da vida. Dizem-nos das saudades de sua juventude, de sua falta de motivação para continuar vivendo, de sua “certeza” de que não têm mais nenhum papel a cumprir. Ao mesmo tempo, observamos outros idosos, aparentemente alegres e satisfeitos, que nos deixam a impressão de estarem vivendo de forma plena sua velhice. A idade não explica tais diferenças, pois ela, por si só, não discrimina entre os bem e os mal-sucedidos. (para. 5)

Nas falas desses idosos encontramos determinantes de boa e de má qualidade de vida na velhice. [...] (para. 6)

Aliás, saúde é a dimensão mais valorizada pelos idosos. (para. 6)

É importante enfatizar que, ao contrário do que muita gente pensa, velhice não está associada a má qualidade de vida. O processo de envelhecimento é bastante heterogêneo e pode levar a duas situações-limite: uma com qualidade de vida muito ruim e outra com excelente qualidade de vida. Entre esses dois extremos, existem inúmeras situações intermediárias. [...] (para. 8)

Viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida. A longevidade pode ser um problema, com conseqüências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados

por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, com participação na sociedade, cumprindo papéis sociais significativos, com elevada auto-estima e encontrando um sentido para suas vidas, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado (Paschoal, 1996). (para. 10)

A expectativa de vida está aumentando em todo o mundo. O desenvolvimento sócio-econômico-cultural e a tecnologia conseguiram aumentar a sobrevida da espécie humana. Com isto, um número cada vez maior de indivíduos passa a sobreviver até 70, 80, 90 anos. Hoje, cem anos é uma idade possível. Qual a qualidade dessa sobrevivência? Como aumentar o vigor físico, intelectual, emocional e social dessa população até os momentos que precedem a morte? Como favorecer uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor? (Paschoal, 1996). (para. 11)

Podemos afirmar que o envelhecimento populacional (aumento da proporção de idosos numa população) é um triunfo. (para. 12)

Na realidade pode-se considerar um triunfo, uma conquista da Humanidade, existir a possibilidade de viver mais tempo, reservada, claro está, aos que têm essa fortuna de chegar a velho.

No entanto e tal como o autor refere, muitas questões se colocam quando se fala em viver muito tempo, mas uma até seria suficiente para reflectir até que ponto será uma vitória.

Com que tipo de qualidade de vida se atinge os 90, ou 100 anos?

É uma questão a que ninguém consegue responder e com certeza também existirá receio em viver esses anos todos com sofrimento e quem sabe, mesmo a desejar morrer.

Apesar de ser muito difícil viver muitos anos e mesmo assim manter uma boa qualidade de vida, existem contudo opiniões que revelam o que eventualmente será necessário para que isso aconteça, e a este respeito alguns autores formulam essa receita.

A este respeito Ribeiro (2012) referiu o seguinte:

Um estudo da Fundação MacArthur (1984-1998, cit in Fonseca, 1999-2004) destaca três condições para envelhecer “com qualidade”:

□ Manter um baixo risco de doença (estilo de vida saudável);

- Manter um funcionamento físico e mental elevado;
- Manter um envolvimento/compromisso ativo com a vida.”

“Indicadores de “qualidade de vida” associados ao envelhecimento (Castellón, 1998-2003, cit in Fonseca, 1999-2004) identificam os seguintes fatores como influências na QDV: a autonomia, atividade, recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, pertença a uma comunidade, relações pessoais. [...]

Um estudo realizado com 502 reformados (Fonseca, 1999-2004) destaca as seguintes categorias de “boa adaptação” à condição de reformado:

- Vida conjugal e familiar;
- Ocupação gratificante do tempo livre;
- (Re)definição de objetivos;
- Envolvimento em atividades de cultura e lazer;
- Enriquecimento da rede social (amigos). (p. 44)

Tal como se observa pela análise das anteriores opiniões, a conjugação de determinados factores poderá ser a chave do sucesso para uma vida longa e repleta de qualidade, merecendo destaque as actividades de forte conotação social, pois são das que com maior facilidade de acesso podem manter o idoso ocupado, permitindo simultaneamente uma boa saúde mental.

Ainda de acordo com Ribeiro (2012),

Segundo Neri (1993) e Paschoal (2002), para avaliar a qualidade de vida na velhice, é necessário usar múltiplas medidas de natureza biológica, psicológica e sócio estrutural. Os indicadores mais comuns de bem-estar na velhice incluem: longevidade, saúde biológica e mental, satisfação com a vida, funcionamento cognitivo, competência social, atividade, status social, continuidade de envolvimento em papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários. (p. 45)

Sem dúvida que os indicadores mencionados poderão facilitar a análise da qualidade de vida de uma pessoa, mas será também importante que os idosos sejam consciencializados para que possam ocupar o seu tempo da forma mais saudável possível.

Será necessário maior investimento nesta matéria, de modo a que a pessoa ainda antes da velhice vá inculcando na sua vida hábitos saudáveis, possibilitando um envelhecimento activo e ao mesmo tempo manter uma boa qualidade de vida.

Como já anteriormente mencionado, talvez uma das regras mais importantes para a manutenção de uma vida com relativa qualidade e mentalmente sã, é uma regular ocupação do tempo, ou seja, o idoso deverá manter horários e hábitos regulares como se ainda estivesse ocupado profissionalmente.

Neste âmbito, a pessoa idosa deve estar integrada numa rede social, no sentido de poder desenvolver actividades variadas, mas sobretudo que proporcionem uma sã ocupação mental, dado que a mente estando ocupada e em constante funcionamento também propicia a um estado de espírito saudável e por simpatia terá reflexo ao nível corporal.

A este respeito, Paúl (1991) referiu que as redes sociais de apoio são formas mediante as quais as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para manutenção e promoção da saúde das pessoas) e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema.

Também neste contexto, Martins (s.d.) é de opinião que “As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato.” (p. 133).

## Capítulo III

### Instituições

#### 1.1 – Caracterização da resposta social de Lar de Idosos, também denominado Estrutura Residencial para Idosos (Serviços prestados)

A concepção que existe actualmente deste tipo de resposta social diverge em muito da forma como se constituía no passado, sensivelmente até à década de 60 do século XX.

Os Lares de Idosos, ou Estruturas Residenciais para Idosos, denominação adoptada mais recentemente, até meados do século passado eram chamados de Asilos, locais onde se acolhiam os pobres, desvalidos, indigentes, prostitutas, órfãos e velhos, indivíduos que

nada produziam para a sociedade, que praticavam mendicância nas ruas e detinham forte conotação negativa, sendo alvo de discriminação, quer pela sociedade, como pelo Estado.

Neste contexto Fontes (s.d.) referiu o seguinte,

Neste século a questão dos órfãos, expostos, marginais, mendigos e até as prostitutas foi encarada numa nova perspectiva: todos deveriam ser retirados das ruas e através do trabalho empreendida a sua regeneração, dando a cada um ofício que lhes permitisse viver sem ser pela mendicância, que passou a ser proibida. A nova ordem que proclamou os cuidados higiénicos e preventivos, "limpava" a sociedade de todos aqueles que não se enquadravam nos padrões de comportamento burgueses: as prostitutas foram encerradas em "Casas", os loucos em hospitais, os delinquentes menores em casas de correcção, os mendigos ou indigentes em Asilos, e até os mortos vão parar aos "cemitérios públicos"... (para. 1)

Tal como referido, os então apelidados Asilos serviam sobretudo para retirar do olhar da sociedade de então, todos os que não se enquadrassem com a mentalidade burguesa vigente.

Eram depósitos de pessoas, que por motivos diversos não tinham família, ou haviam sido por ela rejeitados e tinham as ruas como o seu lar, onde a maioria estendia a mão à caridade.

De acordo com (Correia, 1998; Pinto, 1999), O asilo era um estabelecimento que recolhia e educava crianças, mendigos e inválidos. Hoje em dia, o termo é conotado com a terceira idade, mas durante muitos séculos foi entendido como instituição de assistência, de caridade, referindo-se aos estabelecimentos hospitalares que recebiam os que não tinham lar, crianças e idosos, pessoas com doenças incuráveis, órfãos e viúvas.

A expressão asilo com este significado remonta ao século XIX. Noutras épocas as instituições desta natureza eram designadas por mercearias (séculos XIII-XV), hospitais (século XIV) ou recolhimento (séculos XVI-XVIII). (para. 1-2).

Apesar do termo Asilo encerrar uma conotação fortemente negativa, também é verdade que já desde a idade média se verificava a preocupação e a necessidade de encontrar locais

onde pudessem ser assistidos e acolhidos aqueles que não tinham modo regular de sobrevivência, principalmente crianças e velhos.

(Correia, 1998; Pinto, 1999), referem também que “O asilo mais antigo de Portugal foi criado pelo Chanceler-mor de D. Dinis, o Bispo D. Domingos Jardo, em 1284, na cidade de Lisboa. Chamava-se Hospital de S. Paulo, S. Clemente e Sto. Elói.” (para. 3).

Se bem que a assistência proporcionada fosse rudimentar, no entanto era na época já entendida como um amparo aos mais necessitados e abandonados, estando os idosos entre os principais assistidos.

Com a natural evolução das sociedades, os velhos de então, como eram tratados, foram sendo olhados como indivíduos que já haviam oferecido o seu contributo para a sociedade e a sociedade tinha o dever de lhes proporcionar apoio e assistência condignas.

Até meados do século passado, geralmente os idosos eram apoiados e assistidos pelos seus familiares, residindo no seu lar até à morte.

Independentemente de existirem muitos ou poucos locais que acolhessem idosos, por norma eram as famílias que se ocupavam deles, principalmente os elementos femininos, pois a concepção de Lar de Idosos como hoje conhecemos ainda não existia e a percentagem de mulheres que trabalhavam fora de casa era inexpressiva.

À época eram numerosas as denominadas famílias alargadas, com muito maior expressão nos meios rurais, onde não era difícil encontrar famílias constituídas por dezenas de indivíduos a residirem debaixo do mesmo tecto, entre pais, filhos, noras, netos e outros elementos da família.

Estes dois pressupostos foram fundamentais para que os idosos recebessem os cuidados que necessitavam por parte dos seus familiares e mais importante, se mantivessem junto deles e nas suas habitações.

A partir da década de 40 do século XX, com a Segunda Guerra Mundial, assistiu-se gradualmente à modificação do estatuto feminino, com as mulheres a ocuparem muitos dos locais de trabalho que até então eram destinados por natureza aos homens.

Foi de facto uma transformação histórica nos pressupostos vividos anteriormente, tendo a mulher muito menos tempo para estar em casa a cuidar dos seus familiares.

Mas é sobretudo a partir da década de 60, que se começa a verificar uma transformação do que eram até àquela data as famílias alargadas, com os filhos a abandonarem o lar familiar e a procurarem outro modo de vida, mais independente, constituindo a sua própria família à margem do tecto dos pais.

Com a crescente necessidade de locais para acolhimento de idosos, pois as famílias gradualmente vão deixando de ter possibilidade de lhes proporcionar apoio e acompanhamento, surgem em maior quantidade casas para os apoiar.

Segundo Daniel (s.d.), Os Lares de Idosos materializam um modelo institucional que apareceu na Europa no século XVI destinado a acolher doentes mentais, marginais e velhos. Ao longo dos tempos, e no último quartel do século XX com uma frequência assinalável, este recurso passou a dar resposta à população envelhecida carenciada. (p. 66).

De facto tem-se vindo a assistir ao longo dos anos a uma notável evolução das instituições de apoio aos idosos, quer do conceito propriamente dito, passando pelos equipamentos físicos, mas mais relevante ainda ao tipo de apoio, assistência e meios humanos cada vez mais especializados.

Actualmente e de forma genérica, os equipamentos para apoio a pessoas idosas reúnem espaços físicos adaptados para pessoas com mobilidade reduzida, tecnologia ao serviço do idoso e principalmente recursos humanos com melhor especialização para que os cuidados sejam mais eficazes, indo ao encontro das especificidades e carências de cada indivíduo.

A este respeito Ferreira (2009) referiu o seguinte,

Lares de Idosos são equipamentos colectivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a fornecer resposta a idosos que se encontrem em risco, com perda de independência ou autonomia. Têm como principal objectivo proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática do idoso e contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento. (p. 32)

Também a extinta Direcção Geral de Acção Social em 1996 definia desta forma o conceito de Lar de Idosos, (DGAS, 1996) “Lar – Constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.” (p. 7).

Definia igualmente os objectivos a que deviam obedecer estas instituições (DGAS, 1996),

Atender e acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não permita resposta alternativa;  
Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos residentes;  
Proporcionar alojamento temporário como forma de apoio à família (doença de um dos elementos, fins de semana, férias e outras;)  
Prestar os apoios necessários às famílias dos idosos, no sentido de preservar e fortalecer os laços familiares. (p. 7).

Mais recentemente o Instituto da Segurança Social, definia também o conceito de Lar de Idosos, com a inclusão de uma nova terminologia e um âmbito de abrangência muito mais vasto e completo.

(ISS, 2007) A Estrutura Residencial constitui-se como uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento colectivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, activo e plenamente integrado. (p. 2)

Como se pode verificar, o conceito e a abrangência são de facto muito diferentes do que eram antigamente, mas mais importante são os serviços prestados e a qualidade dos mesmos.

Actualmente as estruturas residenciais para idosos, reconhecidas pelos serviços da Segurança Social, contam com inúmeros serviços à disposição dos seus residentes.

(ISS, 2007) Tendo por base as diferentes tipologias das organizações que prestam o serviço de Estrutura Residencial, independentemente do número de clientes e da sua natureza, consideram-se como essenciais os seguintes Serviços ao nível da estruturação do modelo organizacional:

- Administrativos;

- Cuidados Pessoais e de Saúde;
- Actividades de Desenvolvimento Pessoal;
- Nutrição e Alimentação;
- Higiene, Segurança e Limpeza. (p. 5)

Conforme se pode constatar, a organização de uma instituição é composta por várias categorias de serviços, sendo que alguns estão mais direccionados, ou têm o seu enfoque directamente no residente, enquanto outros tratam da componente administrativa, logística, igualmente importantes ao bom funcionamento de uma instituição.

De facto são os serviços directos ao residente que mais impacto têm na sua satisfação e geralmente são associados à projecção que a instituição tem junto da opinião pública.

Existe um conjunto de serviços de que o residente depende para a satisfação das suas necessidades básicas, sendo estas fundamentais para a qualidade da sua vida diária.

Considerando o objecto do presente estudo, descrevem-se os serviços prestados directamente aos residentes e que se encontram na génese deste trabalho.

Os referidos serviços são: Posicionamento, apoio ao wc, mudança de fralda, tratamento de pele, mudança de roupa pessoal, mudança de roupa do leito, banho parcial, banho total, corte de unhas, buço/barba, alimentação (pequeno almoço/lanche/ceia), alimentação (almoço/jantar), transporte de cadeira de rodas, arrumação de roupa lavada, fazer camas, pôr mesas/levantar mesas/transporte de refeições, transferências, nebulizações, distribuição de glicemia/pesquisa de glicemia/administração de insulina, trabalho administrativo/preenchimento de documentos do sistema de gestão da qualidade.

## 1.2 – Institucionalização em Lar de Idosos

Conforme já referido ao longo deste trabalho, já na Idade Média os idosos eram colocados em locais onde lhes era prestado apoio e acolhimento, no entanto as razões que estavam subjacentes a esse tipo de acolhimento alteraram-se substancialmente até aos dias de hoje.

Actualmente vários motivos existem para que o idoso ingresse numa instituição, desde a incapacidade para desenvolver as AVD, que pode ocorrer de modo natural ou por motivo de doença incapacitante, a inexistência de retaguarda familiar, o facto de residir sozinho, doença súbita, entre outros.

Independentemente do motivo que origina o ingresso num Lar, existem na maioria dos casos sentimentos de angústia, abandono, receio, como se a sua vida estivesse a entrar na fase final, apesar desta inquietude, o facto é que são legítimos e naturais por se enfrentar uma nova etapa da vida.

A este respeito Rodrigues (s.d.) referiu o seguinte:

Este período surge muito frequentemente como consequência de mudanças, por vezes bruscas, que afectam a normal vivência do quotidiano que os idosos desfrutaram até então. Os factores que se tomaram visíveis e que contribuíram para o desencadear desta fase de transição, que se caracteriza por uma certa desestruturação, são diversos. Segundo Thomas, estes factores podem-se agrupar em três diferentes tipos: a redução da autonomia resultante da debilidade física ou intelectual conjugada com a posse de fracos recursos económicos; o isolamento para o qual contribuem o desaparecimento do conjugue, afastamento dos filhos e amigos e diminuição do sentimento de família; e, finalmente, a perda de interesse existencial. (p. 188).

De acordo com Fernandes (2010),

Decidir entrar para uma estrutura residencial é uma grande mudança na vida de uma pessoa idosa. É uma mudança que origina, muitas vezes, a separação com o meio familiar, uma ruptura em relação à vida e aos hábitos e uma adaptação a um novo ambiente, gerando um forte impacto emocional. (p. 66).

Ainda de acordo com Fernandes (2010),

Segundo Drulhe (1981), citado por Pimentel (2001), a entrada para um lar está associada a imagens negativas, representa para as pessoas idosas o abandono, a morte, a separação, o sofrimento, esta realidade institucional não é aceite de forma plena pelo idoso. “A fase da vida em que o idoso entra para uma instituição é representada como a última etapa da sua trajectória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno” (Pimentel, 2001, p.73). (p. 66).

Na realidade não é raro assistir-se a um sentimento bem vincado de recusa e de negação a tudo o que tenha a ver com o acolhimento institucional, sendo muito difícil aos recursos humanos gerir e lidar diariamente com esta situação.

Em casos extremos verifica-se a necessidade de confrontar o idoso e/ou familiares, ou responsável pela candidatura, no sentido de esclarecer o desconforto da situação e tentar concertadamente encontrar uma solução.

Em casos mais graves por vezes a solução pode passar pela administração de fármacos, calmantes e/ou antidepressivos.

Quando se verifica a admissão de um idoso, é muito importante que seja efectuado um levantamento das necessidades da pessoa, bem como reunir o máximo possível de elementos que a caracterizem, também identificar os gostos e preferências pessoais, saber igualmente qual foi a sua vivência, caso tenha trabalhado, qual a ocupação que teve e também identificar quais os períodos do dia em que geralmente se sente com mais vitalidade para desenvolver actividades.

Este tipo de informação é extremamente útil do ponto de vista estratégico e vital, pois permite ao pessoal técnico a elaboração de um Plano Individual de intervenção para ir ao encontro dos gostos, rotinas e preferências dessa pessoa.

Neste âmbito, a Animação Sociocultural representa uma mais-valia importantíssima, pois poderá adequar as actividades a desenvolver de acordo com cada idoso, diminuindo o sentimento de recusa e negação que gera todo um mal-estar nessa pessoa, podendo mesmo inviabilizar a um bom processo de adaptação e integração.

A este respeito Sé (s.d.) referiu o seguinte:

- O pesquisador e gerontólogo Lawton fala em ambientes amigáveis para os idosos e criou o conceito de docilidade ambiental. Ambientes amigáveis resulta na oferta de recursos físicos e psicossociais de natureza compensatória para favorecer a saúde física, a funcionalidade e o bem-estar psicológico de pessoas idosas. O conceito de docilidade ambiental significa que, à medida que as competências da pessoa declinam e o comportamento depende de fatores externos, torna-se necessário criar programas para melhorar o ambiente dos idosos para que possam viver mais dignamente e com mais segurança e bem-estar. (para. 7).

Outra das soluções será ir ao encontro das rotinas diárias do idoso, que foram previamente identificadas e respeitá-las, ou seja, respeitar a hora do banho, da alimentação, de um eventual passeio diário, quando fumador permitir que possa fumar um cigarro, em local apropriado para não interferir com os outros residentes, entre outros hábitos diários, para que o impacto da mudança não se constitua como um obstáculo inultrapassável e doloroso. Neste contexto Sé (s.d.) também referiu o seguinte:

É importante lembrar que, o que caracteriza um lar não é somente o ambiente físico, mas também as preferências colocadas em cada espaço na forma de objetos, do design, das atividades desenvolvidas, dos relacionamentos e da funcionalidade. Diz respeito aos artefatos físicos, sensoriais, climáticos e funcionais que nos circundam no dia-a-dia. O que se entende por lar aqui também se estende à residência, incluindo comunidade, bairro, vizinhança, amigos, etc... (para. 4).

É evidente que uma instituição tem de fazer respeitar as suas regras e normativos legalmente exigidos, no entanto é perfeitamente exequível a sã convivência entre o que são as regras e os costumes ou rotinas do idoso.

Qualquer instituição deve adaptar-se ao seu residente, dentro do razoável, permitindo que qualquer pessoa se sinta confortável, acarinhada e acima de tudo, goste de ocupar o lugar que lhe foi reservado, pois a pessoa mais importante numa instituição é aquela a quem os serviços são dirigidos, dado que sem ela não existe razão para o funcionamento dessa mesma instituição.

Apesar de se verificarem este tipo de constrangimentos, nem todos os idosos reagem de forma negativa e em muitos casos é o próprio idoso a solicitar o internamento em Lar.

Reforçando esta ideia Fernandes (2010) partilhou a seguinte opinião:

“Apesar da institucionalização ser um momento angustiante por representar um corte simbólico ou real com a sociedade envolvente, os idosos em causa consideram que é uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais seguros e protegidos a esse nível. (Pimentel, 2001, p. 206)” (p. 64)

O Lar de Idosos, ou Estrutura Residencial, funciona como uma micro sociedade, ao nível das interações humanas e sociais, onde a convivência entre as pessoas é uma constante,

permitindo a criação de redes sociais de apoio, como também induz à expectativa de novos objectivos de vida.

Neste contexto Fernandes (2010) referiu,

Ao mesmo tempo, a institucionalização pode também acarretar, dependentemente das suas causas, integração do idoso e redes de apoio social, uma melhoria de satisfação do bem-estar do idoso, não só a nível da prestação de serviços e cuidados básicos, como a nível das interacções: do aumento das redes sociais de apoio, do sentido de pertença, da promoção de actividade física e psicológica, da criação de projectos e novos objectivos de vida. (p. 64).

### 1.3 – Enquadramento Legal

Apesar de em Portugal na década de 60 do século XX já existirem inúmeros estabelecimentos cujo objectivo era o de acolher crianças e idosos, com contrapartida onerosa, ainda não existia qualquer legislação que regulasse o funcionamento desses estabelecimentos e provavelmente nem o Estado conheceria verdadeiramente o seu número, pois não era obrigatório o registo do estabelecimento.

Considerando a situação de vazio legislativo e possivelmente a acentuada promiscuidade em que assentava o funcionamento destes estabelecimentos, o Governo liderado pelo Prof.º Dr. António de Oliveira Salazar, em 1968, criou a primeira legislação conhecida em Portugal, que visava regular estes estabelecimentos, ficando sob a tutela do então Ministério da Saúde e Assistência.

Deste modo, em 14 de Setembro de 1968, era publicado o Decreto-Lei nº 48580, cujo sumário tinha o seguinte ditado:

(Ministério da Saúde e Assistência, 1968) Sujeita à fiscalização dos serviços do Ministério, no que se refere às condições de instalação e funcionamento, os estabelecimentos com fins lucrativos que se destinem a receber crianças até aos 7 anos em regime de internato ou semi-internato ou a recolher pessoas idosas ou diminuídas.

Mais tarde, em 1969, inicia-se discussão na então Assembleia Nacional, cuja temática eram os problemas da população idosa em Portugal, o envelhecimento da população e a política da velhice.

Dois anos depois, em 1971, é criado o Serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, integrado no Instituto da Família e Acção Social, que pertencia à Direcção Geral de Assistência Social, organismo que recentemente substituíra o Instituto de Assistência aos Inválidos.

Mudanças ainda mais significativas surgem após Abril de 1976, com as profundas alterações políticas e com a entrada em vigor de uma nova Constituição.

Desta forma, a nova Constituição vem consagrar o Direito à Segurança Social, mantendo-se após a revisão constitucional de 1992.

A até então existente Assistência Social foi substituída pela Acção Social, que tem na sua génese um conjunto de acções que são desenvolvidas mediante serviços e equipamentos sociais de apoio individual e familiar, como também de âmbito comunitário, que integravam já o antigo sistema de assistência social.

Em Setembro de 1997, o Estado criou através de Decreto-Lei, o Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade (CNPTI), que funcionava como órgão de consulta no âmbito da definição e acompanhamento das políticas do envelhecimento e das pessoas idosas.

Desde 1989 e até à actualidade, o Estado Português tem vindo a actualizar a legislação que visa regular os estabelecimentos de apoio social no âmbito da segurança social relativamente a crianças, jovens, pessoas idosas e pessoas com deficiência.

No sentido do reforço da fiscalização e garante de cada vez melhores condições para os cidadãos assistidos, em 1989 tornou-se obrigatório o licenciamento de qualquer estabelecimento que visasse o desenvolvimento de actividade social no âmbito da Segurança Social.

(Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1989), Decreto-Lei n.º 30/89 de 24 de Janeiro – “Com o presente diploma visa-se reforçar a capacidade fiscalizadora dos centros regionais e sujeitar obrigatoriamente a licenciamento prévio a instalação e o funcionamento dos estabelecimentos que desenvolvem actividades de apoio social no âmbito da acção social exercida pela Segurança Social.” (p. 312)

Em 1997 novas medidas são publicadas com o objectivo do reforço do regime de licenciamento e de fiscalização dos estabelecimentos no âmbito da acção social.

Decreto-Lei n.º 133-A/97 de 30 de Maio

(Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 1997) O presente diploma define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos, adiante designados por estabelecimentos, em que sejam exercidas actividades de apoio social do âmbito da segurança social relativas a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação de situações de carência, de disfunção e de marginalização social. (p. 2624-(2))

Conforme se pode constatar pelo texto do Despacho Normativo abaixo referido, existe já a preocupação pela implementação de medidas que visem um bom ambiente propiciador de bem-estar.

Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro

(Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998) Assim, através do presente despacho, estabelecem-se as condições a que devem obedecer a instalação e o funcionamento dos lares para idosos, tendo-se em consideração que o exercício de uma actividade desta natureza deve ser propiciador de um ambiente de convívio e de participação gerador de bem-estar social e de uma vivência saudável nos estabelecimentos. (p. 766)

Com o Despacho Normativo n.º 30/2006 de 8 de Maio, foram determinadas as normas de implementação de estabelecimentos correspondentes a Lares de Idosos.

O Decreto-Lei n.º 99/2011 de 28 de Setembro alterou o Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março, que por sua vez alterou o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social.

Há dois anos a esta parte, com a Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março, foram definidas novas condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas.

#### 1.4– Dados Estatísticos

Não existe qualquer dúvida que a população idosa em Portugal tem vindo a aumentar exponencialmente, situação que se verificou sobretudo a partir de 1960, tendo vindo a

evoluir ao longo das últimas décadas, com a percentagem de pessoas idosas a sobreporem-se aos mais jovens.

Sem se verificar qualquer inversão neste estado evolutivo da população portuguesa, os dados estatísticos são claros na amostragem desta realidade.

Como exemplo, os dados estatísticos dos Censos de 2001 são reveladores de uma clara alteração na estrutura da pirâmide etária da população portuguesa.

INE (2001) “Em 2001, a proporção de jovens (0-14 anos) situou-se em 16,0% do valor total da população, sendo ultrapassada pela proporção de idosos (65 ou mais anos), que registou o valor de 16,4%.” (p. LV)

Situação que se continuou a verificar com os resultados dos Censos de 2011 e que mostram claramente a tendência da subida da percentagem de cidadãos com mais de 69 anos.

INE (2012) “A população entre os 30 e os 69 anos cresceu 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi da ordem dos 26%.” (p. 6)

Tal como já referido, cada vez mais a base da pirâmide etária se estreita e em contrapartida se avoluma no topo, com o enorme aumento da população mais idosa.

INE (2012) “A estrutura etária da população acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada. Diminuiu a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa.” (p. 5)

Este fenómeno, que tem vindo a intensificar-se há mais de 50 anos a esta parte, tem exigido também respostas ao nível da protecção social às pessoas idosas, pois sendo cada vez em maior número, mais necessidade têm no futuro de respostas sociais em maior quantidade e qualidade.

O número de equipamentos sociais (Lares de Idosos) no Continente eram em 1998 de 1181, sendo que tinham uma capacidade instalada de 49059 camas, para um total de idosos institucionalizados de 46426.

Considerando que o presente estudo decorreu numa instituição do Concelho de Vale de Cambra, Distrito de Aveiro, apresentam-se de seguida dados relativos ao Distrito de Aveiro no ano de 1998.

Assim, no Distrito de Aveiro existiam em 1998 um total de 55 equipamentos destinados ao acolhimento de idosos em carácter definitivo, representando uma capacidade total de 2264 camas, para um total de 2197 idosos institucionalizados.

Em 4 de Janeiro de 2013, o Distrito de Aveiro dispunha de 117 equipamentos destinados ao acolhimento de pessoas idosas, com uma capacidade total de 4442 camas e verificavam-se 4223 pessoas institucionalizadas.

Na mesma data, o Concelho de Vale de Cambra dispunha de 3 equipamentos, com uma capacidade total de 148 camas e 147 idosos institucionalizados.

Conforme se pode constatar, no Distrito de Aveiro em aproximadamente 15 anos, verificou-se um acréscimo muito substancial do número de equipamentos destinados à institucionalização de pessoas idosas, situação que de acordo com dados nacionais, foi idêntico nos restantes distritos.

De facto o número de respostas sociais de apoio ao idoso têm vindo a crescer e a acompanhar o número crescente de idosos, como também tem crescido a importância destes equipamentos, considerando que as famílias têm cada vez menos possibilidade de os apoiar.

Os equipamentos sociais também têm evoluído e acompanhado as necessidades dos seus ocupantes, com estruturas construídas de raiz e adaptadas ao utilizador, cada vez mais complexas e melhor estruturadas, a pensar nas dependências dos idosos, mas também naqueles que ainda ingressam com muita autonomia.

### 1.5 – Gestão de Lar de Idosos (Enfoque nos recursos humanos)

No âmbito da gestão de uma organização é fundamental ter consciência de alguns factores que assumem influência nessa mesma gestão, quer directamente, como indirectamente.

Consideram-se ainda os factores internos e externos, pois influenciam igualmente a gestão da organização e tal como as suas denominações indiciam, sentem-se internamente, como externamente.

Os ambientes são muito influentes na gestão e não diferem por se tratar de uma organização de carácter social, logo a forma como tudo se processa não é diferente de outra qualquer área.

Constata-se que os ambientes influenciam tudo aquilo que se faz, mesmo o que se pensará desenvolver, isto ao nível do planeamento.

Uma das situações que afecta grandemente uma organização e por conseguinte a sua gestão, é o ambiente externo, directo e indirecto, dado que a organização depende de um determinado número de factores que se encontram fora do espaço organizacional.

Relativamente ao ambiente externo directo, consideram-se em primeira instância os clientes, pois sem público-alvo não se verifica a necessidade de prestação de serviços.

Neste caso verifica-se uma relação directa de dependência, os clientes dependem da organização para a satisfação das suas necessidades, bem como a organização depende deles, pois é a razão principal da sua existência.

Outro factor a considerar é a concorrência, é igualmente uma enorme influência ao nível do ambiente externo directo, exercendo por isso grande pressão na organização e na própria gestão.

Também externo e de grande impacto directo na organização, são as infraestruturas existentes numa comunidade, de cariz sociocultural, lúdicas, de assistência médica/hospitalar, ou outras.

Estas estruturas, quando próximas da instituição/organização, geram um maior e melhor conforto na gestão do tempo, dos recursos humanos, materiais, mas também muito importante quanto à questão económica.

Relativamente às forças externas indirectas ou transversais, devem considerar-se as de contexto económico, político e cultural.

Estas, de uma forma ou de outra acabam por influenciar a gestão, logo o funcionamento da instituição/organização.

Fundamental na gestão de uma organização são os factores internos e a este nível considerar-se-ão dois de relevo.

As instalações ou infraestruturas e o nível do equipamento, bem como a tecnologia com que a instituição se encontra apetrechada.

O outro factor é o ambiente humano gerado pelos utentes/clientes, pelos colaboradores e o que resulta desta dinâmica em simultâneo. Este deve-se considerar de extrema importância para o bom funcionamento dos serviços prestados, mas também como agente facilitador de uma equilibrada gestão. O ambiente social dentro da instituição deve ser harmonioso e agradável para que todos os intervenientes se sintam bem.

Um dos pontos fortes numa gestão organizacional e que contribui para o seu sucesso, é a gestão do pessoal/colaboradores.

De facto é de suma importância, tanto mais quando se trata de uma instituição de cariz social, onde o ênfase terá forçosamente de ser colocado nas pessoas, ou seja, pessoas que cuidam de outras pessoas.

Considerando que na génese deste trabalho está a maximização dos recursos humanos, a forma como estes são geridos é ponto fundamental, mas sobretudo trata-se de direccionar a força de trabalho para onde ela é mais necessária, indo ao encontro da plena satisfação das necessidades evidenciadas pelos residentes.

As instituições, tal como a maioria da sociedade, enfrentam dias muito difíceis, onde a racionalização dos serviços está na ordem do dia, talvez mesmo dos próximos anos, ou décadas.

Relativamente a esta conjuntura que afecta as IPSS, Ferreira (2012) é de opinião que:

“Dada a conjuntura atual, acreditamos que as IPSS têm necessariamente que integrar a sustentabilidade como prioridade estratégica de modo a tornarem-se mais modernas, inovadoras e competitivas.” (p. 6)

Para uma instituição que se encontre de acordo com as exigências legais, os recursos humanos devem representar cerca de 65% do seu orçamento anual, números muito elevados para fazer face aos problemas de sustentabilidade e autonomia da maioria das instituições de cariz social, onde o Estado vem reduzindo de forma gradual o seu impacto financeiro relativamente aos orçamentos destes equipamentos.

Neste âmbito Ferreira (2012) refere também o seguinte:

“As mudanças políticas e económicas sofridas pelo governo português nos últimos anos levou a uma mudança de paradigma das IPSS, caracterizada por garantir as respostas de qualidade aos utentes com menos recursos. Ou seja, com este cenário instalado, por um lado, a procura dos serviços sociais junto destas instituições é cada vez maior e mais exigente, por outro lado, o governo tem menos recursos financeiros para financiar as IPSS, obrigando-as a investir em alternativas que promovam a sustentabilidade económica.” (p. 11)

Numa lógica de sustentabilidade e autonomização relativamente aos apoios externos, diga-se estatais, cada vez mais uma gestão equilibrada dos recursos humanos deve ser considerada fundamental.

Tal como já mencionado, os recursos humanos devem ser direccionados para onde são mais necessários, isto é, para os picos de maior volume de trabalho durante o dia, mas sobretudo o número de colaboradores não deve ser excedentário relativamente ao número de utentes.

Na segunda parte deste trabalho, componente empírica, é desenvolvido estudo relativamente ao rácio utentes/colaboradores, onde se demonstra a forma como se pode ajustar o número de colaboradores para fazer face aos serviços/tarefas, relativamente às necessidades dos utentes, estes identificados como semidependentes e dependentes.

#### 1.6 – Desafios Actuais e Respostas aos Desafios

Actualmente as instituições de cariz social atravessam um período bastante complicado, sobretudo devido à escassez de recursos, nomeadamente financeiros.

Neste contexto adverso e como um dos fundamentais suportes financeiros é o Estado, tendo este a sua capacidade financeira comprometida, surgem inevitavelmente dificuldades para continuar a propiciar os apoios a que os seus parceiros, entenda-se as instituições, se habituaram, principalmente por intermédio dos Acordos de Cooperação.

Uma das situações mais visíveis e que se têm verificado nos últimos anos, é a necessidade do alargamento da capacidade de vagas nesses Acordos, quer típicos, como atípicos, demonstrando o Estado incapacidade de tesouraria como há muitos anos não se assistia.

Esta debilidade do poder central para com os parceiros sociais, inviabiliza em inúmeros casos a uma maior e mais eficaz redistribuição dos recursos, para aplicação quer em meios humanos, como materiais, no sentido de ir ao encontro das necessidades legítimas das populações, estas cada vez mais em dificuldade por via da recessão económica que tem atingido toda a Europa, mas sobretudo os países do sul, onde se inclui Portugal.

Não demonstrando o Estado capacidade para apoiar devidamente, aquilo que por dever lhe incumbe, o bem-estar, a qualidade de vida e conforto dos cidadãos, no fundo exercer devidamente a acção social, mas sobretudo a protecção social à população mais desfavorecida, no entanto e mau grado este contexto desfavorável, as instituições apesar de rarearem nos recursos, continuam a proporcionar os apoios às populações das comunidades onde se encontram inseridas, minimizando na medida do possível os impactos negativos que derivam da escassa intervenção do Estado.

No entanto com cenário tão complexo, como será então viável a continuidade desse suporte.

Para contrariar esta situação, as instituições do terceiro sector deverão apostar cada vez mais na sua autonomização financeira, dependendo gradualmente menos do Estado, residindo aqui o maior dos desafios para estas organizações.

Uma das soluções para contrariar estas adversidades, será o apostar cada vez mais na qualidade dos serviços prestados, tanto mais que dentro de pouco tempo é previsível que os apoios estatais sejam canalizados quase em exclusivo para as instituições que se encontrem certificadas no âmbito da qualidade.

Assim, não só se garantirá o contínuo apoio do poder central, como também se dará uma resposta mais efectiva ao crescente critério de exigência por parte dos clientes, estes pagam mas têm o direito de exigir uma excelente resposta dos serviços, sobretudo qualitativamente.

Considerando que as organizações suportam elevados custos com pessoal, como já referido, cerca de 65% do orçamento anual e porque é impossível neste sector a automatização dos serviços, pessoas cuidam de pessoas, deve-se apostar claramente numa eficaz gestão que induza ao aproveitamento integral, sem a existência de excedentes, deste oneroso recurso.

A principal temática deste trabalho de investigação tem o principal enfoque em contribuir com uma ferramenta que permita às instituições sociais a maximização dos recursos humanos, sem colocar em questão a qualidade dos serviços prestados.

É fundamental a existência de um equilíbrio entre o tempo necessário para a prestação dos cuidados aos clientes e as horas disponibilizadas pelos colaboradores, sendo objectivo uma poupança evidente no que representam horas desperdiçadas, ou não utilizadas eficazmente. Em contexto de escassos recursos, as instituições poderão também enveredar por uma aposta mais consistente no voluntariado, aproveitando o apoio gratuito e sempre muito útil dos cidadãos que se interessam pelas causas sociais.

Neste âmbito, Parente, Marcos e Amador (2012), referem:

“O recurso ao trabalho voluntário em Portugal aponta para uma conceção do voluntário como solução de recurso, cujo valor económico no mercado é baixo ou nulo para as organizações que o integram. Porém, o voluntariado pode ser uma via de profissionalização das organizações ao proporcionar a integração de indivíduos qualificados, do mesmo modo, que estes encontram nas organizações oportunidades de realização pessoal e profissional. Destaque para aquisição de competências que as atividades de voluntariado podem proporcionar, aquisição de saberes e alargamento da sua rede de conhecimentos o que pode proporcionar novas oportunidades no mercado de trabalho (Sardinha, 2011).” (p. 5)

Neste âmbito, complementar este apoio proporcionando formação adequada a estes cidadãos, é sempre uma mais-valia, quer para os próprios, pois sentem-se mais preparados para as dificuldades dos serviços onde se inserem, mas também mais motivados e valorizados, sentindo que a sua prestação é uma majoração para a instituição.

Por outro lado, para os clientes é bastante gratificante, dado que em inúmeros casos pretendem ter companhia e um amigo com quem falar, sabendo-se que os colaboradores nem sempre têm a disponibilidade necessária para proporcionar apoio psicossocial.

Considerando que se tem vindo a assistir a uma “nova pobreza”, cujos protagonistas são famílias da classe média, afectadas por uma velha realidade que se encontrava adormecida, o desemprego, este sempre existindo ao longo dos tempos, surgiu com maior ímpeto absorvendo um extracto populacional que até há pouco tempo se mantinha estável e sem grandes problemas para enfrentar o dia-a-dia.

Os responsáveis das instituições devem permanecer atentos aos problemas da comunidade onde prestam o seu apoio, podendo implementar novas respostas sociais direccionadas ao combate a fenómenos sociais emergentes, nomeadamente no apoio a pessoas desempregadas, cuja idade e formação profissional já não permite com facilidade a reentrada no mercado de trabalho.

A aposta na formação destas pessoas poderá proporcionar-lhes novas oportunidades, inclusive bem diferentes da sua anterior ocupação.

Estes são apenas alguns exemplos de situações que podem influenciar positivamente o desempenho das organizações sociais, não só em contextos adversos, mas principalmente se forem adoptadas como práticas comuns do quotidiano.

## Parte 2 – Estudos Empíricos

### Capítulo IV

#### Metodologia

##### 1.1 Objectivos

###### 1.1.1 Objectivo Geral

Procurar o ajustamento dos tempos de trabalho dos recursos humanos, maximizando estes recursos, de acordo com os tempos necessários para efectuar os serviços disponibilizados aos residentes da resposta social de Lar de Idosos, garantindo a qualidade na prestação desses mesmos serviços.

###### 1.1.2 Objectivos Específicos

- Contabilizar o número de horas atribuídas aos recursos humanos, comparando com o número de horas necessárias para efectuar os serviços aos residentes;
- Aferir a adequação do tempo atribuído aos recursos humanos, comparativamente com o tempo necessário para serem efectuados os serviços;
- Avaliar o nível de qualidade percebida pelos residentes.

##### 1.2 Amostra

“Segundo Marconi; Lakatos (1996) e Levin (1985) a população a ser pesquisada ou universo da pesquisa, é definida como o conjunto de indivíduos que partilham de, pelo menos, uma característica em comum.” (p. 231)

No âmbito do presente estudo, a amostra é constituída por 72 indivíduos do sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 50 e os 100 anos de idade, residentes em Lar de Idosos.

A amostra é constituída por residentes semidependentes e dependentes, encontrando-se na categoria de semidependentes 9 homens e 17 mulheres, que totalizam 26 pessoas e na categoria de dependentes 14 homens e 32 mulheres, que totalizam 46 pessoas.

A idade média dos homens e mulheres semidependentes é de 85 anos, enquanto que na categoria de dependentes a idade média dos homens é de 80 anos e de 84 anos a idade média das mulheres.

Em relação à nacionalidade dos indivíduos da amostra, verifica-se que a grande maioria é portuguesa, sendo apenas uma mulher de nacionalidade brasileira, mas radicada em Portugal há muitos anos.

No que diz respeito à naturalidade, aqui a variação é grande, no entanto a maioria é natural do Concelho de Vale de Cambra, nomeadamente com a seguinte distribuição:

Concelho de Vale de Cambra: 14, Concelho de Oliveira de Azeméis: 4, Concelho de São João da Madeira: 3, com 1 indivíduo temos representados os Concelhos de Lisboa, Arouca, Fafe, Vila Nova de Gaia e Ovar.

Em relação à naturalidade dos indivíduos dependentes, e tal como na categoria de semidependentes, também é maioritariamente natural do Concelho de Vale de Cambra, com 26 pessoas.

Os outros Concelhos são, Oliveira de Azeméis: 9, Concelho de Santa Maria da Feira: 3, Concelho de São João da Madeira: 3, com 1 indivíduo temos os Concelhos de Castelo de Paiva, Viseu, Arganil, Lisboa, Porto de Mós e Brasil (não foi possível saber qual o Estado Brasileiro onde nasceu).

Nesta lógica, o grupo de indivíduos que fazem parte da presente pesquisa, inserem-se numa unidade social de uma Santa Casa da Misericórdia, partilhando não só o espaço físico, como também um determinado número de serviços que lhes são prestados e que são o garante que contribuí para a sua qualidade de vida, conforto e bem-estar.

### 1.3 Instrumentos

#### *Medição do tempo dos serviços efectuados*

Para alcançar o objectivo a que este estudo se propõe, um dos instrumentos a utilizar e também o mais significativo, é a medição do tempo dos serviços efectuados.

A viabilidade deste estudo assentou fundamentalmente no desenvolvimento deste instrumento, pois sem ele seria de todo impossível determinar quanto tempo é necessário para a execução dos serviços prestados aos residentes.

Considerando que havia a necessidade de saber o tempo médio de cada serviço, a melhor forma seria medir o tempo que cada serviço individualmente demoraria a ser efectuado.

Nesta lógica, foi necessário acompanhar os profissionais e efectuar a medição do tempo que demorou cada serviço, repetindo-se esta mesma acção por cada serviço até se encontrar o ponto de saturação, ou seja, por mais vezes que se fizesse a medição do tempo naquele serviço a média já não sofreria alterações que pudessem colocar em causa a veracidade dos tempos medidos.

*Ficha de Avaliação Multidimensional da Capacidade Física e Funcional “Índice de Katz (Katz y Cols., 1963)”*

O Índice de Katz, foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso.

Katz estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e reflectem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas actividades mais complexas, como vestir-se, tomar banho, ir à casa de banho, transferir-se, até chegar às de auto regulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção.

A maioria dos instrumentos atuais tiveram na sua génese este índice.

Na versão inicial apresentada por Katz em 1963, verifica-se que o formulário de avaliação possui três categorias de classificação: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente.

Katz e os seus colaboradores verificaram, através de estudos antropológicos, a existência de semelhança entre essas funções e o comportamento das pessoas nas sociedades primitivas, o que sugeria que as funções citadas eram biológica e psicossocialmente primárias, reflectindo uma hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras.

Este índice ou escala estabelece os seguintes parâmetros de classificação:

Se o idoso obtém apenas 6 pontos é considerado Independente, se obtém um resultado compreendido entre os 7 e os 10 pontos, inclusive, é considerado Parcialmente

Dependente, se atinge valores entre os 11 e os 16 pontos, inclusive, considera-se Dependente e por fim se obtém pontuação igual ou superior a 17 pontos é considerado Totalmente Dependente.

*“Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos”*

Um dos aspectos mais relevantes e de extrema importância no contexto da presente investigação, foi o de perceber se ao aliar a maximização dos recursos humanos se conseguia garantir o superior interesse do residente, no que diz respeito à sua qualidade de vida.

Para se aferir essa percepção, aplicou-se uma Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos, focando as perguntas em aspectos da sua estadia nesse equipamento social. O questionário encontra-se seccionado por diferentes escalas, contemplando questões sobre o conforto, competências funcionais, privacidade, dignidade, actividades significativas, relacionamentos, autonomia, satisfação com os alimentos, bem-estar espiritual, segurança e individualidade.

O número de perguntas efectuado nas diferentes escalas variou entre as 3 e as 6, dependendo do grau de subjectividade de cada escala, de modo a revelar com maior clareza o resultado obtido.

Relativamente às possibilidades de resposta, foram divididas em 3 grupos de respostas possíveis, permitindo o primeiro 4 respostas: muitas vezes, às vezes, raramente e nunca.

O segundo grupo com 2 respostas: maioria sim, maioria não e o último grupo igualmente com 2 respostas: não sabe, não responde.

Contudo será apresentado neste trabalho um resumo de itens que condensa os aspectos mais importantes da vivência em instituição, onde são efectuadas 12 questões, com as seguintes possibilidades de resposta: Excelente, Bom, Razoável e Fraco.

*“Satisfação dos Clientes”*

Para se perceber o grau de satisfação dos residentes face aos serviços prestados, foi também aplicado um questionário denominado de Satisfação dos Clientes.

As questões foram direccionadas essencialmente para os serviços prestados pelas Colaboradoras, nomeadamente no que diz respeito ao posicionamento, mudança de roupa pessoal, banho total, banho parcial, corte de unhas, entre outros.

O questionário é composto por 17 perguntas directas, sendo que algumas por abordarem o mesmo assunto foram desdobradas em alíneas.

A maioria das perguntas possibilitou resposta múltipla, podendo ser respondido: sempre, quase sempre, raramente, nunca, não sabe e não se aplica.

#### 1.4 Procedimentos

Uma das etapas mais importantes deste estudo passou pela definição dos procedimentos a seguir, para que se conseguisse atingir os objectivos traçados.

Um dos procedimentos fundamentais foi o de identificar quais os residentes cuja capacidade funcional os classificaria como Semidependentes ou Dependentes.

Para que esta situação se verificasse, definiu-se no âmbito das escalas de autonomia qual a mais adequada a aplicar, para que de acordo com o seu grau de dependência, pudessem ser classificados como Semidependentes ou Dependentes;

Considerando que a tipologia de serviço varia relativamente a um residente que é Semidependente, para outro que é Dependente, identificaram-se quais os serviços que se efectuariam a uns e a outros, pois estes serviços, bem como os cuidados a prestar a cada um têm de ser os adequados ao seu estado de dependência.

Encontrando-se definidos estes procedimentos, passou-se a uma componente mais prática do trabalho, que foi o do acompanhamento do trabalho diário das Colaboradoras (Ajudantes de Lar), para se efectuar a contagem (cronometrada) dos tempos dos serviços disponibilizados aos residentes, de acordo com o seu grau de dependência, Semidependentes e Dependentes.

Este acompanhamento permitiu encontrar, após as contagens cronometradas dos tempos dos serviços efectuados, a média do tempo utilizado em cada serviço, isto por cada residente Semidependente e Dependente.

Foi também necessário elaborar uma tabela com a identificação dos serviços efectuados e com os tempos médios encontrados.

Elaborou-se igualmente tabela com a identificação dos residentes, por meio de numeração por uma questão de privacidade da sua identidade, onde foram classificados como Semidependentes ou Dependentes e onde constassem os tempos médios por serviço efectuado.

Uma das questões que se colocou foi a de como se iria encontrar o ponto de saturação do tempo médio de cada serviço, ou seja, quantas vezes seria necessário proceder à recolha da contagem dos serviços executados.

Neste procedimento, o critério seguido foi o seguinte: em primeiro lugar ter em consideração o grau de subjectividade que cada serviço poderá conter. Ou seja, quanto mais elaborado e delicado for o serviço, portanto com grau de execução mais difícil, mais este exigirá do colaborador, logo maior grau de subjectividade terá, portanto maior teriam de ser o número de contagens.

Por outro lado, um serviço de grau de execução mais simples seria com toda a confiança mais objectivo, logo não necessitaria de um número tão elevado de contagens.

Outra variável que se teve em consideração, foi o facto de que os serviços são efectuados por vários colaboradores, logo o desempenho profissional de cada um é necessariamente diferente do de outro, aqui também se teve em consideração o grau de subjectividade inerente a esta dinâmica.

Após um determinado número de contagens, por exemplo 20 para um serviço mais elaborado, portanto com um grau de subjectividade mais elevado, efectuar-se-iam mais algumas contagens e verificar-se-ia se estas últimas influenciariam significativamente a média encontrada após as 20 iniciais.

No caso de essa situação não se confirmar, a média seria encontrada no final de 20 contagens. No entanto se as contagens efectuadas após as vinte iniciais viessem a influenciar significativamente a média final, então teriam de se efectuar mais, até ao momento em que a média não sofresse alterações e então com base nessa quantidade de contagens definir-se-ia qual o número de contagens necessário para que o valor médio fosse fidedigno, ou de confiança.

Seguindo a lógica anteriormente descrita e para se encontrar as médias de todos os serviços prestados, foram efectuadas diferentes contagens, mediante o tipo de serviço: 5 contagens para os serviços mais simples, como por exemplo o do tratamento de pele, 10 para serviços um pouco mais complexos, como o do banho total e 20 para o que se considerou de subjectividade elevada, o do banho parcial.

A observação da realização dos serviços para se proceder à contagem do tempo de cada um foi efectuada através do acompanhamento dos colaboradores, com o cuidado necessário para não influenciar a dinâmica do serviço em questão, mas sobretudo com discrição para garantir a absoluta privacidade do residente, em serviços cujo teor estava relacionado com a higiene pessoal íntima.

Na prestação dos serviços esteve sempre implícita a qualidade no desempenho dos recursos humanos, indo ao encontro das expectativas dos residentes, mas sobretudo da necessidade destes.

Para se assegurar a garantia dessa mesma qualidade, foi também aplicado aos residentes (grupo alvo) um questionário denominado de “Satisfação dos Clientes”, para se apurar se o desempenho qualitativo dos profissionais na realização dos serviços se encontrava assegurado.

As questões que foram contempladas neste questionário incidiram sobre os serviços prestados e o cuidado a ter pelos colaboradores na sua realização.

No sentido de se aferir a qualidade de vida dos residentes (grupo alvo), foi também aplicado um questionário denominado de “Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos”.

## Capítulo V

### Apresentação dos resultados

De uma forma geral, a escolha do tema de uma dissertação, tem frequentemente na sua génese uma preferência por parte do investigador, tanto do ponto de vista pessoal, como profissional.

Conforme o que seguidamente será apresentado, verificar-se-á que os serviços efectuados aos residentes diferem consoante são semidependentes ou dependentes.

Enquanto que aos residentes semidependentes são efectuados 13 serviços, aos dependentes são efectuados 20 serviços.

Esta diferença na prestação de serviços deve-se ao facto de aos residentes lhes ser aplicada, aquando a admissão, a Ficha de Avaliação Multidimensional da Capacidade Física e Funcional Índice de Katz, que permite uma avaliação da capacidade física e do estado

funcional do idoso, proporcionando aferir quais os serviços de que o residente vai necessitar.

Importa também referir que no âmbito da presente investigação, foram definidas 3 categorias de classificação com base no Índice de Katz, Independente, Semidependente e Dependente.

A opção por 3 categorias, em vez das 4 preconizadas pelo Índice de Katz, deixando aparentemente de fora a categoria de Totalmente Dependente, teve que ver com o facto de o tipo de serviços efectuados a um idoso dependente serem os mesmos que são efectuadas a um idoso totalmente dependente, não se justificando considerar mais uma categoria.

Desta forma, agrupou-se na mesma categoria todos os idosos que em termos de análise pelo Índice de Katz, se consideram como Dependentes e Totalmente Dependentes.

Como informação adicional, a categoria descrita no Índice de Katz como Parcialmente Dependente, encontra-se denominada neste estudo como Semidependente.

Perante os resultados obtidos, apresenta-se uma análise crítica dos mesmos, sendo que sempre que se manifeste oportuno e pertinente, os resultados serão comentados com base nos conhecimentos do investigador, bem como com a fundamentação teórica.

A apresentação dos resultados inicia-se com as médias obtidas nos vários serviços efectuados aos residentes.

O quadro 1 apresenta a denominação dos serviços efectuados aos residentes semidependentes e as respectivas médias apuradas.

Quadro 1 – Médias por serviços efectuados aos residentes semidependentes (valores em minutos)

Residentes Semidependentes				
Serviços e Médias	Mudança de fralda	Tratamento de pele	Mudança de roupa pessoal	Mudança de roupa do leito
	1,18	2,00	3,03	2,49
	Banho parcial	Banho total	Buço / Barba	Corte de unhas
	7,1	15,03	3,03	4,27
	Distribuição de medicação/Pesquisa de glicemia/Administração de insulina	Trabalho administrativo e preenchimento de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade	Nebulizações	Fazer camas
4,32	2,47	0,41	1,64	
Arrumação de roupa lavada				
2,47	0	0	0	
	0	0	0	

Conforme se pode constatar pelo quadro 1, aos residentes semidependentes são efectuados os seguintes serviços:

- Mudança de fralda;
- Tratamento de pele;
- Mudança de roupa pessoal;
- Mudança de roupa do leito;
- Banho parcial;
- Banho total;
- Buço/Barba;
- Corte de unhas
- Distribuição de medicação/Pesquisa de glicemia/Administração de insulina;
- Trabalho administrativo e preenchimento de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade;
- Nebulizações;
- Fazer camas;
- Arrumação de roupa lavada.

Quadro 2 – Médias por serviços efectuados aos residentes dependentes (valores em minutos)

Residentes Dependentes					
Serviços e Médias	Posicionamento	Apoio ao WC	Mudança de fralda	Tratamento de pele	Mudança de roupa pessoal
	0,51	3,13	2,44	2,16	3,36
	Mudança de roupa do leito	Banho parcial	Banho total	Buço/Barba	Corte de unhas
	2,4	10,06	16,16	4,31	4,19
Alimentação: Pequeno almoço e Lanche	Alimentação: Almoço e Jantar	Transporte de cadeira de rodas	Nebulizações	Fazer camas	
3,54	14,01	2,49	0,41	1,64	
Transferências: cama para cadeira de rodas/cadeira de rodas para sofá e o inverso	Arrumação de roupa lavada	Pôr mesas/Levantar mesas/Transporte de refeições	Distribuição de medicação/Pesquisa de glicemia/Administração de insulina	Trabalho administrativo e preenchimento de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade	
3,75	2,47	4,8	4,32	2,47	

Tal como referido com o quadro 1, igualmente se enumeram os serviços efectuados aos residentes dependentes constantes do quadro 2:

- Posicionamento;
- Apoio ao WC;
- Mudança de fralda;
- Tratamento de pele;
- Mudança de roupa pessoal;
- Mudança de roupa do leito;
- Banho parcial;
- Banho total;
- Buço/Barba;
- Corte de unhas;
- Alimentação: pequeno almoço e lanche;
- Alimentação: almoço e jantar;
- Transporte de cadeira de rodas;
- Nebulizações;
- Fazer camas;
- Transferências: cama para cadeira de rodas/cadeira de rodas para sofá e o inverso;
- Arrumação de roupa lavada;
- Pôr mesas/Levantar mesas/Transporte de refeições;
- Distribuição de medicação/Pesquisa de glicemia/Administração de insulina;
- Trabalho administrativo e preenchimento de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade.

No sentido de uma melhor compreensão dos dados acima apresentados é importante referir que o serviço, “trabalho administrativo e preenchimento de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade”, comum aos residentes semidependentes e dependentes, não é um serviço efectuado directamente aos residentes, no entanto faz parte integrante da ocupação diária das Ajudantes de Lar, situação pertinente para o presente estudo.

Outra componente que importa apresentar e que já foi abordada no capítulo IV, alínea 1.4, diz respeito ao número de contagens efectuadas para encontrar a média de cada serviço.

Em seguida apresentam-se os serviços efectuados aos residentes semidependentes e o número de contagens por cada serviço:

- Mudança de fralda – 10
- Tratamento de pele – 5
- Mudança de roupa pessoal – 10
- Mudança de roupa do leito – 10
- Banho parcial – 20
- Banho total – 10
- Buço/Barba – 10
- Corte de unhas – 10
- Distribuição de medicação/Pesquisa de glicemia/Adm. de insulina – 10
- Trabalho administrativo e preenchimento de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade – 10
- Nebulizações – 5
- Fazer camas – 5
- Arrumação de roupa lavada – 5

Apresentam-se igualmente os serviços efectuados aos residentes dependentes e o número de contagens por cada serviço:

- Posicionamento – 10
- Apoio ao WC – 10
- Mudança de fralda – 10
- Tratamento de pele – 5
- Mudança de roupa pessoal – 10
- Mudança de roupa do leito – 10
- Banho parcial – 20
- Banho total – 10
- Buço/Barba – 10
- Corte de unhas – 10
- Alimentação: pequeno almoço/lanche/ceia – 10
- Alimentação: almoço e jantar – 10
- Transporte de cadeira de rodas – 10

- Nebulizações – 5
- Fazer camas – 5
- Transferências: cama para cad. de rodas/cad. de rodas para sofá e o inverso – 10
- Arrumação de roupa lavada – 5
- Pôr mesas/Levantar mesas/Transporte de refeições – 5
- Distribuição de medicação/Pesquisa de glicemia/Administração de insulina – 10
- Trabalho administrativo e preenchimento de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade – 10

Para uma instituição como um Lar de Idosos, não é suficiente ter um quadro de pessoal que cumpra os requisitos e as exigências dos serviços da Segurança Social, entidade estatal competente nesta matéria, os seus responsáveis deverão prestar especial atenção se de facto reúne condições ao nível dos recursos humanos para que possa proporcionar o melhor serviço possível, considerando que tanto o candidato, como a família, têm geralmente elevadas expectativas sobre a frequência numa estrutura deste género.

Neste contexto, a avaliação da capacidade física e do estado funcional do idoso residente é muito importante, pois é um dos meios que permite avaliar se os recursos humanos se encontram adequados e em efectivos suficientes para os serviços que são necessários realizar.

Em suma, este estudo propõe-se auxiliar a uma gestão dos recursos humanos o mais equilibrada possível, maximizando esses mesmos recursos, evitando-se excedentes com pessoal pois representam ao longo do tempo despesas consideráveis que poderão ser poupadas ou canalizadas para outras necessidades.

Cada instituição tem conhecimento, mediante o número de Colaboradores de que dispõe, quantas horas é que estão diariamente direccionadas para o trabalho directo com os idosos. Nesta lógica, sabendo-se quantas horas são necessárias por dia para efectuar os serviços aos seus residentes, poder-se-á verificar se o tempo disponibilizado pelos recursos humanos se encontra de acordo com o tempo necessário para a efectiva realização dos serviços a prestar.

Mesmo considerando que cada instituição tem as suas rotinas instaladas e o seu método de trabalho definido e organizado, mediante o que são as necessidades dos seus residentes, mesmo nestas condições é muito difícil os seus responsáveis terem a absoluta convicção

que os recursos humanos se encontram com efectivos perfeitamente adequados para fazer face ao tempo despendido diariamente na prestação dos serviços.

Para melhor percepção sobre os dados alcançados, apresenta-se quadro com uma análise global por serviço prestado, onde constam os minutos despendidos por cada serviço, a percentagem que representa os minutos despendidos por cada serviço, o total de minutos despendidos por cada dia de trabalho e o total de horas por dia despendidas, por conversão de minutos em horas.

Esta análise reporta-se a 26 residentes classificados com a categoria de semidependentes.

Quadro 3 – Total de minutos despendidos por dia para a realização dos diferentes serviços: Análise Global dos Residentes Semidependentes

<b>Análise Global Semidependentes</b>	Mudança de fralda	22,42	2,65%
	Tratamento de pele	40,48	4,78%
	Mudança de roupa pessoal	42,42	5,01%
	Mudança de roupa do leito	16,96	2,00%
	Banho parcial	284,00	33,54%
	Banho total	124,58	14,71%
	Barba/Buçó	6,50	0,77%
	Corte de unhas	3,78	0,45%
	Arrumação de roupa lavada	75,03	8,86%
	Fazer camas	43,49	5,14%
	Nebulizações	10,66	1,26%
	Distribuição de medicação/Pesquisa de Glicemia/Administração de insulina	112,32	13,26%
	Trabalho administrativo/Preenchimento de documentos do SGQ	64,22	7,58%
	<b>Total de minutos despendidos por dia</b>	<b>846,86</b>	

<b>Total de horas despendidas por dia (conversão dos 846,86 minutos em horas)</b>	<b>14,11</b>
---	--------------

Conforme se pode constatar pelo quadro anterior, o serviço que ocupa mais tempo aos Colaboradores é o banho parcial, com 33,54% do tempo diário total.

Este serviço é sem dúvida o mais significativo no universo de todos os serviços, representando cerca de 1/3 do tempo diário despendido.

Em seguida aparece o do banho total com 14,71% do tempo diário total, com menor impacto em termos de ocupação de pessoal, mas também bastante significativo.

Igualmente com percentagem significativa, 13,26%, a distribuição de medicação/pesquisa de glicemia/administração de insulina, é um serviço, ou melhor, um conjunto de tarefas, que representam uma fracção de tempo a ter em consideração na organização da instituição.

De igual modo, apresenta-se também quadro com uma análise global por serviço prestado, onde constam os minutos despendidos por cada serviço, a percentagem que representa os minutos despendidos por cada serviço, o total de minutos despendidos por cada dia de trabalho e o total de horas por dia despendidas, por conversão de minutos em horas.

Esta análise reporta-se a 46 residentes classificados com a categoria de dependentes.

Quadro 4 – Total de minutos despendidos por dia para a realização dos diferentes serviços: Análise Global dos Residentes Dependentes

<b>Análise Global Dependentes</b>	Apoio ao WC	247,27	5,18%
	Posicionamento	1,53	0,03%
	Mudança de fralda	346,48	7,26%
	Tratamento de pele	99,36	2,08%
	Mudança de roupa pessoal	147,84	3,10%
	Mudança de roupa do leito	62,99	1,32%
	Banho parcial	1 398,34	29,30%
	Banho total	143,20	3,00%
	Corte de unhas	5,72	0,12%
	Barba/Buço	26,03	0,55%
	Alimentação: Pequeno almoço/Lanche/Ceia	307,40	6,44%
	Alimentação: Almoço/Jantar	784,56	16,44%
	Transporte de cadeiras de rodas	453,18	9,50%
	Arrumação de roupa lavada	113,62	2,38%
	Fazer camas	105,60	2,21%
	Pôr mesas/Levantar mesas/Transporte das refeições	121,05	2,54%
	Transferências: cama para cadeira de rodas/cadeira de rodas para sofá e o inverso	77,55	1,63%
	Nebulizações	20,09	0,42%
	Distribuição de medicação/Pesquisa de Glicemia/Administração de insulina	194,81	4,08%
	Trabalho administrativo/Preenchimento de documentos do SGQ	115,47	2,42%
<b>Totais de minutos despendidos por dia</b>	<b>4.772,09</b>		

<b>Total de horas despendidas por dia (conversão dos 4.772,09 minutos em horas)</b>	<b>79,53</b>
---	--------------

Após a análise ao quadro referente aos residentes dependentes e comparando com os dados do quadro dos residentes semidependentes, percebe-se que também aqui o serviço de banho parcial é o mais significativo comparativamente com os demais serviços, atingindo o valor de 29,30% do tempo diário dispensado na realização dos mesmos.

O apoio proporcionado nas refeições, almoço e jantar, representa o segundo tempo onde os recursos humanos mais se encontram ocupados, com 16,44%.

A análise deste valor é elucidativa do grau de dependência dos residentes, dado que o pessoal ocupa uma grande percentagem do dia no apoio à alimentação, sinónimo que estes residentes não dispõem de condições para se bastarem a si próprios numa actividade básica de vida diária como esta.

Com menor impacto na ocupação dos recursos humanos, mas ainda com valor distante dos restantes serviços, o transporte de cadeiras de rodas representa 9,50% do tempo disponível. Aqui também é perceptível o grau de dependência na limitação destes residentes no que diz respeito à locomoção.

A diferença mais significativa entre os residentes semidependentes e os dependentes, relativamente ao tempo que ocupa os recursos humanos, verifica-se na quantidade de serviços prestados, 13 aos semidependentes e 20 aos dependentes.

Geralmente num equipamento social deste género, o número de residentes com índice de maior dependência é sempre superior ao número de residentes com menor índice, o que obriga a que os recursos humanos sejam em número suficiente e adequado ao trabalho a desenvolver.

Conforme foi possível observar pelos dados obtidos, para um universo de 72 residentes, sendo 26 semidependentes e 46 dependentes, é necessário um tempo total diário de 93 horas de trabalho de recursos humanos para que lhes sejam prestados os serviços/tarefas necessários para garantir o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

### Resultados da aplicação do Questionário “Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos”

Parte integrante deste trabalho é perceber se os residentes usufruem de qualidade de vida apesar de institucionalizados, como resultado do apoio e acompanhamento que lhes é proporcionado.

Neste contexto apresentam-se as percentagens das opiniões dos residentes relativamente a parâmetros da sua qualidade de vida.

Quadro 5 – Resultados da aplicação do Questionário “Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos”

	<b>Excelente</b>	<b>Bom</b>	<b>Razoável</b>	<b>Fraco</b>
Sentir-se confortável	36,59%	58,54%	2,44%	2,44%
Fazer o que quer	4,88%	58,54%	34,15%	2,44%
Ter privacidade	17,07%	63,41%	17,07%	0,00%
Poder fazer escolhas no seu dia-a-dia	24,39%	60,98%	14,63%	0,00%
Sentir que a sua dignidade é respeitada	46,34%	51,22%	2,44%	0,00%
Ter coisas interessantes para ver e fazer	12,20%	53,66%	29,27%	2,44%
Gostar da comida e que chegue a hora das refeições	51,22%	48,78%	0,00%	0,00%
Fazer coisas que gosta	14,63%	73,17%	12,20%	0,00%
Ter boas amizades	17,07%	78,05%	4,88%	0,00%
Sentir segurança	24,39%	73,17%	2,44%	0,00%
Ir às celebrações religiosas	60,98%	24,39%	12,20%	2,44%
Sentir que a sua vida é boa	7,32%	80,49%	12,20%	0,00%

Analisando as opiniões dos residentes, conclui-se que a resposta Bom prevalece maioritariamente sobre todas as outras opções, exceptuando duas questões, uma relativa à comida e a outra às celebrações religiosas, onde a resposta seleccionada foi a de Excelente. De notar que as opções Razoável e Fraco têm pouca expressão percentual quando comparadas com as restantes opções.

Pelo resultado obtido na última questão, os residentes são de opinião que a sua vida institucional é boa, não havendo quem indicasse o fraco como opção válida para demonstrar a sua vida actual.

Poder-se-á então considerar que de acordo com os resultados obtidos, o trabalho desenvolvido no apoio e acompanhamento aos residentes é bom, influenciando de forma positiva a sua qualidade de vida.

#### Resultados do Questionário “Satisfação dos Clientes”

Ainda no âmbito deste capítulo apresentam-se de seguida os resultados do questionário aplicado aos residentes, sobre a sua satisfação relativamente aos serviços que lhes são prestados pelas Ajudantes de Lar.

Na óptica dos responsáveis por uma instituição de alojamento e apoio a pessoas idosas, é extremamente importante ter consciência relativamente à qualidade dos serviços prestados, ou seja, se essa qualidade se traduz em satisfação nos seus Utentes.

Tal como mencionado anteriormente, o questionário tem o seu enfoque nos serviços que os profissionais realizam diariamente.

*Serviços Básicos Prestados a Idosos em Estrutura Residencial vs. Tempo de Execução dos Serviços  
Um Contributo para a Maximização dos Recursos Humanos*

Quadros 6, 7 e 8 – Resultados do Questionário “Satisfação dos Clientes”

	Sempre	Quase sempre	Raramente	Nunca	Não sabe/Não se aplica	Sim	Não
Costuma ter dores por estar sempre na mesma posição	6,00%	36,00%	23,00%	35,00%	0,00%	-----	-----
O seu posicionamento é mudado sempre que necessita	17,00%	17,00%	8,00%	0,00%	58,00%	-----	-----
As Ajudantes de Lar são cuidadas quando o/a mudam de posição	38,00%	4,00%	0,00%	0,00%	58,00%	-----	-----
Usa fralda	-----	-----	-----	-----	-----	58,00%	42,00%
As Ajudantes de Lar mudam-lhe a fralda sempre que necessita	56,00%	2,00%	0,00%	0,00%	42,00%	-----	-----
As Ajudantes de Lar são cuidadas quando mudam a fralda	56,00%	2,00%	0,00%	0,00%	42,00%	-----	-----
Vai à casa de banho sempre que necessita	75,00%	17,00%	2,00%	0,00%	6,00%	-----	-----
As Ajudantes de Lar são cuidadas quando o/a levam à casa de banho	48,00%	4,00%	0,00%	0,00%	48,00%	-----	-----
Acha que tem privacidade	59,00%	31,00%	4,00%	4,00%	2,00%	-----	-----
As Ajudantes de Lar são cuidadas quando lhe dão o banho parcial	81,00%	2,00%	0,00%	0,00%	17,00%	-----	-----
Acha que toma banho total as vezes necessárias	69,00%	23,00%	4,00%	2,00%	2,00%	-----	-----
Toma banho total na altura do dia que prefere	-----	-----	-----	-----	-----	96,00%	4,00%
Preferia tomar banho total em outra altura do dia	-----	-----	-----	-----	-----	100,00% (de manhã)	0,00% (de tarde ou de noite)
As Ajudantes de Lar são cuidadas quando lhe dão banho total	92,00%	6,00%	0,00%	0,00%	2,00%	-----	-----
Levanta-se à hora que pretende	-----	-----	-----	-----	-----	90,00%	6,00% queria levantar-se mais cedo e 4,00% queria levantar-se mais tarde
Deita-se à hora que pretende	-----	-----	-----	-----	-----	90,00%	4,00% queria deitar-se mais cedo e 6,00% queria deitar-se mais tarde
Faz tratamento de pele (aplicação de creme) após o banho total e/ou parcial	21,00%	33,00%	2,00%	0,00%	33,00%	-----	-----

	Diariamente	Mais que 3x por semana	Menos que 3x por semana
Com que frequência faz a muda de roupa pessoal	31,00%	69,00%	0,00%

	Sempre	Quase sempre	Raramente	Nunca	Não sabe/Não se aplica
Acha que faz as mudas de roupa sempre que necessita	92,00%	4,00%	0,00%	0,00%	4,00%
Corta as unhas dos pés e das mãos sempre que necessita	98,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,00%
As Ajudantes de Lar são cuidadosas quando lhe cortam as unhas	98,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,00%
Faz a barba/buço sempre que necessita	23,00%	2,00%	2,00%	0,00%	73,00%
As Ajudantes de Lar são cuidadosas sempre que lhe fazem a barba/buço	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	75,00%
As Ajudantes de Lar são educadas consigo	83,00%	15,00%	2,00%	0,00%	0,00%
Sente que é tratado/a com respeito	88,00%	10,00%	2,00%	0,00%	0,00%
As Ajudantes de Lar respeitam os seus desejos e interesses pessoais	86,00%	10,00%	4,00%	0,00%	0,00%

Perante os resultados apresentados, constata-se que a grande maioria dos residentes se encontra satisfeito com a prestação dos serviços.

De realçar que a instituição coloca à disposição dos seus residentes um espaço onde funciona semanalmente um cabeleireiro, permitindo o corte de cabelo gratuito para quem quiser usufruir desse serviço nas instalações do Lar, mas também permite às senhoras fazer o buço, igualmente de forma gratuita.

Apesar de este espaço ser gerido pela instituição, dispõe de uma profissional para a realização de todos os trabalhos inerentes a qualquer salão de cabeleireiro, a maioria gratuitos para os residentes.

Também perceptível neste questionário é o facto de vários residentes não se encontrarem em condições mentais e de lucidez que permitisse o seu contributo para as respostas, sendo remetidas para as opções de Não sabe / Não se aplica.

As percentagens das opções de Não sabe / Não se aplica, são muito variáveis por motivo de alguns residentes responderem a algumas questões, mas por problemas de saúde óbvios, deixaram de responder às questões seguintes, como também se verificou em alguns, que

deram as suas respostas intercaladamente, não seguindo a ordem pela qual as perguntas estavam a ser efectuadas.

## Capítulo VI

### Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados e não perdendo de vista o objectivo a que este estudo se propõe, é visível o impacto que os resultados obtidos têm ao nível da gestão dos recursos humanos, pois percebe-se em termos de ocupação de tempo dos colaboradores a importância que representa a execução de alguns serviços/tarefas na rotina diária de uma instituição.

Recordando por exemplo o tempo de execução do serviço/tarefa do banho parcial nos residentes semidependentes, conclui-se que só este serviço representa mais de 30% da ocupação diária dos colaboradores, sendo de quase 30% no caso dos residentes dependentes.

Os resultados obtidos das médias dos diferentes serviços realizados são por si só esclarecedores da necessidade de uma boa gestão dos recursos humanos, pois estes e como já anteriormente referido representam cerca de 65% do orçamento anual de uma instituição.

Como se pode observar, o estudo efectuado sobre as médias dos serviços são fundamentais para uma gestão equilibrada, proporcionando ao mesmo tempo a satisfação dos residentes por intermédio da qualidade na execução desses mesmos serviços.

Tomando como referência as médias, os valores alcançados, o número de residentes e mantendo a percentagem de semidependentes e dependentes do actual estudo e partindo para uma análise prática, como por exemplo a implementação de uma estrutura residencial para idosos com capacidade para 96 residentes, efectuando uma regra matemática simples, pode-se perspectivar quantas horas seriam necessárias de contributo de recursos humanos para proporcionar a totalidade dos serviços/tarefas, mas assegurando também o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida desses residentes.

Assim, se para 72 residentes são necessárias 93 horas de trabalho de recursos humanos, para 96 residentes serão necessárias X horas.

$96 \times 93 = 893$  (96 multiplicado por 93 dá um resultado de 893)

$893 / 72 = 124$  (893 dividido por 72 dá um resultado final de 124)

Se em regra geral um trabalhador efectuar 8 horas de trabalho diário, para assegurar as 124 horas, serão necessários 15 trabalhadores e 1 a meio tempo.

Numa perspectiva de gestão, seriam necessárias 124 horas diárias de trabalho de recursos humanos para fazer face às necessidades apresentadas por 96 residentes.

É evidente que uma situação destas será difícil de reproduzir na realidade, pois todas as variantes teriam de ser proporcionalmente iguais às do presente estudo para se validar uma situação como a que se acabou de exemplificar.

Considerando a dificuldade de igualar uma situação do género, apesar disso, numa situação real é verdadeiramente exequível que o presente estudo possa proporcionar indicadores fidedignos para se ter conhecimento de quantos colaboradores serão necessários, mediante o número e o grau de autonomia dos residentes.

Outras variáveis existem a ter em consideração, tais como a qualidade dos recursos humanos, espaços físicos adequados, muito importante é o factor equipamento, pois se for adequado, poderá permitir ganhos diários de tempo na execução de alguns serviços, nomeadamente os mais demorados, como o banho parcial e o banho total.

Neste âmbito, a formação dos recursos humanos é absolutamente fundamental, tanto numa lógica teórica, mas fundamentalmente prática, pois existem técnicas específicas para se efectuar correctamente uma mudança de fralda, dar um banho parcial ou total, os banhos podem ser executados em casa de banho, como no leito, aqui ter equipamento apropriado é crucial.

Outro factor a ter em consideração é a forma como são constituídas as equipas de Ajudantes de Lar, pois não é desejável ter equipas formadas onde o maior número de pessoas tenha, ou pouca formação, ou pouca experiência profissional.

Deve-se sobretudo incluir progressivamente os elementos com menos formação e menos experiência no seio de equipas já aptas profissionalmente, pois vão aos poucos entrando na

rotina e aprendendo, sem gerar impacto negativo por falta de experiência junto dos residentes.

Todas estas situações devem ser consideradas como influentes na prestação dos cuidados aos residentes, pois podem influenciar negativamente o resultado das médias dos tempos de serviços/tarefas.

Também se constatou que os residentes consideram ter uma boa qualidade de vida, bem como se encontram satisfeitos com o desempenho dos recursos humanos no que diz respeito à prestação dos cuidados necessários.

É de facto importante perceber que apesar da racionalização e maximização dos recursos humanos, a qualidade e a satisfação dos residentes não é afectada, factor cuja importância é fundamental, pois a alegria e a satisfação dos residentes no seu dia-a-dia constitui-se como mais um contributo para que a execução dos serviços seja realizada da melhor forma possível, evitando atrasos que geram quase sempre situações de aborrecimento para quem recebe o apoio e constrangimento para as equipas.

## Conclusão

A presente Dissertação de Mestrado assumiu como objectivo, o de procurar o ajustamento dos tempos de trabalho dos recursos humanos, maximizando esses mesmos recursos, tomando em consideração os tempos necessários para efectuar os serviços disponibilizados aos residentes de um Lar de Idosos, possibilitando garantir a qualidade dos serviços e assegurar a satisfação dos residentes.

Para que tal se verificasse, apoiou-se sobretudo em dois aspectos fundamentais, a identificação dos serviços prestados aos residentes, bem como o tempo de execução desses mesmos serviços.

Considerando que se trata de uma investigação fundamentalmente baseada na prática profissional e no apoio a pessoas idosas institucionalizadas em Lar, os aspectos acima mencionados revestem-se de especial importância, pois encontram-se na génese do desenvolvimento deste trabalho.

Fazendo igualmente parte do objectivo, está o de assegurar que os residentes se encontram satisfeitos com a assistência efectuada pelos recursos humanos, por intermédio da qualidade desses serviços, mesmo considerando uma gestão racional, maximizando o seu potencial de trabalho.

Pretende-se que este trabalho seja uma ferramenta prática e útil no que diz respeito ao trabalho com idosos institucionalizados, pois deverá permitir que uma instituição possua apenas os colaboradores absolutamente necessários para a realização diária dos serviços/tarefas.

Apesar do facto de que não existem duas estruturas institucionais iguais, tendo todas as suas próprias dinâmicas e rotinas, espaços físicos diferentes, colaboradores também com a sua própria individualidade, é perfeitamente possível a implementação de formas de gestão idênticas, partilhando um só objectivo, o de executar o trabalho necessário com um número de recursos humanos equilibrado e suficiente, evitando excedentes, perante o número de Utentes e os serviços a desenvolver, permitindo a garantia da satisfação de quem usufrui dos serviços.

Será igualmente útil em termos de planificação do trabalho, perceber se a instituição estará preparada ao nível dos recursos humanos quando se trata de novas admissões, pois cada novo residente tem a sua própria individualidade, as suas necessidades, as suas rotinas bem

definidas, às quais é preciso responder com qualidade e com a garantia de que os serviços de que vai precisar são efectivamente aqueles que irá ver efectuados.

Mediante a rotina diária, por exemplo os horários dos banhos, das refeições, mudança de fralda, etc. e sabendo-se quanto tempo demora a execução dos serviços e a quantidade de idosos a cuidar, percebe-se da existência de picos de maior volume de horas de trabalho, podendo-se assim direccionar mais horas de recursos humanos para fazer face a períodos de maior volume de trabalho, afectando apenas os recursos humanos absolutamente necessários para outros períodos do dia onde esse volume de horas é bastante inferior.

Havendo um número de colaboradores adequado para fazer face ao número de horas de serviços/tarefas a realizar, é possível canalizar a força de trabalho para onde ela é mais necessária, permitindo ao mesmo tempo assegurar os restantes serviços onde o volume de horas é menos expressivo.

Além da flexibilidade que permite, esta gestão é também fundamental quando se trata da admissão de recursos humanos, pois se um colaborador em regra trabalha 8 horas por dia e se houver necessidade de executar 12 horas de serviços, sabe-se que se terá de admitir um colaborador a tempo inteiro e outro a meio tempo.

Este exemplo é válido igualmente quando se trata da necessidade de redução dos efectivos, pois caso se verifique uma redução das horas dos serviços/tarefas a executar, também na mesma proporção se pode reduzir o número de horas disponíveis para o trabalho.

Regra geral, as instituições devem ter definido um quadro de pessoal que assegure o trabalho a desenvolver no âmbito de uma actividade como é uma estrutura residencial para idosos, também constitui uma obrigatoriedade da tutela, neste caso a Segurança Social, para a cooperação com as instituições através de Acordo de Cooperação, mas apesar desta obrigação que define um quadro de pessoal, nem sempre se vem a verificar que é o mais adequado, pois os rácios indicados e que têm de ser implementados, por vezes só por mera coincidência é que se encontram adequados ao trabalho que tem de ser realizado, debatendo-se as instituições com situações em que não conseguem o equilíbrio necessário para um correcto funcionamento, podendo dar-se o caso de subaproveitamento de recursos. Em suma, quando se admite um idoso deve-se ter a certeza de que todos os meios necessários estão assegurados para lhe proporcionar o melhor acolhimento, sem que lhe falte o indispensável apoio e acompanhamento, mas ao mesmo tempo que não se verifiquem recursos excedentes, com enorme impacto financeiro anual.

Considerando que uma instituição tem geralmente ao dispor da comunidade onde se insere, várias respostas sociais, a possibilidade de aplicação deste estudo a outras respostas poderá constituir uma mais valia importante na racionalização e maximização dos recursos humanos existentes.

Com grande impacto no apoio à população idosa, geralmente o serviço de apoio domiciliário requer um número significativo de recursos, entre os quais estão os colaboradores.

Dado que o tipo de serviços/tarefas a executar no âmbito deste serviço é idêntico ao desenvolvido em Lar, poderá também ter aplicabilidade para a gestão destes recursos humanos.

Tal como abordado anteriormente neste trabalho, reservam-se enormes desafios às instituições de cariz social.

Sendo o Estado o seu principal parceiro, transferindo este anualmente para as instituições milhões de euros, resultado dos Acordos de Cooperação, não parece previsível que esta situação se mantenha inalterada durante muitos mais anos, tanto mais sabendo-se das dificuldades orçamentais do Estado.

Actualmente já se verificam alterações significativas no que diz respeito à forma como o Estado avalia a sua comparticipação para as instituições, nomeadamente na resposta social de serviço de apoio domiciliário, onde recentemente passou a efectuar a comparticipação por serviço prestado e não por Utente, alteração que vem reduzir bastante o impacto financeiro que representa para as instituições a comparticipação estatal.

Para assegurarem a manutenção dos serviços prestados às comunidades onde estão inseridas, as instituições terão forçosamente de repensar a sua forma de trabalhar, devendo garantir cada vez mais um trajecto autónomo e sustentável, apesar de não deverem nunca de abdicar do apoio do Estado, pois em certa medida substituem-no naquilo que é o seu dever de protecção social e de cidadania.

Este estudo constitui apenas um contributo para auxiliar a uma mais eficaz e racional gestão dos recursos humanos, maximizando o seu potencial, permitindo ao mesmo tempo adequá-los aos serviços a realizar, não descurando a necessidade de garantir a qualidade e eficácia desses mesmos serviços.

Dada a importância, pertinência e actualidade desta temática, considera-se que muito haverá ainda a desenvolver no campo da investigação nesta área, representando um campo fértil de trabalho para outros investigadores.

## Referências Bibliográficas On-Line

Casagrande, M. (2006). *Atividade Física na Terceira Idade*. Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Brasil. Retirado de <http://www.fc.unesp.br/upload/Atividade%201.pdf>

Cerqueira, M. M. (2010). *Imagens do Envelhecimento e da Velhice – Um Estudo na População Portuguesa*. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Retirado de [http://ria.ua.pt/bitstream/10773/6477/1/tese\\_margarida.cerqueira\\_out2010.pdf](http://ria.ua.pt/bitstream/10773/6477/1/tese_margarida.cerqueira_out2010.pdf)

Correia, F. S. (1998). *Asilo*, Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura (Vol. III col. 661-663). Lisboa, Editorial Verbo. Retirado de <http://revelarlx.cm-lisboa.pt/fotos/gca/1267531171asilos.pdf>

Daniel, F. (s.d.). *Profissionalização e Qualificação da Resposta Social ‘Lar de Idosos’ em Portugal*. Retirado de <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/316/328>

Decreto-Lei n.º 133-A/97 de 30 de Maio. Diário da República, 1ª Série – A. Ministério da Solidariedade e Segurança Social. Retirado de <http://www.dre.pt/pdf1s/1997/05/124A01/00020007.pdf>

Decreto-Lei n.º 30/89 de 24 de Janeiro. Diário da República, 1ª Série. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Retirado de <http://www.oasrn.org/upload/apoio/legislacao/pdf/asocial3089.pdf>

Decreto-Lei n.º 99/2011 de 28 de Setembro. Diário da República, 1ª Série, N.º 187. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Retirado de <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/09/18700/0454604554.pdf>

Decreto-Lei nº 48580 de 14 de Setembro de 1968. Diário do Governo, 1ª Série. Ministério da Saúde e Assistência. Retirado de <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19681695%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='DecretoLei'&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>

Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro. Diário da República, 1ª Série – B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Retirado de <http://www.dre.pt/pdf1sdip/1998/02/047B00/07660774.PDF>

Despacho Normativo n.º 30/2006 de 8 de Maio. Diário da República, 1ª Série – B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Retirado de <http://www.dre.pt/pdf1sdip/2006/05/088B00/32593259.pdf>

Direcção Geral da Saúde – Circular Normativa Nº 13 / DGCG de 02/07/2004. Retirado de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Direcção-Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação (1996), *Lar para Idosos (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*. Retirado de [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Lar\\_idosos](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Lar_idosos)

Fernandes, S. (2010). *Vivências em Lares de Idosos: Diversidade de Percursos – Um Estudo de Caso*. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto, Portugal. Retirado de <http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/360/1/TME%20434%20tese.pdf>

Ferreira, C. (2009). *Envelhecimento e Lazer*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/13532>

Fontes, C. (s.d.). *História da Formação Profissional e da Educação em Portugal, Idade Contemporânea – (Séc. XIX) – Ensino nos Asilos e Orfanatos*. Retirado de <http://educar.no.sapo.pt/histFormProf92.htm>

Instituto Nacional de Estatística (2001). *Censos 2001*. Retirado de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos\\_historia\\_pt\\_2001](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001)

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Destaque – Informação à Comunicação Social*. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_bo ui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2)

Instituto da Segurança Social – Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais (2007). *Estrutura Residencial para Idosos – Manual de Processos-Chave*. Retirado de [http://www4.segsocial.pt/documents/10152/13337/ggrs\\_lar\\_estrutura\\_residencial\\_idosos\\_Processos-Chave](http://www4.segsocial.pt/documents/10152/13337/ggrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave)

Junior, G. P. (2004). *Sobre alguns conceitos e características da velhice e terceira idade*. Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Retirado de <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1255/1067>

Leandro, C. J. (2011). *Bem-Estar Subjectivo, Auto-Estima e Autopercepções no Domínio Físico em Idosos: Estudo Comparativo entre Idosos Praticantes e não Praticantes de Atividade Física Regular*. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20007>

Maciel, M. G. (2010). Motriz, Revista de Educação Física, UNESP, (v. 16, n. 4), pp. 1024-1032. *Atividade Física e Funcionalidade do Idoso*. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a23v16n4.pdf>

Martins, R. (s.d.). *A Relevância do Apoio Social na Velhice*. Retirado de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/429/1/A%20relev%C3%A2ncia%20do%20apoio.pdf>

Mendes, S. (2008). *Avaliação do Risco de Dependência Funcional em Pessoas Idosas*. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Retirado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3283/1/2009000498.pdf>

Ministério da Saúde (2006). *Cadernos de Atenção Básica. Prática Corporal/Atividade Física* (19), 21-22. Retirado de [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)

Nações Unidas no Brasil – ONUBR. (2013). *A ONU e as pessoas idosas*. Brasil. Retirado de <http://cuidando-do-seu-melhor.webnode.pt/news/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>

Paschoal, S. (s.d.). Portal do Envelhecimento – *Sua Rede de Comunicação e Solidariedade*, Retirado de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/pforum/eqvspp4.htm>

Páscoa, P. (2008). *A Importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Retirado de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/703/2/Monografia%20Pedro%20P%c3%a1scoa.pdf>

Pereira M. & Roncon J. (2010). *Relacionamento Familiar em Pessoas Idosas: Adaptação do Índice de Relações Familiares (IFR)*. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v11n1/v11n1a04.pdf>

Pereira, R. J. (2006). *Qualidade de Vida de Idosos – Município de Teixeiras – MG*. Universidade Federal de Viçosa, MG, Brasil. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a05.pdf>

Pinto, M. (1999). *Os indigentes entre a assistência e a repressão. A outra Lisboa no 1.º terço do século*. Lisboa: Livros Horizonte, 1999. ISBN 972-24-1044-X. Retirado de <http://revelarlx.cm-lisboa.pt/fotos/gca/1267531171asilos.pdf>

Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março. Diário da República, N.º 58 – 1.ª Série. Ministério da Solidariedade e Segurança Social. Retirado de [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/532229/Portaria\\_n\\_67\\_2012\\_21\\_marco](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/532229/Portaria_n_67_2012_21_marco)

Ribeiro, A. S. (2012). *Solidão e Qualidade de Vida em Idosos*. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Retirado de [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3658/3/PG\\_AnaRibeiro.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3658/3/PG_AnaRibeiro.pdf)

Rocha, S. P. (2012). *Efeitos do Aumento da Atividade Física na Funcionalidade e Qualidade das Pessoas Idosas do Centro Social de Ermesinde*. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal. Retirado de <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5022/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio%20-%20Definitivo.pdf>

Rodrigues, J. (s.d.). *Razões de Entrada para um Lar de Idosos*. pp. 187-190. Retirado de <http://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/download/1086/875>

Santos, A. (2006). *Exercício Físico e Estado de Saúde numa População Idosa*. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13726/1/Exerc%c3%adcio%20f%c3%adsico%20e%20estado%20de%20sa%c3%bade%20numa%20popula%c3%a7%c3%a3o%20idos a.pdf>

Sé, E. (s.d.). *Mente na Terceira Idade, Como Deve Ser o Ambiente Favorável ao Idoso*. Retirado de [http://www2.uol.com.br/vyaestelar/ambiente\\_idoso.htm](http://www2.uol.com.br/vyaestelar/ambiente_idoso.htm)

Silva, J. S. (2010). *Funcionalidade e Bem-Estar Psicológico em Idosos Residentes na Comunidade: Um Estudo Exploratório*. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Retirado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2827/1/ulfp037541\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2827/1/ulfp037541_tm.pdf)

Universidade Aberta da Terceira Idade, UnATI (2003). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, (vol. 6, n. 2), s.p. *Textos Envelhecimento*. Retirado de <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php>

## Referências Bibliográficas

D.G.S. – DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003). Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso, Circular Informativa da Direcção Geral de Saúde.

Parente, C., Marcos, V., Amador, C., (2012). *Gestão do Voluntariado no Terceiro Setor Português: Pistas Preliminares de Reflexão*. Universidade do Porto

Marconi, M. de A., Lakatos, E. M., (1996). Técnicas de pesquisa: planeamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração análise e interpretação de dados. 3ª edição. São Paulo: Atlas

Paúl, M. C. (1991). *Percursos pela Velhice: Uma Perspectiva Ecológica em Psicogerontologia*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Ferreira, Maria João (2012). Projecto final de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho.