



# FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



## Percepção dos Idosos acerca da sua Qualidade de Vida em Instituição

---

Dissertação de Mestrado  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Gerontologia Social

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz

Coimbra, Setembro de 2012



# FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



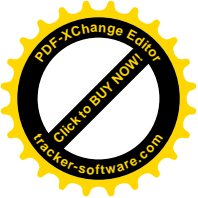
## Percepção dos Idosos acerca da sua Qualidade de Vida em Instituição

---

Dissertação de Mestrado  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Gerontologia Social

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz

Coimbra, Setembro de 2012



## AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos são dirigidos a todos aqueles que directa ou indirectamente tornaram possível a concretização deste trabalho:

À Professora Doutora Helena Reis pela partilha de conhecimentos, pela orientação e pelo espírito crítico que muito contribuíram para a realização da dissertação.

À Professora Isabel Miguel pela colaboração e disponibilidade que sempre demonstrou, fundamentais na idealização do trilho agora percorrido.

À direcção e aos profissionais das instituições onde foi feita a recolha de dados, por terem aceite a proposta com satisfação e por me terem acolhido tão calorosamente.

Aos residentes das instituições que colaboraram no preenchimento dos inquéritos. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

Ao Nuno por toda a paciência, motivação e cumplicidade constantes.

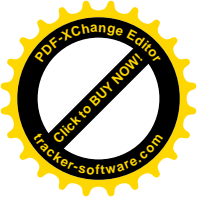
Aos meus pais, pela força e encorajamento para ir de encontro aos meus objectivos.

À minha família que foram um pilar e um suporte ao longo de todo o trabalho.

Aos colegas de mestrado que me acompanharam neste percurso académico, pela partilha de todos os momentos que marcaram o meu crescimento pessoal e académico.

À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vouzela e em especial ao Provedor pela compreensão das minhas ausências.

A todos, o meu muito obrigada!



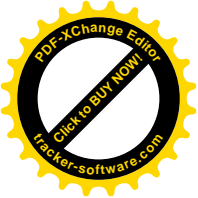
## RESUMO

O aumento da longevidade constitui um novo repto para as sociedades, e para a própria população que envelhece em todo o mundo. Viver mais é uma aspiração e torna-se relevante desde que se consiga conjugar qualidade e bem-estar. **Objectivos:** Desde a década de noventa que o termo qualidade de vida tem vindo a ganhar uma importância acrescida na pesquisa científica, na prática clínica, e agora também em equipamentos gerontológicos como são os Lares de Idosos. Esta importância deve-se não só à avaliação da prestação de cuidados, mas também à qualidade de vida dos seus utentes. Os desafios face a esta realidade são muitos e, exigem um novo olhar devido ao seu impacto ao nível social. Sendo a meta de todas as sociedades procurar prolongar a vida dos seus cidadãos não seria coerente que, a este, não estivesse associada a melhoria da sua qualidade de vida. Os objectivos deste estudo baseiam-se em caracterizar globalmente a amostra, analisar quais as implicações que a institucionalização acarreta na vida dos idosos e de que forma contribuem para a sua QV, caracterizar o ambiente institucional dos lares de idosos pertencentes aos concelhos de Oliveira de Frades e São Pedro do Sul, avaliar as causas da institucionalização, caracterizar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas e identificar variáveis que possam interferir na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. **Amostra:** O estudo abrangeu dois Lares dos Concelhos de Oliveira de Frades e S. Pedro Sul, especificamente na zona Dão Lafões, para tal, foram seleccionados 55 idosos de ambos os sexos, cujas idades estão compreendidas entre os 62 e os 93 anos de idade, o método de amostragem utilizado foi por conveniência. Para melhor aferir a pertinência das questões foi efectuado um pré-teste a utentes institucionalizados num lar de idosos não pertencentes à amostra. **Metodologia:** Consistiu num estudo exploratório do tipo quantitativo e descritivo. Os instrumentos utilizados foram um inquérito que incluía a recolha de dados relativo à situação sociodemográfica, elementos contextuais da institucionalização, os elementos consequentes da institucionalização, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e a Escala de Qualidade de Vida para Utentes em Lar de Idosos. **Resultados:** Os resultados obtidos revelaram que se trata de uma população com média de idades de 82 anos, proveniente maioritariamente de zonas rurais e com baixo nível de escolaridade. Situações como o agravamento das condições de saúde, o desejo de não incomodar familiares e amigos, bem como, a alteração da estrutura familiar foram os motivos preponderantes que levaram os idosos a integrar em lar. Os factores que mais



contribuíram para o aumento da sua qualidade de vida na instituição foi o facto de esta proporcionar a manutenção da autonomia pessoal, o aumento do bem-estar e permitir aliviar os familiares de tarefas de apoio. Relativamente à satisfação com a vida, a amostra apresenta um valor médio de satisfação de 18,76 mostrando que, esta tem uma atitude positiva relativamente à sua vida. A Escala de Qualidade de Vida para utentes em lar de idosos indica-nos que a maioria das subescalas tem consistência interna, revelando que a maioria da amostra sente qualidade de vida fora do seu ambiente familiar. **Conclusões:** Apesar de alguma relutância na decisão de integração em Lar de Idosos, pode-se concluir através das escalas aplicadas que os utentes consideram ter qualidade de vida nas instituições onde residem adaptando-se à orgânica institucional.

**Palavras-chave:** envelhecimento, institucionalização, lar de idosos e qualidade de vida.



## ABSTRACT

The increase in longevity is nowadays a new challenge for societies, and for its own population that is ageing worldwide. A longer life is an aspiration and becomes relevant since it is possible to combine quality and welfare. **Goals:** Since the nineties, the term quality of life has gained increased importance in scientific research, clinical practice, and now also in geriatric equipment such as retirement homes or nursing homes. This importance is due not only to the evaluation of the care needed, but also to the quality of life of its users. This new reality brought many challenges that require a new look due to its impact on society. Since the goal of all societies is to prolong the life of its citizens, it would not be coherent not to associate to this goal, the improvement in their quality of life. The objectives of this study are to: characterize the overall sample, analyze what implications the institutionalization entails in the lives of seniors and how it contributes to their quality of life; characterize the institutional environment of nursing homes belonging to the municipalities of Oliveira de Frades and São Pedro do Sul; evaluate the causes of institutionalization; characterize the quality of life of institutionalized elderly and to identify variables that can affect the quality of life of institutionalized elderly.

**Sample:** The study covered two nursing houses of Oliveira de Frades and S. Pedro do Sul councils, in the region Dão-Lafões. It was selected 55 elderly of both sexes, aged between 62- 93 years of age; the sampling method used was a convenience sampling. To better assess the relevance of the questions there was made a pretest to institutionalized users in a nursing home that does not belong to the sample.

**Methodology:** The study is exploratory of the quantitative and descriptive type. The instruments used were a survey which included a collection of data on the socio-demographic situation, the contextual elements of institutionalization, the consequential elements of institutionalization, the Satisfaction with Life Scale (SWLS) and the Quality of Life Scale for Users in Nursing homes.

**Results:** The results revealed that this is a population with a mean age of 82 years, mostly from rural areas and with low level of education. Situations like the worsening of health conditions, the desire not to annoy family and friends, as well as the change in family structure were the predominant reasons that led them to integrate the elderly nursing home. The fact that the institution enables them to maintain their personal autonomy, and at the same time increases welfare and relieves family the burden of the supportive tasks, contributed most to the



increase in their quality of life as residents in the institution. Regarding life satisfaction, the sample shows an average of 18.76 showing satisfaction, which means they have a positive attitude towards life. The Quality of Life Scale in nursing homes residents tells us that most subscales have internal consistency, revealing that the majority of the samples feel quality of life outside their home environment. **Conclusions:** Despite some reluctance on the decision to enroll in a nursing home, it can be concluded through the scales applied that users consider to have quality of life in institutions where they reside and are adapted to the institutional organic.

**Keywords:** aging, institutionalization, nursing home and quality of life.



## ÍNDICE

|                  |    |
|------------------|----|
| Introdução ..... | 13 |
|------------------|----|

### I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

#### CAPITULO 1 – Envelhecimento Humano

|   |    |
|---|----|
| 1.1 – Envelhecimento demográfico: um triunfo e um desafio .....             | 15 |
| 1.2 – O processo de envelhecimento: diferentes perspectivas .....           | 21 |
| 1.3 – O novo paradigma do envelhecimento: envelhecimento bem-sucedido ..... | 29 |

#### CAPITULO 2 – A Institucionalização

|   |    |
|---|----|
| 2.1 - Os lares como instituição privilegiada no cuidado ao idoso: gênese e evolução ..... | 38 |
| 2.2 - Causas e consequências da Institucionalização .....                                 | 46 |
| 2.3 - Ambiente institucional e vivências do idoso .....                                   | 55 |
| 2.4 - Diversidade de serviços para dar resposta às necessidades emergentes .....          | 60 |

#### CAPITULO 3 – Qualidade de Vida em Instituição

|  |    |
|--|----|
| 3.1 - A Qualidade de Vida um conceito multidimensional ..... | 67 |
| 3.2 – Bem-estar e autonomia funcional dos idosos .....       | 72 |
| 3.3 – A percepção da Qualidade de Vida .....                 | 79 |
| 3.4 – Qualidade de vida nos idosos institucionalizados ..... | 83 |

### II PARTE – ESTUDO EMPIRICO

#### CAPITULO 4 – Metodologia

|   |     |
|---|-----|
| 1 – Objectivos .....  | 91  |
| 2 – Definição da amostra .....  | 92  |
| 3 – Instrumentos de recolha de dados .....                            | 92  |
| 4 – Apresentação dos resultados – análise descritiva .....            |     |
| 4.1 – Dados sociodemográfico .....                                    | 96  |
| 4.2 – Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) .....                    | 111 |
| 4.3 – Escala de Qualidade de Vida para utentes em Lar de Idosos ..... | 112 |
| 4.4 – Inferência estatística .....                                    | 114 |
| 5 - Análise e discussão dos resultados .....                          | 119 |
| 6 - Considerações finais e sugestões futuras .....                    | 126 |
| Bibliografia .....  | 130 |

#### Anexos

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 1 - Consentimento informado |  |
|-----------------------------|--|



2 - Instrumento recolha de dados

3 - Índice de Envelhecimento por local de Residência

#### **ÍNDICE DE TABELAS:**

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> – Indicadores demográficos – projecções da população residente da União Europeia [27 países] comparada com Portugal ..... | 16 |
| <b>Tabela 2</b> – Esperança média de vida .....   | 18 |
| <b>Tabela 3</b> – Planos Internacionais para o Envelhecimento .....   | 33 |
| <b>Tabela 4</b> – Evolução da Resposta Social Lar .....   | 42 |



|  |            |
|--|------------|
| <b>Tabela 5 - Descrição dos domínios do constructo de qualidade de vida .....</b>                                    | <b>94</b>  |
| <br><b>ÍNDICE DE GRÁFICOS:</b>   |            |
| <b>Gráfico 1 – Índice de Envelhecimento por NUTS II em 2011 .....</b>  | <b>17</b>  |
| <b>Gráfico 2 – Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos, por NUTSII, em 2011 .....</b> | <b>19</b>  |
| <b>Gráfico 3 – Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas (1998-2010) .....</b>     | <b>43</b>  |
| <b>Gráfico 4 – Envelhecimento Funcional .....</b>  | <b>72</b>  |
| <br><b>ÍNDICE DE MAPAS:</b>  |            |
| <b>Mapa 1 – Freguesias da zona Dão-Lafões .....</b>  | <b>20</b>  |
| <b>Mapa 2 – Distribuição percentual da oferta e da população-alvo (≥ 65 anos) por distrito – 2010 .....</b>          | <b>44</b>  |
| <br><b>ÍNDICE DE QUADROS:</b>  |            |
| <b>Quadro 1 - Áreas de Intervenção para um envelhecimento bem-sucedido</b>   | <b>34</b>  |
| <b>Quadro 2 – Distribuição da amostra por sexo e idade .....</b>   | <b>96</b>  |
| <b>Quadro 3 – Distribuição da amostra pela idade da reforma .....</b>  | <b>96</b>  |
| <b>Quadro 4 – Tipologia da situação de reforma .....</b>   | <b>97</b>  |
| <b>Quadro 5 – Principal profissão na vida activa .....</b>   | <b>98</b>  |
| <b>Quadro 6 – Estado civil da amostra .....</b>  | <b>99</b>  |
| <b>Quadro 7 – Nível de escolaridade da amostra .....</b>   | <b>99</b>  |
| <b>Quadro 8 – Composição do agregado familiar antes de integrar em lar .....</b>                                     | <b>100</b> |
| <b>Quadro 9 – Zona de residência antes de integrar em lar .....</b>  | <b>100</b> |
| <b>Quadro 10 – Tipo de habitação anterior .....</b>  | <b>101</b> |
| <b>Quadro 11 – Regime habitacional .....</b>   | <b>101</b> |
| <b>Quadro 12 – Tipologia e frequência em outra resposta social antes de integrar em lar .....</b>                    | <b>102</b> |
| <b>Quadro 13 – Período de frequência da resposta social antes de integrar em lar..</b>                               | <b>102</b> |
| <b>Quadro 14 – Principais actividades desenvolvidas durante a vida activa e actualmente .....</b>                    | <b>104</b> |
| <b>Quadro 15 – Tempo de permanência no lar .....</b>   | <b>105</b> |
| <b>Quadro 16 – Partilha do quarto em instituição .....</b>   | <b>105</b> |
| <b>Quadro 17 – Decisão da institucionalização .....</b>  | <b>106</b> |
| <b>Quadro 18 – Motivos que levaram à integração em lar .....</b>   | <b>108</b> |



|   |     |
|---|-----|
| <b>Quadro 19</b> – Regularidade das visitas .....   | 109 |
| <b>Quadro 20</b> – Grau de relacionamento dos “visitantes” com os idosos .....  | 109 |
| <b>Quadro 21</b> – De que forma a institucionalização contribui para a sua Qualidade de Vida .....                                | 110 |
| <b>Quadro 22</b> – Escala de Satisfação com a Vida .....  | 111 |
| <b>Quadro 23</b> – Alfa de Cronbach para a Escala de QV em lar de idosos .....  | 113 |
| <b>Quadro 24</b> – Teste <i>t</i> para a sub-escala de Conforto e a variável sexo .....   | 114 |
| <b>Quadro 25</b> - Teste <i>t</i> para a sub-escala de Competências Funcionais e a variável sexo .....                            | 115 |
| <b>Quadro 26</b> - Teste <i>t</i> para a sub-escala de Dignidade e a variável sexo .....  | 115 |
| <b>Quadro 27</b> - Teste <i>t</i> para as sub-escalas de Conforto e Competências Funcionais e a variável zona de residência ..... | 116 |
| <b>Quadro 28</b> - Teste <i>t</i> para a sub-escala de Segurança e a variável zona de residência .....                            | 117 |
| <b>Quadro 29</b> - Teste <i>t</i> para as sub-escalas de Individualidade, Relacionamento e Autonomia e a variável idade .....     | 118 |
| <b>Quadro 30</b> - Teste <i>t</i> para a escala de Satisfação com a Vida e a variável idade .....                                 | 118 |

#### **ÍNDICE DE FIGURAS:**

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> – Tipos de estruturas sociais em referência à idade .....          | 30 |
| <b>Figura 2</b> – Motivos de Institucionalização .....                             | 50 |
| <b>Figura 3</b> – Pilares da estrutura política para o Envelhecimento Activo ..... | 70 |

#### **ÍNDICE DE SIGLAS**

**AAVD'S** – Actividades Avançadas da Vida Diária

**ABVD'S** – Actividades Básicas da Vida diária

**AIVD'S** – Actividades Instrumentais da Vida Diária

**AVD'S** – Actividades da Vida Diária

**cIDADES** – Cidades amigas das pessoas idosas

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social



**ISS** – Instituto da Segurança Social

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PAII** - Programa da Apoio Integrado a Idosos

**PARES** - Programa de Alargamento da Rede de Equipamento Sociais

**PIPP** – Programa Integrado de Policiamento de Proximidade

**PNAI** – Plano Nacional para a Inclusão

**PSP** – Policia de Segurança Pública

**QV** – Qualidade de Vida

**SCM O.F.** – Santa Casa da Misericórdia de Oliveira de Frades

**SCM S.P.S.** – Santa Casa da Misericórdia de São Pedro do Sul

**SCML** – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

**VIDA** – Associação Valorização Internacional e Desenvolvimento

**WHOQOL** - World Health Organization Quality of Life



# FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



## Percepção dos Idosos acerca da sua Qualidade de Vida em Instituição

---

*Vera Filipa Bastos Milheiro*

Dissertação de Mestrado  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Gerontologia Social

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz

Coimbra, Setembro de 2012



# FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



## Percepção dos Idosos acerca da sua Qualidade de Vida em Instituição

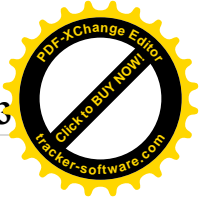
---

*Vera Filipa Bastos Milheiro*

Dissertação de Mestrado  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Gerontologia Social

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz

Coimbra, Setembro de 2012



## AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos são dirigidos a todos aqueles que directa ou indirectamente tornaram possível a concretização deste trabalho:

À Professora Doutora Helena Reis pela partilha de conhecimentos, pela orientação e pelo espírito crítico que muito contribuíram para a realização da dissertação.

À Professora Isabel Miguel pela colaboração e disponibilidade que sempre demonstrou, fundamentais na idealização do trilho agora percorrido.

À direcção e aos profissionais das instituições onde foi feita a recolha de dados, por terem aceite a proposta com satisfação e por me terem acolhido tão calorosamente.

Aos residentes das instituições que colaboraram no preenchimento dos inquéritos. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

Ao Nuno por toda a paciência, motivação e cumplicidade constantes.

Aos meus pais, pela força e encorajamento para ir de encontro aos meus objectivos.

À minha família que foram um pilar e um suporte ao longo de todo o trabalho.

Aos colegas de mestrado que me acompanharam neste percurso académico, pela partilha de todos os momentos que marcaram o meu crescimento pessoal e académico.

À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vouzela e em especial ao Provedor pela compreensão das minhas ausências.

A todos, o meu muito obrigada!

## RESUMO

O aumento da longevidade constitui um novo repto para as sociedades, e para a própria população que envelhece em todo o mundo. Viver mais é uma aspiração e torna-se relevante desde que se consiga conjugar qualidade e bem-estar. **Objectivos:** Desde a década de noventa que o termo qualidade de vida tem vindo a ganhar uma importância acrescida na pesquisa científica, na prática clínica, e agora também em equipamentos gerontológicos como são os Lares de Idosos. Esta importância deve-se não só à avaliação da prestação de cuidados, mas também à qualidade de vida dos seus utentes. Os desafios face a esta realidade são muitos e, exigem um novo olhar devido ao seu impacto ao nível social. Sendo a meta de todas as sociedades procurar prolongar a vida dos seus cidadãos não seria coerente que, a este, não estivesse associada a melhoria da sua qualidade de vida. Os objectivos deste estudo baseiam-se em caracterizar globalmente a amostra, analisar quais as implicações que a institucionalização acarreta na vida dos idosos e de que forma contribuem para a sua QV, caracterizar o ambiente institucional dos lares de idosos pertencentes aos concelhos de Oliveira de Frades e São Pedro do Sul, avaliar as causas da institucionalização, caracterizar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas e identificar variáveis que possam interferir na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. **Amostra:** O estudo abrangeu dois Lares dos Concelhos de Oliveira de Frades e S. Pedro Sul, especificamente na zona Dão Lafões, para tal, foram seleccionados 55 idosos de ambos os sexos, cujas idades estão compreendidas entre os 62 e os 93 anos de idade, o método de amostragem utilizado foi por conveniência. Para melhor aferir a pertinência das questões foi efectuado um pré-teste a utentes institucionalizados num lar de idosos não pertencentes à amostra. **Metodologia:** Consistiu num estudo exploratório do tipo quantitativo e descritivo. Os instrumentos utilizados foram um inquérito que incluía a recolha de dados relativo à situação sociodemográfica, elementos contextuais da institucionalização, os elementos consequentes da institucionalização, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e a Escala de Qualidade de Vida para Uteses em Lar de Idosos. **Resultados:** Os resultados obtidos revelaram que se trata de uma população com média de idades de 82 anos, proveniente maioritariamente de zonas rurais e com baixo nível de escolaridade. Situações como o agravamento das condições de saúde, o desejo de não incomodar familiares e amigos, bem como, a alteração da estrutura familiar foram os motivos preponderantes que levaram os idosos a integrar em lar. Os factores que mais contribuíram para o aumento da sua qualidade de vida na instituição foi o facto de esta proporcionar a manutenção da autonomia pessoal, o aumento do bem-estar e permitir



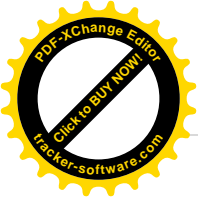
aliviar os familiares de tarefas de apoio. Relativamente à satisfação com a vida, a amostra apresenta um valor médio de satisfação de 18,76 mostrando que, esta tem uma atitude positiva relativamente à sua vida. A Escala de Qualidade de Vida para utentes em lar de idosos indica-nos que a maioria das subescalas tem consistência interna, revelando que a maioria da amostra sente qualidade de vida fora do seu ambiente familiar. **Conclusões:** Apesar de alguma relutância na decisão de integração em Lar de Idosos, pode-se concluir através das escalas aplicadas que os utentes consideram ter qualidade de vida nas instituições onde residem adaptando-se à orgânica institucional.

**Palavras-chave:** envelhecimento, institucionalização, lar de idosos e qualidade de vida.



## ABSTRACT

The increase in longevity is nowadays a new challenge for societies, and for its own population that is ageing worldwide. A longer life is an aspiration and becomes relevant since it is possible to combine quality and welfare. **Goals:** Since the nineties, the term quality of life has gained increased importance in scientific research, clinical practice, and now also in geriatric equipment such as retirement homes or nursing homes. This importance is due not only to the evaluation of the care needed, but also to the quality of life of its users. This new reality brought many challenges that require a new look due to its impact on society. Since the goal of all societies is to prolong the life of its citizens, it would not be coherent not to associate to this goal, the improvement in their quality of life. The objectives of this study are to: characterize the overall sample, analyze what implications the institutionalization entails in the lives of seniors and how it contributes to their quality of life; characterize the institutional environment of nursing homes belonging to the municipalities of Oliveira de Frades and São Pedro do Sul; evaluate the causes of institutionalization; characterize the quality of life of institutionalized elderly and to identify variables that can affect the quality of life of institutionalized elderly. **Sample:** The study covered two nursing houses of Oliveira de Frades and S. Pedro do Sul councils, in the region Dão-Lafões. It was selected 55 elderly of both sexes, aged between 62- 93 years of age; the sampling method used was a convenience sampling. To better assess the relevance of the questions there was made a pretest to institutionalized users in a nursing home that does not belong to the sample. **Methodology:** The study is exploratory of the quantitative and descriptive type. The instruments used were a survey which included a collection of data on the socio-demographic situation, the contextual elements of institutionalization, the consequential elements of institutionalization, the Satisfaction with Life Scale (SWLS) and the Quality of Life Scale for Users in Nursing homes. **Results:** The results revealed that this is a population with a mean age of 82 years, mostly from rural areas and with low level of education. Situations like the worsening of health conditions, the desire not to annoy family and friends, as well as the change in family structure were the predominant reasons that led them to integrate the elderly nursing home. The fact that the institution enables them to maintain their personal autonomy, and at the same time increases welfare and relieves family the burden of the supportive tasks, contributed most to the increase in their quality of life as residents in the institution. Regarding life satisfaction, the sample shows an average of 18.76 showing satisfaction, which



means they have a positive attitude towards life. The Quality of Life Scale in nursing homes residents tells us that most subscales have internal consistency, revealing that the majority of the samples feel quality of life outside their home environment. **Conclusions:** Despite some reluctance on the decision to enroll in a nursing home, it can be concluded through the scales applied that users consider to have quality of life in institutions where they reside and are adapted to the institutional organic.

**Keywords:** aging, institutionalization, nursing home and quality of life.



## ÍNDICE

|                  |    |
|------------------|----|
| Introdução ..... | 13 |
|------------------|----|

### I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

#### CAPITULO 1 – Envelhecimento Humano

|   |    |
|---|----|
| 1.1 – Envelhecimento demográfico: um triunfo e um desafio .....             | 15 |
| 1.2 – O processo de envelhecimento: diferentes perspectivas .....           | 21 |
| 1.3 – O novo paradigma do envelhecimento: envelhecimento bem-sucedido ..... | 29 |

#### CAPITULO 2 – A Institucionalização

|   |    |
|---|----|
| 2.1 - Os lares como instituição privilegiada no cuidado ao idoso: gênese e evolução ..... | 38 |
| 2.2 - Causas e consequências da Institucionalização .....                                 | 46 |
| 2.3 - Ambiente institucional e vivências do idoso .....                                   | 55 |
| 2.4 - Diversidade de serviços para dar resposta às necessidades emergentes .....          | 60 |

#### CAPITULO 3 – Qualidade de Vida em Instituição

|  |    |
|--|----|
| 3.1 - A Qualidade de Vida um conceito multidimensional ..... | 67 |
| 3.2 – Bem-estar e autonomia funcional dos idosos .....       | 72 |
| 3.3 – A percepção da Qualidade de Vida .....                 | 79 |
| 3.4 – Qualidade de vida nos idosos institucionalizados ..... | 83 |

### II PARTE – ESTUDO EMPIRICO

#### CAPITULO 4 – Metodologia

|   |     |
|---|-----|
| 1 – Objectivos .....  | 91  |
| 2 – Definição da amostra .....  | 92  |
| 3 – Instrumentos de recolha de dados .....                            | 92  |
| 4 – Apresentação dos resultados – análise descritiva .....            |     |
| 4.1 – Dados sociodemográfico .....                                    | 96  |
| 4.2 – Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) .....                    | 111 |
| 4.3 – Escala de Qualidade de Vida para utentes em Lar de Idosos ..... | 112 |
| 4.4 – Inferência estatística .....                                    | 114 |
| 5 - Análise e discussão dos resultados .....                          | 119 |
| 6 - Considerações finais e sugestões futuras .....                    | 126 |



|  |     |
|--|-----|
| Bibliografia .....                                   | 130 |
| Anexos   |     |
| 1 - Consentimento informado                          |     |
| 2 - Instrumento recolha de dados                     |     |
| 3 - Índice de Envelhecimento por local de Residência |     |

**ÍNDICE DE TABELAS:**

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> – Indicadores demográficos – projecções da população residente da União Europeia [27 países] comparada com Portugal ..... | 16 |
| <b>Tabela 2</b> – Esperança média de vida .....   | 18 |
| <b>Tabela 3</b> – Planos Internacionais para o Envelhecimento .....   | 33 |
| <b>Tabela 4</b> – Evolução da Resposta Social Lar .....   | 42 |
| <b>Tabela 5</b> - Descrição dos domínios do constructo de qualidade de vida .....   | 94 |

**ÍNDICE DE GRÁFICOS:**

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico 1</b> – Índice de Envelhecimento por NUTS II em 2011 .....  | 17 |
| <b>Gráfico 2</b> – Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos, por NUTSII, em 2011 ..... | 19 |
| <b>Gráfico 3</b> – Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas (1998-2010) .....     | 43 |
| <b>Gráfico 4</b> – Envelhecimento Funcional .....  | 72 |

**ÍNDICE DE MAPAS:**

|   |    |
|---|----|
| <b>Mapa 1</b> – Freguesias da zona Dão-Lafões .....   | 20 |
| <b>Mapa 2</b> – Distribuição percentual da oferta e da população-alvo ( $\geq 65$ anos) por distrito – 2010 ..... | 44 |

**ÍNDICE DE QUADROS:**

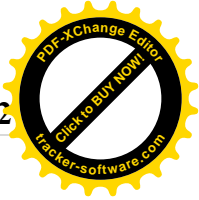
|  |     |
|--|-----|
| <b>Quadro 1</b> - Áreas de Intervenção para um envelhecimento bem-sucedido       | 34  |
| <b>Quadro 2</b> – Distribuição da amostra por sexo e idade .....                 | 96  |
| <b>Quadro 3</b> – Distribuição da amostra pela idade da reforma .....            | 96  |
| <b>Quadro 4</b> – Tipologia da situação de reforma .....                         | 97  |
| <b>Quadro 5</b> – Principal profissão na vida activa .....                       | 98  |
| <b>Quadro 6</b> – Estado civil da amostra .....                                  | 99  |
| <b>Quadro 7</b> – Nível de escolaridade da amostra .....                         | 99  |
| <b>Quadro 8</b> – Composição do agregado familiar antes de integrar em lar ..... | 100 |
| <b>Quadro 9</b> – Zona de residência antes de integrar em lar .....              | 100 |
| <b>Quadro 10</b> – Tipo de habitação anterior .....                              | 101 |
| <b>Quadro 11</b> – Regime habitacional .....                                     | 101 |



|   |     |
|---|-----|
| <b>Quadro 12</b> – Tipologia e frequência em outra resposta social antes de integrar em lar .....                                 | 102 |
| <b>Quadro 13</b> – Período de frequência da resposta social antes de integrar em lar..  | 102 |
| <b>Quadro 14</b> – Principais actividades desenvolvidas durante a vida activa e actualmente .....                                 | 104 |
| <b>Quadro 15</b> – Tempo de permanência no lar .....  | 105 |
| <b>Quadro 16</b> – Partilha do quarto em instituição .....  | 105 |
| <b>Quadro 17</b> – Decisão da institucionalização .....   | 106 |
| <b>Quadro 18</b> – Motivos que levaram à integração em lar .....  | 108 |
| <b>Quadro 19</b> – Regularidade das visitas .....   | 109 |
| <b>Quadro 20</b> – Grau de relacionamento dos “visitantes” com os idosos .....  | 109 |
| <b>Quadro 21</b> – De que forma a institucionalização contribui para a sua Qualidade de Vida .....                                | 110 |
| <b>Quadro 22</b> – Escala de Satisfação com a Vida .....  | 111 |
| <b>Quadro 23</b> – Alfa de Cronbach para a Escala de QV em lar de idosos .....  | 113 |
| <b>Quadro 24</b> – Teste <i>t</i> para a sub-escala de Conforto e a variável sexo .....   | 114 |
| <b>Quadro 25</b> - Teste <i>t</i> para a sub-escala de Competências Funcionais e a variável sexo .....                            | 115 |
| <b>Quadro 26</b> - Teste <i>t</i> para a sub-escala de Dignidade e a variável sexo .....  | 115 |
| <b>Quadro 27</b> - Teste <i>t</i> para as sub-escalas de Conforto e Competências Funcionais e a variável zona de residência ..... | 116 |
| <b>Quadro 28</b> - Teste <i>t</i> para a sub-escala de Segurança e a variável zona de residência .....                            | 117 |
| <b>Quadro 29</b> - Teste <i>t</i> para as sub-escalas de Individualidade, Relacionamento e Autonomia e a variável idade .....     | 118 |
| <b>Quadro 30</b> - Teste <i>t</i> para a escala de Satisfação com a Vida e a variável idade                                       | 118 |

### ÍNDICE DE FIGURAS:

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> – Tipos de estruturas sociais em referência à idade .....          | 30 |
| <b>Figura 2</b> – Motivos de Institucionalização .....                             | 50 |
| <b>Figura 3</b> – Pilares da estrutura política para o Envelhecimento Activo ..... | 70 |



## ÍNDICE DE SIGLAS

**AAVD'S** – Atividades Avançadas da Vida Diária

**ABVD'S** – Atividades Básicas da Vida diária

**AIVD'S** – Atividades Instrumentais da Vida Diária

**AVD'S** – Atividades da Vida Diária

**cIDADES** – Cidades amigas das pessoas idosas

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social

**ISS** – Instituto da Segurança Social

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PAII** - Programa da Apoio Integrado a Idosos

**PARES** - Programa de Alargamento da Rede de Equipamento Sociais

**PIPP** – Programa Integrado de Policiamento de Proximidade

**PNAI** – Plano Nacional para a Inclusão

**PSP** – Policia de Segurança Pública

**QV** – Qualidade de Vida

**SCM O.F.** – Santa Casa da Misericórdia de Oliveira de Frades

**SCM S.P.S.** – Santa Casa da Misericórdia de São Pedro do Sul

**SCML** – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

**VIDA** – Associação Valorização Internacional e Desenvolvimento

**WHOQOL** - World Health Organization Quality of Life



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial que se acelerou nas últimas décadas. A vida, cada vez mais prolongada tem sido alvo de questões e preocupações, no sentido de se conseguir que esse prolongamento seja vivido com qualidade e vitalidade. Após a 2ª Guerra Mundial, a Qualidade de Vida tornou-se num conceito importante, significando melhoria do padrão de vida. Contudo, o conceito foi ampliado englobando o desenvolvimento socioeconómico e humano e a percepção das pessoas a respeito das suas próprias vidas. Não há consenso sobre o seu significado, no entanto, a sua avaliação alterou-se, passando de parâmetros objectivos, para outra que valoriza a percepção subjectiva das pessoas.

Com o propósito de entender, entre outros aspectos, que qualidade de vida têm os idosos, este estudo pretende investigar *qual a percepção dos idosos acerca da sua qualidade de vida em Instituição*, analisando as implicações que a institucionalização acarreta na vida dos idosos e de que forma contribui para a sua QV, caracteriza o ambiente institucional dos lares de idosos avaliando as causas da institucionalização, caracteriza a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas e identifica possíveis variáveis que possam interferir na sua qualidade de vida.

A escolha deste tema decorre das nossas inquietações profissionais, já que lidamos diariamente com idosos institucionalizados, tornando-se importante compreender como as actividades e os cuidados prestados vão de encontro às suas necessidades e promovem a sua qualidade de vida e bem-estar.

Para o desenvolvimento desta investigação, consideramos pertinente utilizar procedimentos metodológicos quantitativos e descritivos, baseados nos seguintes instrumentos de recolha de dados: no inquérito da autoria da investigadora e na avaliação de duas escalas, a Escala de Satisfação com a Vida de Diener et al. 1985, cuja versão portuguesa é de Simões, 1992 e a Escala de Qualidade de Vida para utentes em Lar de Idosos de Kane et al. 2003, cuja versão portuguesa é de Póvoa e Martin, 2010. Foram abrangidos os dois Lares dos Concelhos de Oliveira de Frades e S. Pedro Sul, distrito de Viseu. A auscultação abrangeu 55 elementos, sendo que 40 pertencem ao Lar da Misericórdia de S. Pedro Sul e 15 ao Lar da Misericórdia de Oliveira de Frades. Para melhor aferir a validade do questionário, foi passado um pré-teste num Lar de Idosos pertencente a uma instituição do mesmo distrito.

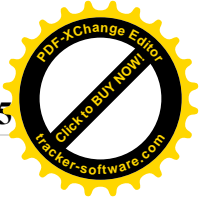
Relativamente à estruturação esta dissertação subdivide-se em duas partes. A primeira parte contempla o enquadramento teórico do estudo, dividido em três capítulos. O primeiro traduz o actual panorama demográfico nacional e internacional, ou seja, o envelhecimento



demográfico como um triunfo e um desafio, o processo de envelhecimento através de diferentes perspectivas e o novo paradigma do envelhecimento bem-sucedido; o segundo dá ênfase á questão da institucionalização dos idosos, passando pela definição dos lares como instituição privilegiada no cuidado ao idoso a sua génese e evolução, as causas e consequências da Institucionalização, o ambiente institucional e vivências do idoso e a diversidade de serviços para dar resposta às necessidades emergentes; o terceiro aborda o tema da qualidade de vida e a sua percepção pelos idosos. A este nível procura-se analisar a qualidade de vida como um conceito multidimensional, bem-estar e autonomia funcional dos idosos e a percepção da qualidade de vida nos idosos institucionalizados

A segunda parte contempla o estudo empírico da investigação e subdivide-se em vários pontos. O primeiro desta segunda parte enquadra a descrição dos objectivos de investigação; o segundo a definição da amostra; o terceiro a apresentação dos instrumentos de recolha de dados, o quarto a apresentação dos resultados e a análise descritiva do questionário sociodemográfico, da escala de satisfação com a vida e da escala de qualidade de vida para utentes em lares de idosos. Os dois últimos pontos referem-se à análise e discussão dos resultados e às considerações finais e sugestões futuras.

A abordagem empírica desta investigação decorreu de Fevereiro a Junho de 2012.



## I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

### CAPITULO 1 – Envelhecimento Humano

#### 1.1 - Envelhecimento demográfico: um triunfo e um desafio

Durante a 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Abril de 2002, foi referido que “o envelhecimento demográfico é um facto sem precedentes, universal, de longa duração e de grande impacto social, gerando desafios complexos e exigindo a participação de todos”. O conceito de “sociedade para todas as idades” suscitou neste fórum uma resposta imperativa, traduzida pela aprovação de uma Declaração Política e de um Plano de Acção Internacional, contendo 117 recomendações concretas, que abrangem três esferas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, promover a saúde e bem-estar na velhice, e assegurar um ambiente propício e favorável (ONU, 2002).

Nas últimas décadas o envelhecimento da população tem sido um fenómeno notório e de grande preocupação que afecta particularmente os países desenvolvidos, no entanto, é um facto que abrange toda a população mundial colocando grandes desafios ao nível socioeconómico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adopção de novos estilos de vida.

A população mundial está a ficar cada vez mais velha, e segundo dados da Organização Mundial da Saúde, por volta de 2025 pela primeira vez na história haverá mais idosos do que crianças no planeta. Os dados também indicam o período de 1975 a 2075 como a Era do Envelhecimento.

Foi especialmente a partir da segunda metade do século XX que despontou um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas, o aumento preocupante do número de pessoas idosas. As mudanças demográficas, que se traduziram na transformação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

As projecções da população residente da União Europeia elaborada pelo Eurostat em 2010 mostram que a população da Europa, apresenta uma percentagem de residentes com 65 e mais anos superior aos residentes com idades compreendidas entre os 0-14 anos. Tal situação

resulta num decréscimo de nascimentos, contrariamente, ao número de população idosa (Tabela nº 1)

Tabela nº1

**Indicadores demográficos – projecções da população residente – União Europeia [27 países] comparada com Portugal**

|  | Unid,           | 2015      | 2020      | 2025      | 2030      | 2035      | 2040      | 2045      | 2050      | 2055      | 2060      |
|--|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| População residente                    | 10 <sup>3</sup> | 508 234,7 | 514 365,7 | 519 109,1 | 522 342,4 | 524 537,0 | 525 702,4 | 525 624,6 | 524 052,7 | 521 034,4 | 516 940,0 |
| 0-14 anos                              | %               | 15,6      | 15,5      | 15,2      | 14,7      | 14,3      | 14,2      | 14,2      | 14,3      | 14,3      | 14,2      |
| 15-64 anos                             | %               | 65,7      | 64,3      | 63,0      | 61,7      | 60,2      | 59,0      | 57,9      | 57,0      | 56,4      | 56,2      |
| 65 e + anos                            | %               | 18,7      | 20,2      | 21,8      | 23,6      | 25,5      | 26,8      | 27,8      | 28,6      | 29,2      | 29,5      |
| Índice de envelhecimento               | nº              | 120       | 130       | 144       | 161       | 178       | 189       | 195       | 200       | 204       | 207       |
| Proporção população residente Portugal | %               | 2,1       | 2,1       | 2,1       | 2,1       | 2,1       | 2,0       | 2,0       | 2,0       | 2,0       | 2,0       |

Fonte: Eurostat - Projeções da População Residente (ano base 2010)

Portugal não é excepção à regra e tem vindo a confrontar-se com sérias questões relacionadas com este aumento da população idosa. Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011) a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior (p.11)

Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento<sup>1</sup> do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem, como é possível verificar no gráfico nº 1. Comparativamente, em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45 (p.14).

Para estes resultados muito contribuíram factores como a diminuição acentuada de população jovem, onde as consequências são sobretudo a longo prazo, nas gerações activas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho. Tal implica elevadas despesas com o sector social e da saúde, o que vai atingir as gerações mais novas vulnerabilizando o sistema económico do país, enquanto que, no envelhecimento pelo topo os resultados repercutem-se a curto prazo, dependendo da maior ou menor longevidade da população que levanta questões relativamente à sustentabilidade dos sistemas.

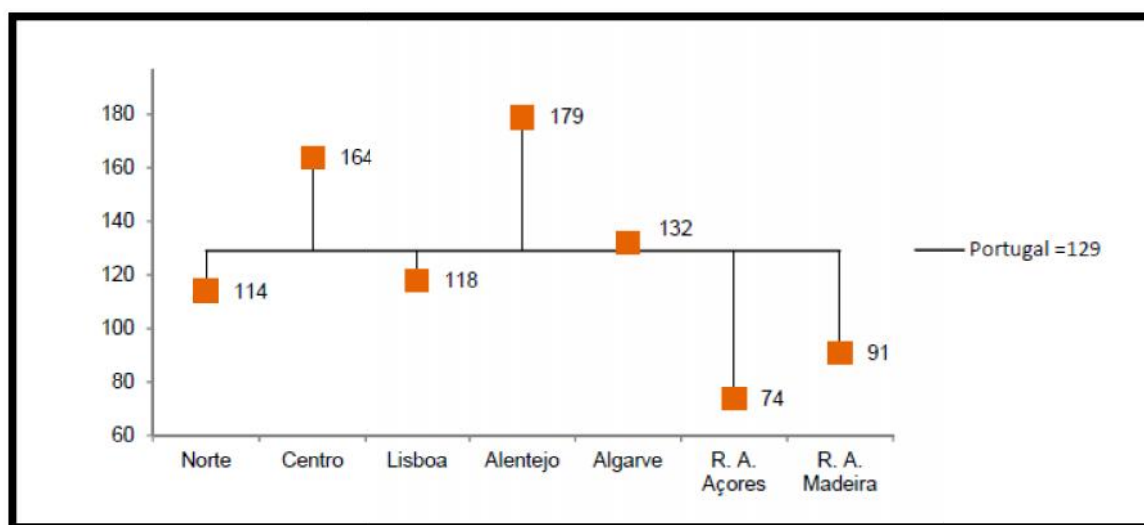
<sup>1</sup>**Índice de envelhecimento** é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem. É habitualmente expresso em número de residentes com 65 ou mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos.

O desenvolvimento tecnológico, a diminuição da taxa de natalidade e fecundidade e os grandes fluxos migratórios dos jovens e de pessoas em idade activa para o Litoral à procura de melhores condições de vida fomentam este desfasamento entre um Interior maioritariamente envelhecido e um Litoral maioritariamente jovem, apesar da diferença já não ser tão significativa, como confirmam os censos de 2011.

As consequências do envelhecimento populacional não se limitam só ao nível quantitativo, campos tão diversificados como o social, o político e o moral também são afectados. Segundo Machado (2003), e associado a este aumento, o perfil do idoso em Portugal ainda é muito marcado por um desfavorecimento social agravado pela idade, caracterizado por baixos rendimentos, elevada iliteracia, precariedade nas condições habitacionais, elevada taxa de incidência da deficiência e de prevalência de doenças crónicas, isolamento social, uma actividade profissional diminuída, baixo consumo cultural e de actividades de lazer, agravando o panorama nacional desta faixa etária, despontando a necessidade de criar respostas adequadas por parte do Estado e da sociedade civil.

Gráfico nº1

Índice de Envelhecimento por NUTS II em 2011



Fonte: INE - Estimativas da População Residente

O problema social do envelhecimento resulta das transformações demográficas operadas nas últimas décadas nas sociedades, as quais levaram a um progressivo aumento da esperança média de vida (ver tabela nº 2) e a uma acentuada redução da taxa de natalidade<sup>2</sup>.

<sup>2</sup>**Taxa de natalidade** é o número de crianças que nascem anualmente por cada mil habitantes, numa determinada área.

Há cada vez mais idosos e cada vez menos crianças e a tendência é para o seu agravamento nos próximos anos.

Tabela nº2

**Esperança Média de Vida**

|  | Unid. | 2003-2005 | 2004-2006 | 2005-2007 | 2006-2008 | 2007-2009 | 2008-2010 |
|--|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Esperança média de vida à nascença</b>  |       |           |           |           |           |           |           |
| HM   | anos  | 77,69     | 78,17     | 78,48     | 78,70     | 78,88     | 79,20     |
| Homens                                     | anos  | 74,38     | 74,84     | 75,18     | 75,49     | 75,80     | 76,14     |
| Mulheres                                   | anos  | 80,81     | 81,30     | 81,57     | 81,74     | 81,80     | 82,05     |
| <b>Esperança média de vida aos 65 anos</b> |       |           |           |           |           |           |           |
| HM   | anos  | 17,58     | 17,89     | 17,99     | 18,13     | 18,19     | 18,47     |
| Homens                                     | anos  | 15,68     | 15,97     | 16,07     | 16,25     | 16,36     | 16,64     |
| Mulheres                                   | anos  | 19,05     | 19,37     | 19,48     | 19,61     | 19,67     | 19,89     |

Fonte: INE - Tábuas completas de mortalidade para Portugal

A estrutura etária da população continuará a sofrer alterações nos próximos anos. Serão mantidas ou mesmo acentuadas as diferenças entre os sexos, com níveis de envelhecimento mais significativos nas mulheres. Como consequência, a população idosa reforçará a sua importância relativa e a sua tendência de envelhecimento e feminização.

O comportamento demográfico é caracterizado pela manutenção da taxa de natalidade em simultâneo com a diminuição da taxa de fecundidade<sup>3</sup>, fraco saldo natural positivo e redução do saldo migratório<sup>4</sup> factos que se reflectem na estrutura da população.

O envelhecimento demográfico reflecte-se ao nível da sua distribuição, existindo uma maior incidência de população envelhecida no Interior relativamente ao Litoral. Tendo em conta os resultados dos Censos 2011 e de acordo com as projecções do INE (2012) pode verifica-se que o Norte detém a mais alta percentagem de idosos no Continente com 31,4%. A menor importância relativa de idosos pertence às Região Autónoma do Açores e Madeira (p.1), ver gráfico nº2.

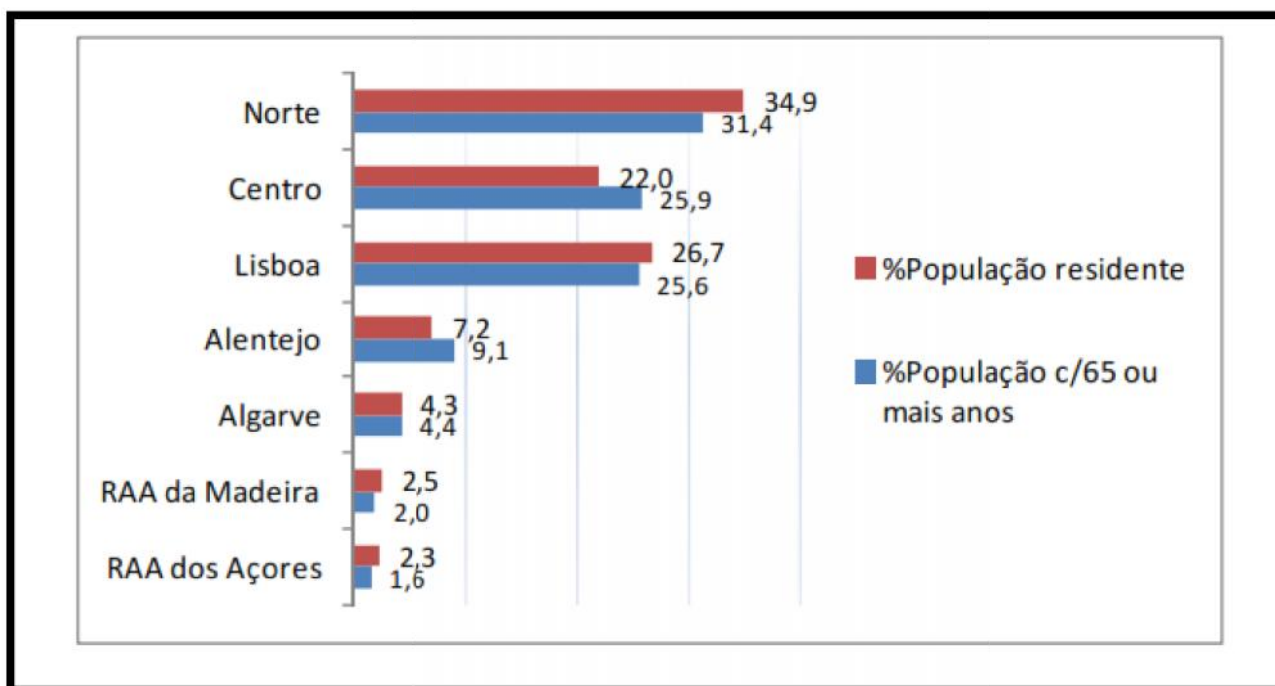
<sup>3</sup>**Taxa de fecundidade** é o número médio de filhos por mulher em idade de procriar, ou seja, de 15 a 49 anos.

<sup>4</sup>**Saldo migratório** é o equilíbrio entre a imigração e emigração em um lugar particular.

Quando a migração líquida é positiva, a população aumenta, quando a migração líquida é negativa, a população diminui.

Gráfico nº2

Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos, por NUTS II, em 2011



Fonte: INE - Estimativas da População Residente

A distribuição da população residente no continente tem assimetrias nas diferentes regiões. A região Norte da zona Centro<sup>5</sup>, âmbito na qual se integra o estudo não é excepção ao panorama nacional e internacional e também elas são assoladas por esta problemática do aumento do número de idosos comparativamente com o número de nascimentos. A zona Dão Lafões é constituída por uma população muito envelhecida, com fracas infra-estruturas, cujo principal apoio são as redes informais de vizinhança.

<sup>5</sup> A **sub-região do Dão-Lafões** localiza-se, na zona norte da Região Centro, entre as áreas do litoral e as altas terras do interior. Esta sub-região do centro do país estende-se por 15 concelhos: Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Mortágua, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu e Vouzela. Com uma área de mais de 3.488 Km<sup>2</sup>, o Dão-Lafões é uma sub-região que faz a ponte entre as sub-regiões mais desenvolvidas do litoral e as menos desenvolvidas do interior, razão pela qual apresenta simultaneamente, em si, aspectos muito diferentes, característicos de cada um destes dois extremos.

Mapa nº1

Freguesias da zona Dão-Lafões



A zona de Lafões tem perdido muitos habitantes desde há vinte anos atrás. Esta situação não se afasta do movimento verificado na generalidade dos concelhos limítrofes. Esta é uma questão nacional e não apenas desta região, no entanto, aqui o problema será mais preocupante, particularmente pela diminuição brusca dos mais jovens, 38164 jovens dos 0-14 anos contra 64986 idosos (65 e mais anos). A zona Dão Lafões apresenta um decréscimo populacional significativo, o que se ficou a dever fundamentalmente ao duplo envelhecimento da sua população residente, que se traduz numa diminuição

do número de jovens e um aumento do número de idosos.

Este quadro de envelhecimento e diminuição da população encontra alguma explicação na baixa taxa de natalidade verificada em Lafões. Refira-se, no entanto, que o comportamento dos indicadores demográficos de Oliveira de Frades (taxas de natalidade, mortalidade, fecundidade, divórcio, etc.) aproxima-se mais da média nacional que o dos outros concelhos de Lafões.

Por outro lado, a diminuição e o envelhecimento da população acentua-se nas localidades mais pequenas, naquelas onde a dependência da agricultura é maior.

De acordo com os censos 2011 pode verificar-se um elevado índice de envelhecimento nos três concelhos, de 213,7% em Vouzela, 208,3% em S. Pedro Sul e 140,9% em Oliveira de Frades. Situação que já se havia verificado nos censos anteriores, mas que no entanto, tem vindo a sobressair.

O índice de envelhecimento da população portuguesa é de 105% contra 187% em Lafões (ver anexo nº 3).



## 1.2 - O processo de envelhecimento: diferentes perspectivas

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

O fenómeno do envelhecimento populacional, originalmente conhecido apenas nos países desenvolvidos começa ultimamente a ser notado nos países em vias de desenvolvimento. Este fenómeno deve-se ao aumento da expectativa de vida, ao declínio da taxa de natalidade e ao declínio da mortalidade prematura, principalmente devido às melhores condições gerais de vida da população após a Revolução Industrial.

Daniel (2006) reforça esta ideia, quando refere que é necessária uma redefinição das capacidades e do poder social que é atribuído a esta faixa etária, já que esta é muitas vezes desnaturalizada pela sociedade que a envolve.

Por envelhecimento entende-se um processo de redução orgânica e funcional que é inevitável com o passar dos tempos, embora possa ser acelerado com uma doença, o processo de envelhecimento é natural e contínuo, uma vez que ao vivermos estamos em permanente envelhecimento. De acordo com Sequeira (2007) “o envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas «velhas»” (p.31). O envelhecimento faz parte do ciclo de vida do indivíduo, constituindo-se como um desejo que este ocorra de forma saudável, autónoma e independente, o maior tempo possível, já que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida.

Robert (1995, citado por Ferreira, 2002, p. 20) considera que o envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado “ (...) que permita a regeneração continua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam ”.



Berger (1995, citado por Graça et al., 2005, p.31) considera que o envelhecimento não deve ser sinónimo de doença “ (...) embora possa ser agravado, acelerado ou estar associado a ela ”.

O envelhecimento é deste modo e de acordo com Fonseca um “ (...) processo bio-psico-social de cariz individual (...), o envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhes estão inerentes ” (2006, p. 53).

Com o aparecimento da Gerontologia, o fenómeno do envelhecimento passa a ser objecto de estudo de uma multiplicidade de ciências que tentam descrever diversos tipos de teorias explicativas, e de acordo com Sequeira (2010) estas podem ser analisadas através da:

- . Teoria Ecológica: esta teoria é defendida por Birren e demonstra que o processo de envelhecimento é o resultado da interacção entre um determinado património genético e o ambiente que se encontra exposto;

- . Teoria Gerodinâmica: defendida por Schroots, esta teoria defende que o processo de envelhecimento tem por base a teoria geral dos sistemas, em que a dinâmica do envelhecimento constitui um processo que resulta de uma série finita de mudanças que levam à desordem e a estruturas ordenadas de maior diferenciação;

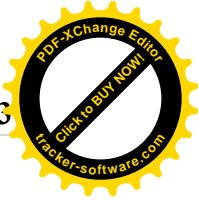
- . Teoria do Desenvolvimento: de acordo com Baltes e Smith, as mudanças relacionadas com a idade são explicadas numa perspectiva de ciclo de vida de acordo com as diferentes análises interdisciplinares., existindo uma inter-relação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo (p.11);

É substancial salientar que para além das teorias mencionadas anteriormente, o mesmo autor refere que existem outras igualmente importantes que estão relacionadas com as capacidades e competências do idoso, estando ligado ao padrão de funcionamento nas tarefas de rotina, sendo elas:

- . Teoria dos Componentes: sugere a existência de diferentes dimensões latentes de competência, desempenhando o meio ambiente um papel relevante ao nível da expressão e da manutenção da competência;

- . Teoria do Domínio Específico: de acordo com Salthouse, este destaca que a competência é devida à automatização, à experiência anterior e à especialização, pelo que a resolução de problemas dos idosos está relacionada com a familiaridade com um determinado domínio;

- . Teoria da Adequação Ambiente/Indivíduo: Kahana e Lawton referem que a competência está relacionada com a associação entre as capacidades do indivíduo, as



exigências e os recursos do meio. Da discrepância entre a exigência do meio e a deterioração de capacidades do indivíduo, surge a perda da competência (2010, p.12).

Das diferentes teorias citadas poder-se-á dizer, que envelhecimento é diferente de velhice, pois se o envelhecimento começa assim que somos concebidos, a velhice ou os sinais e sintomas directamente relacionados com este, só se expressam a partir de determinada idade, sendo um constructo social, dependente da forma como a sociedade institucionaliza esse conceito, materializada com a entrada do indivíduo na reforma, sendo esta, “a componente eminentemente social da unidade aparente que constitui a noção de pessoa idosa” (Fernandes, 1997, p.18). O significado social da velhice é então definido a nível cultural e histórico, de acordo com uma determinada conjuntura. Não existe, portanto, uma definição universal de velhice, havendo necessidade de procurar, na organização da própria sociedade e nos valores que essa sociedade tem implícito, o sentido operativo do conceito de velhice socialmente construído (Pereira, s/d).

O facto de muitos profissionais se dedicarem ao estudo e análise do fenómeno do envelhecimento permite um aprofundamento deste tema e das especificidades que o envolvem, pois é uma etapa de grandes vivências e de grandes perdas. Torna-se portanto fundamental, a promoção da qualidade de vida da nossa população para um conseqüente envelhecimento com qualidade e com expectativas positivas. Netto e Ponte (2002, citado por Ribeirinho, 2005) referem que “não é justo, não é humano somente prolongar a vida dos que já ultrapassaram a fase dos homens adultos, quando não lhes dá condições para uma sobrevivência digna. Sob este aspecto não há dúvida ao se afirmar que é melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos do que anos à vida precariamente vivida” (p.1).

Qualidade de vida nesta faixa etária pressupõe ter em consideração **aspectos biológicos, psicológicos e sociais**.

Embora nenhuma das definições actuais de envelhecimento biológico esteja cientificamente comprovada e aceite, Netto e Borgonovi (2002), define-o como: “... um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte” (p.44).

O envelhecimento biológico pode demorar a chegar, contudo é inevitável, se houver cuidados adequados aos sinais que o corpo vai exteriorizando poder-se-á evitar grandes complicações e usufruir deste estágio de uma forma mais aprazível. Se a pessoa idosa encarar esta etapa com naturalidade, ela consegue assegurar o seu próprio apoio emocional e encarar

a vida de forma mais feliz, reconhecendo-se como membro integrante da sociedade em que vive, contribuindo em pleno para o seu desenvolvimento.

Com o passar dos anos, o ser humano vai perdendo progressivamente as suas funções na medida em que, segundo Motta (1999, citado por Saldanha & Caldas, 2004) “esta perda de função se inicia após o período de vitalidade máxima, isto é, capacidade máxima individual de fazer frente às demandas biológicas, por volta dos 30 anos” (p.120).

Neste sentido, o envelhecimento biológico é, segundo Sequeira (2007), “caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo” (p.44).

As características que o corpo sofre com o processo de envelhecimento que mais se evidenciam são: dificuldade de mobilidade; diminuição visual e auditiva e envelhecimento da pele. Com o passar dos anos, uma vez que a pele vai mostrando os seus primeiros sinais de envelhecimento, surgem diversas alterações a nível estrutural e funcional caracterizando-se ao nível das células e tecidos; composição global do corpo e peso corporal; músculos, ossos e articulações; pele e tecido subcutâneo e tegumentos. Ao nível funcional as alterações verificam-se no sistema cardiovascular, no sistema respiratório, no sistema renal e urinário, no sistema gastrintestinal, no sistema nervoso e sensorial, no sistema endócrino e metabólico, no sistema reprodutor, no sistema imunitário e nos ritmos biológicos e sono (Figueiredo, 2007, pp. 34-37).

A par destas características surgem também outras alterações, tais como: o aparecimento de cabelos brancos; o enfraquecimento capilar (os cabelos tornam-se mais finos e caem com maior facilidade); a diminuição progressiva do crescimento das unhas (tornando-se mais grossas e com estrias longitudinais).

Ao nível dos olhos, pode-se salientar, entre outras importantes características:

- o aparecimento da presbiopia (implica a utilização de óculos de leitura a partir de 48 anos, aproximadamente);
- a diminuição da capacidade de ver às escuras (surge mais ou menos a partir dos 37 anos); o aumento do tempo de recuperação visual após encadeamento; o aparecimento de cataratas e dos papos debaixo dos olhos; a frequente queda de pestanas e o lacrimejar frequente.

Quanto aos ouvidos, e na medida em que a surdez é progressiva, o envelhecimento auditivo inicia o seu processo por volta dos 50 anos sendo que, ao entrar na terceira idade, se torna numa das características mais usuais nos idosos.



As mutações menos evidentes mas também de grande importância são as alterações internas que se caracterizam pela: diminuição da capacidade funcional de diversos órgãos (coração, pulmões, rins, entre outros) e limitação da funcionalidade do metabolismo basal (circulação, respiração, actividade glandular, entre outros).

Com o passar dos anos o desgaste é inevitável, não é uma doença, mas uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível às ameaças. De acordo com Zimmerman (2000) “o segredo do bem-viver é aprender a conviver com essas limitações. É entender, aceitar e lutar para que essas problemas sejam diminuídos, (...) (p.23).

Relativamente às alterações biológicas, torna-se forçoso considerar que as provenientes do envelhecimento trazem consigo importantes repercussões do ponto de vista psicológico.

Segundo Sequeira (2007), a qualidade de vida e o bem-estar psicológico incluem dimensões como a satisfação pessoal (sentido e significado de existência), as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjectividade de cada pessoa singular. “ (...) A forma como cada um, se vê e se sente inserido, com as suas características peculiares, são fundamentais na sua interacção com o meio e, conseqüentemente, na obtenção de um maior ou menor grau de satisfação e bem-estar” (p.47).

Entre distintas alterações psicológicas pode-se salientar: diminuição da memória; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afectivas e sociais; menor capacidade em realizar um pensamento abstracto; diminuição da atenção, compreensão e reflexos; dificuldade na recepção e tratamento da informação; maior lentidão nas reacções e execuções; suicídios; alterações psíquicas que exigem tratamento; depressão, hipocondria, somatização, paranóia e dificuldade em se adaptar a novas situações.

Zimmerman (2000) completa referindo que para além das alterações do corpo, o envelhecimento traduz mudanças psicológicas, que podem resultar em: “dificuldade em se adaptar a novos papéis; falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afectivas e sociais; dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos nos velhos; alterações psíquicas que exigem tratamento; depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídios e baixa auto-imagem e auto-estima” (p.25).

Quando o idoso se encontra, segundo Teixeira (2002, citado por Saldanha & Caldas, 2004) “marcado pela perda dos projectos de vida, pela falta de reconhecimento, pela cessação de responsabilidades parentais e pela dificuldade de satisfazer necessidades e impulsos, pela negação das possibilidades de realização das etapas anteriores é comum aparecerem



sentimentos de fragilidade, incapacidade, baixa estima, dependência, desamparo, solidão e desesperança” (p.312).

Torna-se fundamental, de acordo com Silva (2001), alertar para algumas formas de minorar todas estas consequências psicológicas e suas respectivas doenças. Assim sendo, é importante para o idoso ter uma melhor qualidade de vida e bem-estar, ao nível individual e colectivo, desenvolvendo uma atitude de compreensão que passe por saber ouvir sem demonstrar ansiedade, não realizar depreciações negativas, ensinar a usar a memória, tentar organizar da melhor maneira a informação e falar mais devagar, repetindo várias vezes, se necessário, as frases e/ou gestos, evitar que as interferências externas como o ruído impeçam a comunicação e a estabilidade mental do idoso (p.174).

Relativamente ao aspecto social é fundamental realçar que o estatuto social adquirido pelo idoso era e é definido de acordo com o grau de importância que tem dentro da sociedade e do tipo de valores e práticas que o próprio assume.

Nas sociedades mais tradicionais, o idoso era visto como um sábio que possuía um vasto leque de conhecimentos e experiências que deveriam ser enaltecidas e transmitidas aos mais novos. Nas sociedades menos tradicionais, pelo facto de ser dado mais importância ao conceito de beleza e juventude, o idoso passou a ser considerado como uma pessoa incapaz e, portanto, rejeitado pela sociedade.

Por seu lado, na sociedade pós-tradicional, o envelhecimento passou a estar intimamente ligado ao processo de produção e de consumo, daí o facto de ter sido socialmente estabelecido um limite máximo de idade para que o idoso possa continuar a trabalhar (actualmente encontra-se nos 65 anos). Este limite teve como marco principal a reforma, ou seja, o retiro, dos idosos da vida activa que coincide com o facto de a própria sociedade os considerar inaptos para realizar as suas funções. Assim sendo, o idoso, no contexto da vida social, passou a enfrentar novas realidades.

Mas a realidade a que assistimos, em muitos casos, é a existência de um declínio do padrão de vida, acompanhado, por vezes, de muitas privações, após a ruptura (muitas vezes drástica) com a actividade laboral. Deste modo, a maioria das reflexões/abordagens acerca da relação pessoa idosa - sociedade, é feita através segundo Levet (1998) da “... lupa económica do sistema de produção. Os valores de reflexão, de meditação, de sabedoria, e as potencialidades que se vão forjando com o avanço em idade, não são tomados em consideração, pior que isso – a maior parte das vezes não são mesmo reconhecidas” (p. 8).

É como que a ausência da função de produção assinalasse uma perda de utilidade social, sentida pelo reformado e confirmada pela sociedade que dispensa estes indivíduos,



independentemente da sua aparência ou competência para o trabalho, estabelecendo assim a sua entrada “oficial” na velhice. A este respeito, Fernandes (1997) menciona que “ (...) a passagem à reforma, corresponde ao momento mais importante da reestruturação dos papéis sociais (...). O afastamento da actividade laboral representa uma perda relativamente a um desempenho profissional e às relações daí decorrentes” (p. 17).

Várias são as alterações no status do velho, segundo Zimmerman (2000), “a crise de identidade, provocada pela falta de papel social; mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade; reforma, restando-lhe ainda muitos anos de vida, devendo estar preparados para não se isolarem, deprimidas e sem rumo; perdas diversas, que vão desde a condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia; diminuição dos contactos sociais que se reduzem devido às circunstâncias” (p.24).

Todo o processo de envelhecimento passa então a ser visto, não como o fim mas sim como o início de um novo processo de realização e desenvolvimento pessoal onde o idoso, por possuir mais tempo livre, poderá dar um novo sentido à sua vida de modo a que, ao manter contactos frequentes com antigos e colegas de trabalho e ao realizar actividades de lazer, torne mais fácil a adaptação aos seus novos papéis na comunidade, permitindo assim ser visto por esta e principalmente por ele próprio, como parte integrante e fundamental da sociedade. No entanto, esta conotação positiva nem sempre é a mais adoptada. Tal como Pimentel (2005) afirma: “a consciência colectiva marcada por repressões negativistas, as condições socioeconómicas adversas e a limitação de oportunidades fazem com que a velhice se torne um período difícil de enfrentar, ainda que o idoso viva em condições individuais favoráveis” (p.50).

Por outro lado e para que o envelhecimento seja assumido de forma saudável e harmoniosa, o idoso deve deixar de ver o envelhecimento como um processo em declínio (tendo como etapa final a sua morte) mas sim como, uma etapa nova e contínua onde este deve optar, segundo Debert (1999, citado por Saldanha & Caldas, 2004) por “ (...) explorar novas identidades, realizar projecto abandonados em outras etapas da vida e estabelecer relações mais profundas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos” (p.20).

É, sem dúvida fundamental, repensar no modo como vemos os idosos na nossa sociedade, superando todos os preconceitos e garantindo-lhes todas as condições necessárias para um envelhecimento mais digno. Reconquistar a ideia que predominava nas sociedades tradicionais, do idoso como elemento importante e respeitado membro de uma família e não enquanto simples “apêndice” de uma sociedade em constante alteração.



Para isso é fundamental que o idoso continue a participar em questões sociais, económicas, culturais, cívicas e espirituais, dando-lhe a oportunidade para se libertar e reutilizar as suas capacidades permitindo o seu crescimento pessoal e ligando-se mais ao seu meio.

### 1.3 - O novo paradigma do envelhecimento: envelhecimento bem-sucedido

O envelhecimento do indivíduo é uma realidade cada vez mais frequente, pelo que as alterações demográficas causadas por estas transformações impõem esforços económicos e sociais mais intensos. Não importa só prolongar a vida dos indivíduos, mas sim fomentar um envelhecimento mais saudável e bem-sucedido possível.

Pensar sobre qualidade de vida e bem-estar social em idade avançada implica perspetivar este conceito não como algo atingido e inflexível, mas antes como um processo social, económico, cultural e psicológico. Não tem sido fácil definir o conceito de envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente, pela dificuldade em conceptualizar o processo de envelhecimento e o próprio conceito de idoso.

O conceito de Envelhecimento Activo e bem-sucedido foi criado 1997 pela Organização Mundial da Saúde [OMS] (2002), e define-se como “o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas forem envelhecendo”. Pretende ser mais abrangente, alongando-se para além da saúde, a aspectos socioeconómicos, psicológicos, sociais e ambientais integrados num modelo multidimensional. Desta forma, esta noção tem por base permitir que os idosos permaneçam integrados e motivados na sua vida laboral e social.

A *Encyclopedia of Aging*, Palmore (1995, p.914) propõe uma definição compreensiva de envelhecimento bem sucedido que "combinaria sobrevivência (longevidade), saúde (ausência de incapacidades), e satisfação com a vida (felicidade) ".

Jones e Rose (2005) salientam que Havighurst, em 1961, associou ao conceito de “*successful aging*” termos como: dar “vida aos anos” e extrair “satisfação da vida”. Acrescentam, ainda, que o envelhecimento bem sucedido não se inicia com a idade da reforma mas é consequência do longo percurso de vida de cada indivíduo.

Para Martins (2007) o envelhecimento bem-sucedido dependerá da inclusão das determinantes biológicas, psicológicas e sociológicas do processo de envelhecimento. Considera que a inclusão dos factores genéticos, do envolvimento pessoal e social, dos comportamentos, do estilo de vida, da adaptabilidade, das atitudes, de certas características da personalidade e, igualmente, do suporte social serão os aspectos fundamentais para um envelhecimento bem sucedido.

Para Rowe e Kahn (1999, citado por Simões, 2006), o envelhecimento bem-sucedido baseia-se “num conjunto de factores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista físico como mental” (p.141).

Segundo estes autores, existem três aspectos fundamentais a ter em conta num envelhecimento bem-sucedido: baixo risco de doenças ou incapacidades, um elevado funcionamento físico e mental e, por último, um empenho activo na vida. Deste modo, atingir um envelhecimento bem sucedido depende essencialmente de cada pessoa.

Também Riley (1993, citado por Pestana, 2003) encontra uma solução formal para permitir um envelhecimento bem-sucedido, é a mudança das estruturas sociais, tendo como menção a idade (p.88). No entanto, e de acordo com o mesmo autor, manifesta que esta alteração ainda está longe de acontecer, mas existem claros indícios que vão nesse sentido, ou seja, “numa futura revolução estrutural, a alteração de instituições e normas poderá permitir a pessoas de todas as idades entrar e sair do ensino, mudar de empregos ou começar novas carreiras, e intervalar o lazer com outras actividades ao longo de toda a vida ” (p.89) (figura nº 1).

Figura nº1



Fonte: Riley (1993) adaptado por Pestana (2003:89)

Poder-se-á dizer que as teorias do envelhecimento bem sucedido vêm o indivíduo como pro-activo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e activamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento.

De forma mais abrangente reconhece-se a relevância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas. Esta enfatiza o



comprometimento das pessoas mais velhas no exercício da sua participação nos vários parâmetros que compõem o seu quotidiano.

Para falarmos de envelhecimento saudável, é necessário pensar na interacção de múltiplos factores, de entre eles: saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica, entre outros.

Desde a década de 1980, há diversas acções internacionais que valorizam a possibilidade de se tomar o envelhecimento como processo positivo, pensado como um momento da vida para se exercer bem-estar, prazer e qualidade de vida de forma a elevar o estatuto social da pessoa idosa e a crença nas suas potencialidades, promovendo qualidade de vida e bem-estar.

Em 1982 realizou-se a I Assembleia da ONU sobre o Envelhecimento em Viena<sup>6</sup>. Daqui saiu o Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, de onde saíram 66 recomendações referentes a sete áreas: (i) saúde e nutrição; (ii) protecção ao consumidor idoso; (iii) habitação e meio ambiente; (iv) bem-estar social; (v) assistência social; (vi) trabalho e educação e (vii) família.

Em 1990, é criado o Observatório Europeu do Envelhecimento e dos Idosos<sup>7</sup> que define quatro áreas-chave de actuação: (i) a questão da idade e do emprego; (ii) os rendimentos e os padrões de vida; (iii) os cuidados de saúde e sociais e (iv) a integração social.

Em 1991, a Assembleia Geral adoptou o Princípio das Nações Unidas<sup>8</sup> em favor das Pessoas Idosas, enumerando 18 direitos relativamente a: (i) independência; (ii) participação; (iii) cuidado; (iv) auto-realização e (v) dignidade.

No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento reuniu-se para dar seguimento ao Plano de Acção, adoptando a Proclamação do Envelhecimento.

Em 1993, decorre o Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre as Gerações<sup>9</sup>, cuja preocupação chave se centrou na discriminação etária contra os trabalhadores idosos na UE.

---

<sup>6</sup> 1ª Assembleia da ONU sobre o Envelhecimento em Viena. Disponível em: <http://www.imtersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf>

<sup>7</sup> Observatório Europeu do Envelhecimento e dos Idosos. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/528.pdf>

<sup>8</sup> Princípio das Nações Unidas em favor das pessoas idosas. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/onuido.htm>

<sup>9</sup> Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre as Gerações. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/528.pdf>



Em 1999, celebra-se o Ano Internacional dos Idosos<sup>10</sup>, baseado no tema “Uma sociedade para todas as Idades”, de onde resulta o comunicado da Comissão Europeia com as seguintes preocupações: (i) a necessidade de se integrar, na gestão dos recursos humanos das empresas e nas políticas sociais dos Governos; (ii) a promoção da aprendizagem ao longo da vida, assim como a criação de novas oportunidades que contrariem a saída antecipada do mercado de trabalho pelos trabalhadores mais velhos e (iii) a necessidade de proporcionar maiores garantias ao nível dos sistemas de segurança social através da implementação de taxas de actividade e emprego mais elevadas e de medidas de protecção social que respondam eficazmente às evoluções demográficas.

A acção a favor do envelhecimento continuou em 2002, quando a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento foi realizada em Madrid<sup>11</sup>. Pretendendo desenvolver uma política internacional para o envelhecimento para o século XXI, a Assembleia adoptou uma Declaração Política e o Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid. O Plano de Acção pedia mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI. As suas orientações dão prioridade à pessoa idosa e ao desenvolvimento, promoção da saúde e o bem-estar na velhice, e a criação de um ambiente propício e favorável, tendo sido produzidos 35 objectivos e 239 recomendações. Com novidade, esta sugere parcerias com a sociedade civil e o sector privado.

Em 2012 consagra-se o Ano Europeu do Envelhecimento Activo<sup>12</sup>, visando chamar a atenção para a importância do contributo dos idosos para a sociedade e incentivar os responsáveis políticos e todas as partes interessadas a tomarem medidas para criar as condições necessárias ao envelhecimento activo e ao reforço da solidariedade entre as gerações (Silva, 2008, p.6).

---

<sup>10</sup> Ano Internacional dos Idosos. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/528.pdf>

<sup>11</sup> Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento. Disponível em: <http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>

<sup>12</sup> Ano Europeu do Envelhecimento Activo. Disponível em: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?langId=pt&catId=970>

Tabela nº3

**Planos Internacionais para o Envelhecimento**

***Planos Internacionais para o Envelhecimento***

| Atributo                | Plano Internacional de Acção de Viena sobre o Envelhecimento, 1982                | Plano Internacional de Acção de Madrid sobre o Envelhecimento, 2002                               |
|-------------------------|---|---|
| <b>Ponto central</b>    | Pessoas idosas em países desenvolvidos  | Envelhecimento individual e populacional em países em desenvolvimento e em economias em transição |
| <b>Prioridade geral</b> | Questões "humanitárias"   | Questões de "desenvolvimento"   |
| <b>Significado</b>      | Identificação do envelhecimento como uma questão internacionalmente significativa | Proposta de inclusão da questão do envelhecimento na agenda de desenvolvimento internacional      |
| <b>Resumo</b>           | 62 recomendações em sete áreas de preocupação em relação aos idosos               | 239 recomendações para 18 questões prioritárias   |

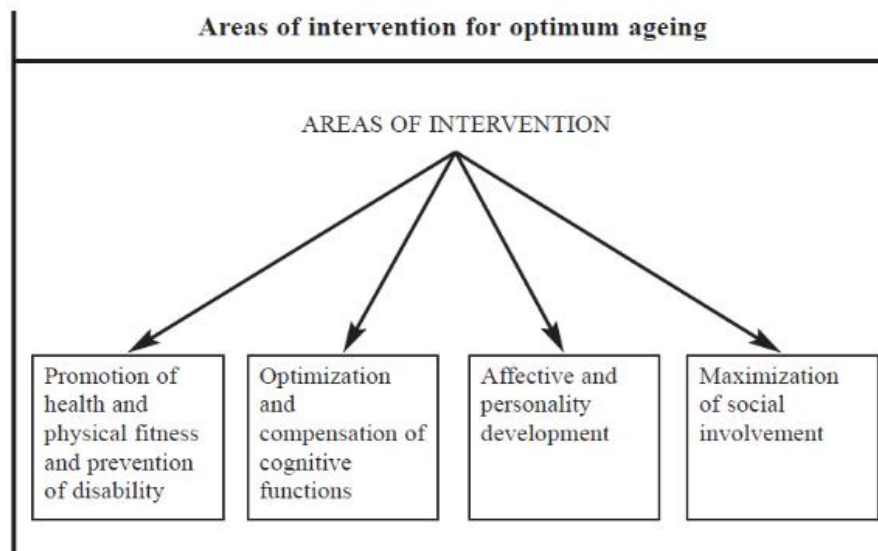
Fonte: Adaptado de CEDRU

Nos últimos anos, tem sido visível o surgimento de projectos que visam a intergeracionalidade e a promoção de um envelhecimento bem-sucedido, como consequência da dinâmica de diferentes factores, tais como as transformações na estrutura familiar, o aumento da esperança média de vida e a necessidade de jovens e menos jovens contribuírem para a comunidade onde se encontram incluídos.

Em Espanha, por exemplo, face ao aumento exponencial de pessoas idosas foi recomendado o estabelecimento de programas que promovam o envelhecimento com qualidade. Foi realizado um estudo que analisa a eficácia de um programa multimédia "Viver com Vitalidade"- M ", que tem como objectivo promover o envelhecimento bem-sucedido através da transmissão de conhecimento sobre: como envelhecer bem e saudável através da aprendizagem e comportamentos adaptativos. O Programa incluiu uma amostra de pessoas com 65 anos a quem foi administrado o programa. Foi administrada informação relativa a variáveis relacionadas com saúde e desenvolvimento pessoal: opiniões, actividades, exercícios, nutrição, saúde, relacionamentos sociais e satisfação com a vida.

Quadro nº1

### Áreas de intervenção para um envelhecimento bem-sucedido



Fonte: Ballesteros (2004)

O programa (quadro nº1) parece ser eficaz no que diz respeito à mudança no conhecimento sobre o envelhecimento bem-sucedido e valorização de si mesmo como capaz de envelhecer bem, aumentando o seu nível cultural, intelectual e social e a satisfação com a sua própria vida.

Em Portugal, também são vários os projectos desenvolvidos em prol dos mais velhos. A Rede Global das cidades amigas dos Idosos é uma estrutura implementada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005, como resposta ao rápido envelhecimento da população mundial. Esta ideia é promovida pela Associação Valorização Internacional e Desenvolvimento Activo (VIDA), cuja finalidade principal é sensibilizar para o conceito apresentado e ainda verificar, em conjunto com instituições parceiras no projecto, a “amigabilidade” das cidades portuguesas. Para esse propósito, e através do Projecto CIDADES<sup>13</sup>, são verificadas as condições dos munícipes idosos no que concerne a diversas

<sup>13</sup> O conceito de “**Cidade Amiga dos Idosos**” foi concebido pela Organização Mundial da Saúde que, em 2005, lançou o Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, posteriormente traduzido para português pela Fundação Gulbenkian. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços, de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas, com diferentes necessidades e capacidades. A este projecto já aderiram Águeda, Arouca, Castelo De Paiva, Espinho, São João Da Madeira, Sever Do Vouga, Almodôvar, Mértola, Barcelos, Braga, Celorico de Basto, Esposende, Guimarães, Alfândega da Fé, Fundão, Sertã, Vila De Rei, Góis, Miranda do Corvo, Vila Nova de Poiares, Évora, Aljezur, Castro Marim, Monchique, Portimão, Silves, Tavira, Vila do Bispo, Lagoa, Celorico Da Beira, Guarda, Alcobaca,



áreas: (i) espaços exteriores e edifícios; (ii) transportes; (iii) habitação; (iv) participação social; (v) respeito e inclusão social; (vi) participação cívica e emprego; (vii) comunicação e informação e; (viii) serviços comunitários e de saúde (S.A., 2009).

Outros programas, mesmo que não em todos os distritos vão emergindo da necessidade de repensar estratégias e práticas relacionadas com o enquadramento que o envelhecimento tem tido, são eles: a Comissão Protecção dos Idosos, o Observatório Gerontológico Municipal em Lisboa, a elaboração do Guia de Lisboa para a Idade Maior, a criação das Universidades Seniores, o Programa Praia, Campo Sénior, os serviços de Tele Assistência, o cartão “RailPlus”, onde a CP, no seu serviço internacional, oferece a todas as pessoas, com mais de 60 anos, a possibilidade de adquirirem o cartão “RAIL EUROPE PLUS SENIOR”.

O programa PIPP que agregou projectos, como o Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança e o Programa Comércio Seguro, integrando-os numa estratégia global, com maior enfoque na componente da proximidade/prevenção da criminalidade. O objectivo é a prevenção da violência doméstica, apoio às vítimas de crime e acompanhamento pós-vitimação e identificação de problemas que possam interferir na situação de segurança dos cidadãos. Promovem a divulgação /Informação de acções de sensibilização em articulação com o Ministério Público, Polícia Municipal e PSP.

Também o Instituto da Segurança Social tem tido a preocupação de intervir ao nível das políticas sociais procurando integrar estes novos conceitos nos programas que elabora, intervindo a vários níveis:

- Políticas de Protecção Social: através do Complemento Solidário para Idosos<sup>14</sup> e do Complemento por Dependência<sup>15</sup>;
- Políticas à Participação e Promoção dos Idosos: no apoio à criação das Universidades Seniores, Voluntariado Sénior, e Programa Inatel;

---

Leiria, Peniche, Loures, Oeiras, Alenquer, Alter do Chão, Campo Maior, Elvas, Ponte de Sôr, Portalegre, Felgueiras, Gondomar, Lousada, Marco De Canaveses, Paços De Ferreira, Paredes, Trofa, Valongo, Grândola, Palmela, Alcanena, Alpiarça, Rio Maior, Santarém, Sardoal, Ponte da Barca, Valença, Lamego, Nelas, Sátão, Vouzela, Alijó, Boticas, Mesão Frio, Santa Marta de Penaguião, Angra do Heroísmo, Lajes do Pico, Povoação, São Roque do Pico, Câmara De Lobos, Funchal, Porto Santo, Ribeira Brava, Santa Cruz e Santana.

<sup>14</sup>O **Complemento Solidário para Idosos** é um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos com poucos recursos. É uma prestação complementar à pensão que o idoso já recebe. Ver Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de Dezembro.

<sup>15</sup>O **Complemento por Dependência** é um apoio em dinheiro para pessoas em situação de dependência que não podendo praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana precisam da assistência de outrem. Ver Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Novembro



- Políticas na Qualidade das Respostas Sociais e qualidade nos cuidados prestados: através da criação de Planos Gerontológicos, a utilização da tele-assistência, investimento através do Programa PARES (Programa de Alargamento da Rede de Equipamento Sociais<sup>16</sup>) e do PAII (Programa de Apoio Integrado a Idosos<sup>17</sup>), e a criação Manuais da Qualidade da Segurança Social de forma a garantir aos cidadãos após os 65 anos o acesso crescente a serviços de qualidade, cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades.

O objectivo do manual de acordo com o Instituto da Segurança Social [ISS] (2011) é“ ser um instrumento de diferenciação positiva das respostas sociais, permitindo incentivar a melhoria dos serviços prestados; ser um instrumento de auto-avaliação das Respostas Sociais, permitindo rever de uma forma sistemática o desempenho da organização, as oportunidades de melhoria e a ligação entre aquilo que se faz e os resultados que se atingem; apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento, nomeadamente através de:

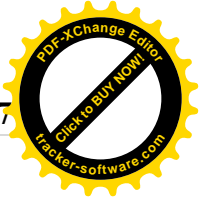
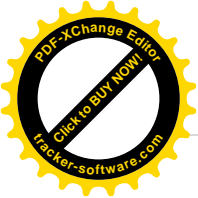
- Melhoria da eficiência e a eficácia dos seus processos;
- Maior grau de participação dos clientes, nos serviços que lhes são destinados;
- Maior dinamização e efectivação da participação da família no âmbito da resposta social;
- Aumento do grau de satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, colaboradores, fornecedores, parceiros e, de um modo geral, de todo o meio envolvente da organização e da sociedade em geral”.

A ênfase, já não é posta apenas no facto de a ciência poder possibilitar o prolongamento da esperança de vida, mas antes no aumento do bem-estar e na qualidade da forma como são vividos os últimos anos da velhice, tentando que as pessoas se preparem de forma efectiva para viver esses anos da melhor maneira possível. As políticas e os programas que têm surgido visando atender à heterogeneidade das novas necessidades e interesses dos idosos, exigem condições propícias e práticas inovadoras e alternativas perante situações concretas e em mudança que sustentem um envelhecimento são e activo, daí que, o envelhecimento bem-sucedido não é um privilégio ou sorte, mas um objetivo a ser alcançado

---

<sup>16</sup> O **Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais** (PARES) tem como objectivo a ampliação da Rede de Equipamentos Sociais, constituindo-se como um dos pilares da estratégia de desenvolvimento integrado das políticas sociais do país. Este é um factor determinante do bem-estar e da melhoria das condições de vida dos cidadãos e das famílias. Ver Portaria n.º 426/2006, de 2 de Maio.

<sup>17</sup> O **PAII** é caracterizado por um conjunto de medidas inovadoras que visam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no domicílio e no seu meio habitual de vida, desenvolvendo-se através de projectos de desenvolvimento central e a nível local. Ver Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, Diário da República n.º 166, II Série, de 20 de Julho de 1994



por quem planeia e trabalha para isso, sabendo lidar com as mudanças que efetivamente acompanham o envelhecer.



## CAPITULO 2 – A Institucionalização

### 2.1 - Os lares como instituição privilegiada no cuidado ao idoso: génese e evolução

Desde sempre houve a preocupação e dedicação para actos de assistência e de protecção social com o intuito de prestar caridade e de actuar junto dos grupos sociais mais desfavorecidos (idosos, doentes, pessoas com deficiência, vítimas de pobreza e crianças). Muitas das instituições eram de âmbito local, ligadas não apenas a ordens militares e religiosas (que tiveram um importante papel na reconquista e no repovoamento do território) mas também aos municípios e às confrarias de mestres ou a simples particulares (mercadores ricos), outras pelo contrário, deveram o seu nascimento à devoção de vários reis, rainhas e demais gente da nobreza e do alto clero.

“O sentimento do dever moral de solidariedade humana (...) tem sólidas raízes na consciência individual e colectiva dos portugueses” Maia (1985, p.17), deste modo e de forma a colmatar as necessidades foram surgindo por todo o país, no período entre o século XII ao XV, hospitais, hospícios, gafarias, albergarias e mercearias, destinadas a albergar mulheres idosas, viúvas sem recursos e outras pessoas carenciadas.

No final do século XV e de acordo com Jacob (2002a) existiam quatro tipos de estabelecimentos assistenciais: Albergarias, Hospitais (como hospedarias para os pobres), Gafarias ou Leprosarias e Mercearias (obrigação religiosa de fazer o bem pela alma ou saúde de alguém).

A partir do século XVII a solidariedade afasta-se do sentido puramente religioso de caridade para se manifestar como um dever social do Estado e da sociedade civil. Neste sentido Araújo (1997) refere que “ (...) no transcurso da evolução observada (1700-1830) o que ressalta é o triunfo gradual do modelo filantrópico sobre o velho paradigma da caridade piedosa, entendida, desde a longínqua Idade Média, como tesouro de salvação pessoal.” (p.449).

As mudanças económicas, resultantes da Revolução Industrial, do séc. XVI fomentaram o desenvolvimento tanto da civilização como na organização da mesma. “As transformações na organização da agricultura e na vida urbana (que se produziam um pouco por todo o lado, ainda que com intensidades e ritmos diferentes) revelaram-se geradores de uma miséria de características e incidências sociais nunca antes vista na Europa” (Geremek, 1986).



Como país integrante da Europa, Portugal, também sofreu alterações sociais, e as cidades avolumaram-se de novos mendigos, deste modo, assistiu-se à necessidade obrigatória de organização desta caridade.

Em Portugal, pode considerar-se como o primeiro marco da assistência social pública a constituição da “Casa Pia de Lisboa fundada no reinado de D. Maria I, por iniciativa de Diogo Inácio de Pina Manique a 03 de Julho de 1780, no âmbito dos problemas sociais que decorreram do terramoto de 1755, começando a funcionar provisoriamente no Castelo de S. Jorge, onde se recebia crianças órfãs e abandonadas, mendigos e prostitutas” (Romão, 2002).

Maia (1984, citado por Fernandes, 1997) afirma que “para além do surgimento da Casa Pia, criaram-se também instituições direccionadas para diferentes populações, foram criados os asilos de infância, asilos de mendicidade e asilos para velhos e inválidos” (p.107). Nesta época, a referência aos idosos ainda era sinónimo de incapacidade material de subsistência e abrigo.

No século XIX, Portugal assiste a um período de crescimento económico e transformações políticas, económicas e sociais conturbadas consequentes de um processo de industrialização precário. Nessa altura são criadas mutualidades ou associações de socorros mútuos que se dedicavam ao apoio de pessoas em situação de doença.

O ponto de viragem é dado com a Constituição de 1933, afastando-se o Estado da responsabilidade da previdência social não assumindo os seus encargos financeiros, mas interessando-se em promover o surgimento e desenvolvimento das instituições de solidariedade social, previdência, cooperação e mutualidade. “Estas são criadas para suprir as necessidades da população nos casos de doença, desemprego, velhice entre outras” (Fernandes, 1997, p.111). Não tendo responsabilidades financeiras, ao Estado estava incumbido a coordenação, direcção e impulso de todas as actividades sociais.

Decorrente disso, em 1963 foi criada a Lei 2120 de 19 de Julho<sup>18</sup> que instituiu as Instituições Particulares de Assistência, que eram consideradas Pessoas Colectivas de Utilidade Pública Administrativa (PCUPA) e assumiam as formas de Associações de Beneficentes, Institutos de Assistência (religiosos ou não) ou Institutos de Utilidade Local (Fundações).

---

<sup>18</sup>A Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963, promulga as bases da política de saúde e assistência. Atribui ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada. Cabe ao Estado, também, fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins, exercendo acção meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares.



Constituída a Democracia, com o fim do Estado Novo e com a introdução de novos modelos de intervenção social tendo em conta os princípios de um Estado mais democrático, houve lugar a uma reestruturação das políticas de protecção social. Presenciou-se também a uma maior actuação na sociedade civil em relação aos grupos socialmente mais desfavorecidos. E, foi nessa altura que o Serviço Nacional de Saúde, bem como, o Sistema Integrado de Segurança Social tiveram início, substituindo através da Lei do Quadro da Segurança Social (Lei 28/84 de 14 de Agosto)<sup>19</sup>, os tradicionais sistemas de providência e de assistência. Depois da Revolução, o Estado reconheceu o contributo das IPSS na prossecução dos objectivos da Segurança Social, evidentes desde os seus primeiros estatutos.

Deste modo, pode-se afirmar que a criação e dinamização das IPSS resultam da responsabilização da sociedade civil face aos problemas de assistência e de protecção social. Como forma de resposta, juntaram-se às Misericórdias as organizações canónicas e as organizações civis.

No entanto, foi com a Constituição de 1976, no artigo nº 63<sup>20</sup> que surge pela primeira vez o termo Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), esta “prescreve que a organização do sistema de segurança social não prejudicará a existência de instituições privadas de solidariedade social não lucrativas. Serão permitidas, regulamentadas por lei e sujeitas a fiscalização do Estado”. Com base neste direito constitucional foi criado o Decreto-lei n.º 519-G2/79 de 29 de Dezembro que regulamenta o Estatuto das IPSS.

Com a declaração de uma política para a terceira idade, na Constituição de 1976, recomenda-se um novo modo de gerir a velhice, inicia-se uma nova etapa, verifica-se deste modo, entre 1976 e 1985, uma alteração na forma de tratar os idosos. Criam-se instituições com o apoio do Estado cujo objectivo era promover respostas às necessidades da população.

No que diz respeito ao encargo social, a partir desta data, distinguiram-se dois tipos de instituições: as que tinham como objectivo a institucionalização das pessoas idosas (lares ou residências) e as que procuravam criar condições para manter a pessoa idosa no seu próprio domicílio como os Centros de Dia, os Serviços de Apoio Domiciliário, os Centros de Convívio e os Centros de Noite.

“Esta nova política caracteriza-se por preconizar a continuação dos idosos no seu domicílio, criando condições para que possam aí permanecer integrados socialmente, partindo

---

<sup>19</sup> Lei do Quadro da Segurança Social. Disponível em: [http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd\\_igf/bd\\_legis\\_geral/Leg\\_geral\\_docs/LEI\\_028\\_84.htm](http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/LEI_028_84.htm)

<sup>20</sup> Constituição de 1976 e Revogação Constitucional. Disponível em: <http://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>



do pressuposto de que é possível retardar o envelhecimento (físico e mental) através de diferentes actividades culturais, recreativas e desportivas” (Veloso, 2008, p.3). Além disso, transmite uma representação de velhice diferente, ou seja, uma velhice autónoma e activa. Novas formas de vida começam a ser visualizadas e materializadas pelos diferentes equipamentos sociais que vão surgindo. Estes equipamentos apontam para a promoção de “um novo estilo de vida para os idosos, que deve ser participativo, autónomo, retardando o envelhecimento e o respectivo internamento” (Idem). O idoso deixa de ser visto como alguém dependente e miserável, mas como um indivíduo autónomo e integrado na comunidade.

Para além disso, estes equipamentos, proporcionam um novo modo de vida aos idosos, que se desejavam inseridos e mais participativos na comunidade, ao mesmo tempo que se reduz as despesas ao Estado, diminuindo os valores da comparticipação a distribuir pelas estruturas residenciais. A política de manutenção dos idosos no domicílio também permite aproveitar o potencial dos mais velhos como consumidores, sendo também por isso vantajosa para o Estado e para o desenvolvimento da economia, face a ofertas como Saúde e Termalismo e Turismo Sénior.

No entanto, e face ao actual grau de dependência de muitos idosos, as estruturas residenciais são uma resposta à qual muitos familiares recorrem devido ao aumento da longevidade, associada muitas vezes a doenças incapacitantes.

A que iremos abordar é a resposta social Lar de Idosos, uma vez que foi aquela em que o estudo ocorreu e é o nosso objectivo estudar a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

A resposta social Lar de Idosos provêm das antigas instituições asilares da década de 50 do séc. XX e representam a primeira resposta social de apoio aos mais idosos. Tal como refere Fernandes (1997), “as instituições de apoio que recebemos do passado foram os asilos e os hospícios destinadas aos indigentes, mendigos e aos velhos, que ainda hoje é, uma marca histórica que permanece nas mentes de muitas pessoas” (p.146). Também Goffman (2007) descreve que estas faziam parte das, também designadas, instituições totais, definindo-as como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p.11).

A definição de Lar de Idosos tem sofrido alterações desde o decreto-lei 30/89 de 24 de Janeiro, nº 1 do art.º 6, em que os lares de idosos eram definidos como “estabelecimentos de alojamento e prestação de serviços destinados a pessoas idosas”, actualmente, a descrição de Lar sofreu algumas alterações descritas no Despacho normativo n.º 12/98 de 25 de

Fevereiro<sup>21</sup>, “considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes” (Pinto & Osório, 2007, p.141). Mais que as necessidades fisiológicas, este conceito contempla também as necessidades sociais e de auto – realização, proporcionando a melhoria de QV do idoso.

Actualmente, existem três sistemas nacionais que asseguram este apoio os mais envelhecidos: as entidades públicas totalmente geridas pelo Estado através do orçamento de Estado; as IPSS, que são uma parceria entre o sector público e privado, são geridas por uma direcção local de responsabilidade privada tendo apoios do Estado, mas sem fins lucrativos, e as Privadas com fins lucrativos que são geridas e financiadas pelos proprietários.

O desenvolvimento e o aumento do número de respostas sociais direccionadas para a população mais idosa são fruto do envelhecimento demográfico em expansão e do aumento da esperança média de vida. Para o comprovar, o quadro abaixo explicita a evolução da resposta social lar em termos numéricos ao longo dos anos (tabela nº4).

Tabela nº4 **Evolução da Resposta Social Lar**

| Distrito         | Lar de Idosos |              |              |              |
|------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
|                  | 2000          | 2005         | 2010         | 2011         |
| Aveiro           | 66            | 72           | 93           | 105          |
| Beja             | 42            | 52           | 52           | 55           |
| Braga            | 82            | 100          | 124          | 133          |
| Bragança         | 49            | 59           | 81           | 83           |
| Castelo Branco   | 37            | 44           | 70           | 71           |
| Coimbra          | 75            | 87           | 114          | 116          |
| Évora            | 50            | 59           | 77           | 80           |
| Faro             | 50            | 57           | 58           | 63           |
| Guarda           | 70            | 83           | 121          | 125          |
| Leiria           | 80            | 91           | 132          | 137          |
| Lisboa           | 398           | 261          | 307          | 317          |
| Portalegre       | 47            | 50           | 63           | 69           |
| Porto            | 114           | 156          | 180          | 187          |
| Santarém         | 96            | 79           | 98           | 107          |
| Setúbal          | 95            | 84           | 104          | 112          |
| Viana do Castelo | 27            | 38           | 46           | 48           |
| Vila Real        | 27            | 35           | 52           | 58           |
| Viseu            | 64            | 80           | 98           | 106          |
| <b>Total</b>     | <b>1 469</b>  | <b>1 487</b> | <b>1 870</b> | <b>1 972</b> |

Fonte: Carta Social – Instituto da Segurança Social

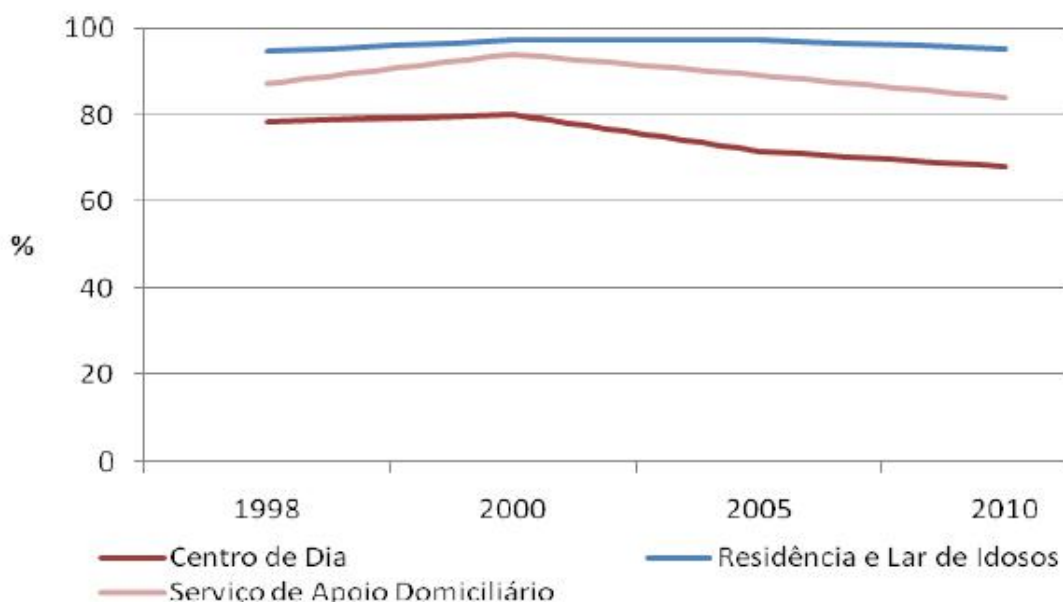
<sup>21</sup> Definição de Lar de Idosos. Disponível em: [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=16126&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=16126&m=PDF)

De acordo com a carta social a taxa média da resposta Lar de Idosos em análise situa-se nos 82,5 %, valor que tem decrescido, em função do aumento do número de lugares para esta área (Carta Social, 2010, p.19)

A Residência e Lar de Idosos apresentam as taxas de utilização mais elevadas em 2010, 95,3 %, conforme é possível ver no gráfico nº3. Esta tendência é semelhante ao panorama internacional de crescimento deste tipo de resposta social, conforme descritas por Rodriguez (1999, citado por Osório & Pinto, 2007, p.143).

Gráfico nº3

#### Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas (1998-2010)



Fonte: Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos (2010)

Através do mapa de distribuição espacial abaixo mencionado verifica-se que na maioria dos distritos existe uma correspondência entre a oferta de serviços e a população em análise. Contudo, à semelhança dos anos anteriores, é de sublinhar uma menor cobertura relativa nos distritos de Braga, Porto, Aveiro, Lisboa e Setúbal (mapa nº2).

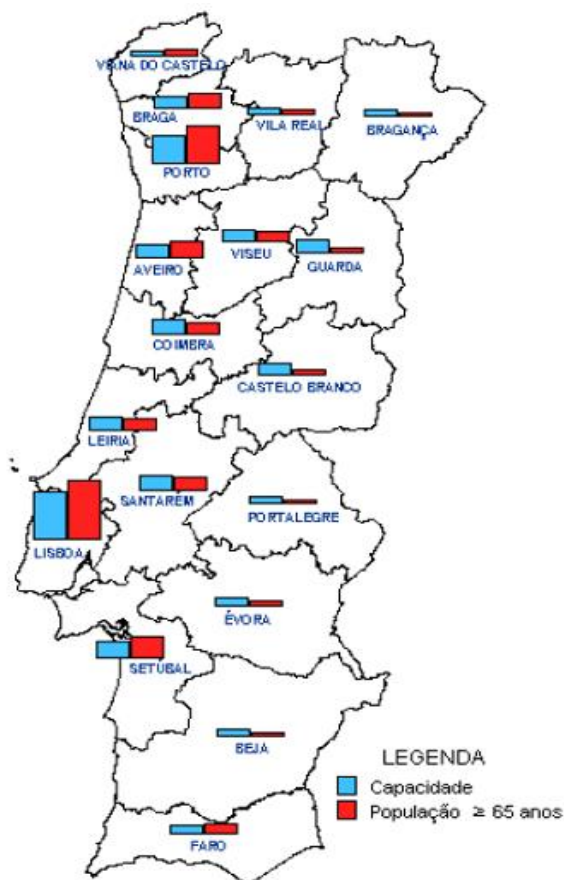
A cobertura das respostas sociais para as pessoas idosas tem conhecido uma evolução muito positiva nos últimos anos, traduzindo o crescimento de respostas nesta área. É de sublinhar que no ano de 2010, do total de municípios que compõem o território continental,

62,2 % apresentam taxas de cobertura superiores à taxa de cobertura média nacional de 12 % (Carta Social, 2010, p.20).

Os concelhos do interior do país são aqueles que apresentam níveis de cobertura mais elevados, uma vez que existe uma maior oferta de respostas nas áreas com mais população idosa residente.

Mapa nº2

**Distribuição percentual da oferta e da população - alvo (≥ 65 anos) por distrito - 2010**



Fonte: Carta Social: Relatório da Rede e Serviços de Equipamentos (2010)

Este aumento no investimento de respostas sociais para idosos, nomeadamente na resposta social de lar de idosos acontece a par do aumento da população idosa, que duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 16% em 2001 para 19% em 2011 e por uma crescente preocupação por parte do Estado com esta população (INE, 2011, p.11). Sinónimo disso é o Plano Nacional para a Inclusão (PNAI, 2006-2008) que contém como primeira prioridade combater a pobreza das crianças e idosos e fá-lo através “da promoção de níveis de bem-estar



satisfatórios e compatíveis com a dignidade humana”. A operacionalização deste objectivo passa também pela “contratualização e territorialização das respostas. O desenvolvimento de respostas sociais dirigidas a estes grupos terá igualmente impactos decisivos na prossecução de uma verdadeira igualdade de oportunidades...” (PNAI, 2006-2008, p. 47).



## 2.2 - Causas e consequências da Institucionalização

O problema social que decorre do envelhecimento populacional, bem como o aumento do número de idosos, para além de outros factores, tem também origem nas alterações que ocorreram a nível social e ao nível da própria estrutura das relações familiares.

O conceito de família tem sofrido grandes alterações, constituída por um número cada vez mais reduzido de pessoas, que contrasta, com o modelo de família alargada, espaço privilegiado de trocas e experiências intergeracionais. Este tipo de modelo familiar é o espelho da actual sociedade, não proporcionando abertura à entrada de pessoas idosas, o que origina cada vez mais pessoas a viverem sós, em casal ou institucionalizadas sem apoio familiar, limitados nos cuidados de saúde, carenciados no afecto e projectados para uma solidão forçada. Segundo Ribeiro (2001) “outrora, a saída dos filhos para casar não os desresponsabilizava face ao envelhecimento, doença e necessidades dos seus pais e/ou avós, hoje uma grande parte dessa responsabilidade passou para o Estado e outros organismos de solidariedade” (p.170).

São várias as transformações que têm vindo a ocorrer no seio da estrutura familiar decorrente da sociedade consumista e acelerada a que nos temos vindo a habituar. Houve um aumento do número de mulheres a entrar para o mercado de trabalho, a sua integração e o abandono do seu papel de “dona de casa” provocam grandes alterações na articulação entre a maternidade, a actividade profissional e os cuidados aos mais velhos. O número de divórcios amplia-se, verifica-se o aumento de famílias monoparentais, cresce a mobilidade das famílias para outras regiões ou países, aumenta o número de uniões de facto e o menor número de nascimentos, repercutindo-se na diminuição da taxa de fecundidade. Os factores económicos e sociais são também determinantes pela diminuição do tamanho das famílias, não proporcionando a coabitação de pais, filhos e avós na mesma casa, traduzindo-se na falta de disponibilidade dos membros da família para prestar os cuidados aos idosos e assumirem o papel de cuidador.

Na sessão comemorativa no Ano Internacional da Família referiu-se que “hoje, mais do que nunca, a sociedade é confrontada com constantes mutações sociais e depara-se com novos desafios que se repercutem no quotidiano da sociedade e das famílias, fazendo surgir novos fenómenos sociais e modificando outros já existentes que impõem um acompanhamento permanente da evolução e do impacto das políticas familiares a fim de evitar a fragilização da estrutura familiar (...)” (Gabinete do Ministro, 2004, p. 1).



As modificações que vêm ocorrendo na estrutura da família nas novas gerações estão a exigir formas alternativas de convívio familiar e conseqüentemente a reformulação de valores e de conceitos. As famílias do século XXI estão cada vez mais distanciadas do modelo tradicional, no qual o idoso ocupava lugar de destaque. Vive-se um importante período de transição e de mudança, sendo inevitável o entendimento das alterações sociais e culturais que se vêm processando nas últimas décadas, para enfrentarmos o nosso próprio processo de envelhecimento dentro de expectativas condizentes com as novas formas de organização familiar que vivemos actualmente.

Quer pelas exigências ou incompatibilidades da actual sociedade, os Lares de Idosos são uma tradição marcante na realidade do envelhecimento em Portugal, que vêm preencher a lacuna aberta da família pela impossibilidade de prestar cuidados. Quando não existe a possibilidade do idoso se manter próximo dos seus familiares, os lares de idosos, apresentam-se como alternativas que visam complementar e nunca substituir a acção da família.

A solução ideal para a maioria dos idosos seria envelhecer na sua própria casa, esta ideia é facilmente entendida dado os laços que as pessoas criam com o seu espaço e as suas coisas, estão intrinsecamente ligados às suas recordações e vivências. De facto, envelhecer em casa sem ter de mudar de residência, como a forma mais comum de acomodação, oposta à institucionalização em residências para idosos, é a opção residencial preferida pelos idosos.

Colocar um idoso numa instituição envolve processos familiares complexos de planeamento e tomada de decisão, e é frequentemente acompanhado de um sentido de urgência e de agitação para os membros da família. Neste contexto, uma pessoa é institucionalizada porque padece de necessidades que não estão a ter resposta na comunidade e adapta-se à instituição. Jacob (2002) define a institucionalização do idoso “quando este permanece durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família. Idosos institucionalizados residentes são os que vivem 24 horas por dia numa instituição, nomeadamente em lares ou residências” (p.23).

Gonyea (1987, citado por Sardinha, 2010) considera que a decisão pela institucionalização percorre quatro estágios: “reconhecimento, discussão, implementação e internamento. O reconhecimento da necessidade de institucionalizar está voltado para analisar se a decisão aconteceu devido ao agravamento das condições gerais do idoso. Na discussão, procura-se saber se o cuidador questionou a possibilidade de institucionalizar. Na fase de implementação, é verificado o grau de envolvimento do cuidador nas providências para admissão deste. Por último, o quarto estágio remete para a realização do internamento” (p.41).



É uma decisão difícil a tomar e pode acarretar um sentimento de culpa, impotência, remorso, receio e dúvida pois a tendência é considerar a institucionalização como abandono e a família como instituição fundamental para o convívio dos seus membros.

Quando viver na própria casa provoca situações de vulnerabilidade para o próprio idoso, torna-se necessário pensar em outras formas de realojamento. Deste modo, existem possíveis razões que poderão levar um idoso à institucionalização, de acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) esta hipótese emerge de três momentos: “morte do conjugue, ocorrência de uma queda e aparecimento de uma doença” (p. 109). Com a perda do conjugue o idoso obrigatoriamente tem de se habituar a viver sozinho, sentindo muitas vezes medo por não ter ninguém a quem recorrer em caso de necessidade. Uma situação de queda ou aparecimento de alguma doença incapacitante, o idoso sente limitações relativas ao espaço onde vive (escadarias, humidade, isolamento, ...) colocando a hipótese de sair para um local mais seguro, com condições de conforto e salubridade, como um Lar de Idosos. Muitas vezes esta decisão passa também pela falta e/ou insuficiência do apoio formal ou mesmo informal (vizinhos e amigos), que acaba por ser um alicerce à manutenção da vida diária da pessoa, vigiando-a e estando a alerta diariamente, sentindo que tem onde recorrer em caso de emergência.

Pimentel (2005) reforça esta ideia ao afirmar que, o progressivo envelhecimento da população, “associado a condições como a alteração na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições de habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde destes e o facto dos serviços de proximidade alternativos serem insuficientes para garantirem a manutenção do idoso no domicílio” (p.177) são os motivos primordiais que estão na base do aumento da procura de instituições de apoio a idosos. Acrescenta ainda que “ a institucionalização surge assim, tanto para a família como para os idosos sem família, como a última alternativa, quando todas as outras são inviáveis” (2005, p.58). O mesmo estudo cita que apesar de a institucionalização poder ser um momento angustiante, os idosos a quem foi realizado o estudo encaram a entrada “ como uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais seguros e protegidos a esse nível (...) a opção pelo internamento passa por uma consciência dos limites das respostas informais e por prevenir situações de maior dependência que se podem tornar drásticas quando não existe uma cobertura adequada” (p. 178).

Segundo a mesma autora (2001), há necessidade de ponderar um conjunto de factores, entre os quais: o grau de dependência da pessoa idosa, o tipo de apoio de que necessita e as



reais possibilidades da família (materialmente, e em termos de tempo), (...) “embora, os filhos estejam dispostos a fazer todos os possíveis para apoiar os seus pais idosos, isso pode não ser, de facto, realista e praticável, por vezes, o internamento em instituições especializadas responde de forma mais adequada às suas necessidades” (pp.75-76). O facto de se privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, não se pode deixar a possibilidade do recurso ao internamento em espaços residenciais, sempre que este se mostre necessário ao processo de reabilitação ou mesmo quando existe um desgaste físico e psicológico acentuado de quem presta cuidados, promovendo condições de autonomia que habilitem as pessoas a sentirem-se melhor.

Kane (1987, citado por Almeida, 2008) “após observação de doze estudos realizados nos EUA, chegou à conclusão de que as causas para a institucionalização seriam: idade, diagnóstico, limitação nas actividades de vida diária, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza” (p.79).

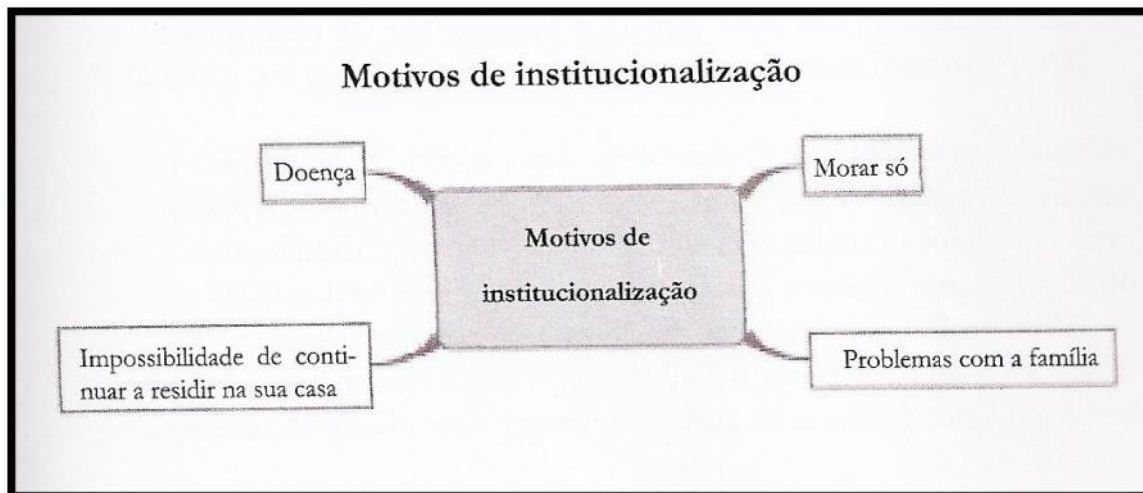
Já para Paúl (2005), os motivos da institucionalização poderão passar “por problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, a condição de viuvez e uma situação de despejo, sobretudo nos centros da cidade” (p.263).

Wilmoth (2002, citado por Almeida), refere que, “mais do que a idade cronológica, as razões para outros arranjos de vida encontram-se ligadas aos acontecimentos que ocorrem no seu continuum, a saber: viuvez, doença e deficiência física ou mental” (2008, p.79).

Paulos (2010) na investigação que fez para a sua dissertação de mestrado em 2006, junto de idosos que residiam em lar, apurou que os principais motivos que estiveram na origem da institucionalização foram o facto de o idoso morar só e a existência de um estado de saúde debilitado. Problemas com a família, assente no fundamento da falta de espaço ou do intervalo de tempo que o idoso está sozinho, outras por iniciativa para fugir a situações embaraçosas e conflituosas, surgiram como o terceiro motivo para que o idoso tivesse integrado em lar (ver figura nº2). A impossibilidade do idoso continuar a residir em casa onde viveu toda a sua vida, devido à degradação das condições de habitabilidade, surge também como um motivo de institucionalização (p.15).

Figura nº2

### Motivos de Institucionalização



Fonte: Paulos (2010)

Dubois et al. (2008), apontam como possíveis causas para a integração numa instituição “o facto de o idoso possuir idade avançada, sofrer de perturbações específicas (deficit visual), a inexistência de prestador de cuidados ou um prestador de cuidados com idade avançada e a necessidade de auxílio para efectuar a manutenção da residência”, são algumas das variáveis associadas à necessidade percebida de institucionalização sentida por idosos sem défices cognitivos (p.247).

Como é possível verificar através dos autores atrás mencionados, as causas para a integração num espaço residencial para idosos podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação de diversas causas e não apenas uma o que origina a decisão da institucionalização.

O sucesso desta depende de variados factores que passam, especialmente, pela capacidade dos idosos se tornarem cada vez mais actores principais de todo este processo e pela mudança de mentalidades dos responsáveis pelas instituições, reconhecendo-os como seus parceiros e, encará-los como clientes que possuem os seus desejos, as suas ambições e precisam de ser respeitados nas suas particularidades. Para além disso, a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, além do acolhimento na instituição, depende também do convívio de pessoas próximas, através de amigos e familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem devido ao afastamento destas pessoas.

A qualidade de vida das pessoas idosas que habitam em lares depende de um conjunto complexo de factores organizacionais e relacionais, cujo objectivo primordial é o respeito e a



promoção pela dignidade de cada residente, tendo em conta a sua individualidade como um sujeito de direitos que está a viver uma fase da vida muito significativa no percurso da sua relação como pessoa. Desinserido do seu meio natural de vida, o idoso necessita de atenção especial, passando pelo empenho e competência dos responsáveis e colaboradores da estrutura residencial, para que, os direitos fundamentais à identidade e à autonomia, ao nível físico, psíquico, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social do utente possam ser por ele desenvolvidos sem limitações (GCPAS, s/d).

Se fizermos uma breve resenha por diversos autores sobre as consequências da institucionalização dos idosos poder-se-á concluir de uma maneira geral que não são positivas, no entanto, é sobretudo a interacção entre as vulnerabilidades pessoais e a perda ou inadequação do suporte social que define a decisão de institucionalização.

Levenson (2001) expõe uma sucessão de agentes relacionados ao risco de institucionalização, sendo eles: “o uso de auxílios para andar, deficiências cognitivas, viver sozinho ou com pessoas sem relação, perda de apoios sociais, problemas com as AVD’s, dependência de cuidados pessoais, a pobreza, transtornos do sistema respiratório ou nervoso em homens, doenças músculo esqueléticas em mulheres, ser do sexo feminino, estado de saúde auto-relatado precário, limites nas AIVD’s e deficiências na rede de saúde informal” (p.531).

Segundo Born e Boechat (2006, citado por Almeida, 2008, p.80), por mais qualidade que a instituição possua, vai haver sempre um corte com o que se passava anteriormente, passando a existir um certo afastamento do convívio social e familiar. “ (...) destacam-se a perda de privacidade, a obrigação de seguir as orientações da instituição e a necessidade de partilhar o tempo e as actividades ao lado de pessoas, com quem normalmente não existem laços de amizade, nem se deseja criá-los Bazo (1991, citado por Paulos, 2010, p.17). Jacelon (1995, p.542) complementa, ao referir que “ a perda do controlo é o principal problema da institucionalização, podendo dar origem a um sentimento de incompetência e de inutilidade, podendo seguir-se uma diminuição da motivação para empreender actividades e para superar dificuldades”.

Para Golant (1984, citado por Paúl, 2005, p. 261) “os resultados da mudança para um lar têm a ver, por um lado, com as características sócio demográficas dos idosos, a congruência entre a personalidade, o ambiente e os padrões comportamentais, bem como a avaliação que fazem do meio, os recursos pessoais, a avaliação dos processos de mudança e os respectivos recursos para lidar com a situação”. Se esta interacção de factores não tiver sucesso, o processo de institucionalização exercerá uma influência negativa no seu bem-estar.

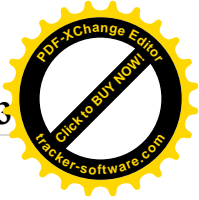


A ausência de uma rede de apoio familiar capaz de responder às necessidades de autonomia e bem-estar dos mais idosos acarretou de acordo com Lima (1988) o “aparecimento de instituições onde o isolamento dos idosos passa a ser institucionalizado e a velhice encarada como uma espécie de doença social” (p.156). A saída do idoso do seu meio familiar segundo Imaginário (2004) “trouxe novos processos de adaptação, que levam a um maior ou menor sofrimento” (p.76).

A integração do idoso numa instituição compreende um processo de acomodação e visto que, essa aptidão vai diminuindo com a idade, as probabilidades de desajustamentos são cada vez maiores. Para autores como Bruchon-Schweizer, Quintard, Nouissier & Paulhan, (1994, citado por Cabete, 2002), “a síndrome da não adaptação agrupa cognições, emoções e comportamentos que se traduzem em pessimismo, impotência, desespero, perda de controlo, falta de suporte social e dependência” (p.28).

Quanto maior o tempo de permanência numa instituição, maior poderá ser a debilidade do idoso, uma vez que a institucionalização grande parte das vezes acaba por impulsionar o isolamento social e a inactividade física. Para que a integração do idoso seja positiva é para Carvalho et al. (2011), “necessário considerar as relações pessoais internas, ou seja, as que se estabelecem entre os idosos e os restantes utentes, bem como, com o pessoal que tem a seu cargo os idosos. É igualmente importante, para a integração do idoso na instituição, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos” (p.167). Considera-se assim, que o idoso manifesta uma boa integração se supera com eficiência as suas dificuldades, resolve os conflitos e conquista satisfações e realizações socialmente aceitáveis. Se, pelo contrário, “vive sentimentos de medo, dependência, descontentamento, ansiedade, inferioridade, apatia e isolamento, então, estamos perante uma má adaptação” Bromley, (1966, citado por Agostinho, 2004, p.35). O êxito de uma boa integração passa também pela intervenção por parte da estrutura residencial traduzida na concepção e concretização de boas práticas a todos os níveis.

Apesar de a institucionalização ser um momento tormentoso por representar um corte simbólico ou real com a sociedade envolvente, os idosos consideram que é uma opção que lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância e a todos os níveis, sentindo-se mais seguros e protegidos. Pimentel (2005) refere que “o sentido de obrigatoriedade atribuído às redes formais contrapõem-se à selectividade das redes informais. A opção pelo internamento passa, assim por uma consciência dos limites das respostas informais e por prevenir situações de maior dependência que se podem tornar drásticas quando não existe uma cobertura adequada”. (p. 178)



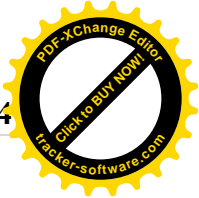
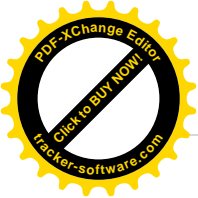
A questão da satisfação de vida dos idosos na instituição prende-se com a avaliação que se faz da vida como um todo. Nesta perspectiva, Paúl (1992) realça “a falta de consenso em relação aos problemas ligados à distinção entre satisfação de vida e constructos de bem-estar, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações” (p.62). Para Fonseca (2006), “estamos perante conceitos multidimensionais que integram elementos diferentes como atitudes, traços de personalidade e afectos” (p.142).

Para este processo tem de ser privilegiada uma perspectiva global que tenha em conta as características comuns das exigências de um acolhimento de qualidade passando por perceber o que é realmente importante para o novo residente. Integrar num espaço novo permite/facilita ao idoso o acesso a novas amizades, mesmo não sendo fácil por vezes partilhar o mesmo espaço, é um momento de confraternização, de troca de saberes e de relembrar momentos vividos. Muitas vezes é a partir do momento que integram num novo espaço, que os idosos começam a desfrutar de uma alimentação adaptada às suas necessidades, obtendo uma oferta variada, bem cozinhada, com uma temperatura adequada e de acordo com os princípios da nutrição, muitas vezes contrária aos hábitos menos correctos e recorrentes que os idosos mantinham no domicílio.

O acesso gratuito a serviços de saúde e à manutenção da autonomia/higiene pessoal do utente são outros aspectos igualmente importantes que com a sua integração no Lar lhe vai permitir beneficiar. A higiene pessoal e estética é fundamental à conservação ou melhoria da qualidade de vida e auto-estima, através do acesso ao cabeleireiro, barbeiro, manicure e pédicure, de forma que o residente sinta gosto pela sua higiene e imagem. Não menos importante é os cuidados/acompanhamento individual de saúde que cada utente pode beneficiar, podendo ser ao nível psiquiátrico, psicológico, terapia da fala, fisioterapia, entre outros, que no seu domicílio grande parte das vezes, não era seguido adequadamente por falta de recursos económicos e/ou falta de transporte adequado, ou até mesmo por desconhecimento.

Integrar em lar, implica sempre ter direito a um projecto de vida que potencie as suas capacidades e valorize os idosos como indivíduos, dando continuidade, mesmo que com alguns ajustamentos às perspectivas deste mesmo antes do seu acolhimento.

Para tal, “todos os serviços que se regulam por ópticas institucionais, têm de evoluir, face às novas realidades demográficas e sociais, numa atitude proactiva, produzindo cuidados e apoio competentes nesta matéria, com sentido realista dos constrangimentos ainda existentes, mas intransigentes na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas” (Quintela, 2001, p. 38). Torna-se fundamental a preocupação constante pelo respeito,



promoção e defesa dos direitos humanos permitindo assegurar o seu bem-estar e qualidade de vida, associado às boas práticas da instituição assumidas, reflectidas e avaliadas num ambiente de verdade, transparência e confiança para que os nossos idosos delas possam usufruir.



## 2.3 - Ambiente institucional e vivências do idoso

Devido às alterações ocorridas na nossa sociedade que foram anteriormente referidas, é indispensável que se pense em alternativas que facilitem aos idosos a prestação de cuidados que a família não tem possibilidade de conceder.

Duarte e Paúl (2007) salientam que “a institucionalização dos idosos não é a mais favorável, mas seguramente uma opção necessária em muitos casos” (p. 137). Esta torna-se fundamental quando existe um desequilíbrio na relação entre a capacidade para cuidar e as necessidades de atenção ao idoso. O acréscimo dos problemas dos cuidados ao idoso, principalmente se este tiver uma incapacidade grave e a diminuição ou inexistência de recursos para se resolverem são as causas mais frequentes que levam à institucionalização da pessoa idosa.

As instituições residenciais são consideradas um sistema social organizacional, desempenhando uma função social determinada em sociedades complexas. A manutenção de relacionamentos significativos é considerada uma necessidade básica da sobrevivência humana e atribui-se à instituição o papel de manter os vínculos familiares e a integração dos residentes, pois de modo algum, se pode ignorar que as pessoas idosas são portadoras de uma história de vida, e possivelmente de uma série de limitações (físicas, psicológicas ou sociais), que nenhum outro grupo etário comporta.

A dinâmica do funcionamento de uma instituição vai constituir um sistema de significados, rico em simbolismos de rotinas, de costumes, de crenças e rituais. “Para compreendê-los faz-se necessário ouvir, observar e interpretar o comportamento e sentir do idoso. Só tendo em conta esta geração de significados pessoais e desenvolvendo a arte da escuta é que poderemos compreender o significado que as pessoas expressam para as diferentes experiências do seu quotidiano” (Fragoso, 2008, p. 53).

A literatura traz diversas pesquisas e estudos relacionados com a questão actual dos Lares de Idosos, tornando-se extremamente relevante discutir a situação da população idosa no contexto residencial, com o objectivo de tornar as instituições mais humanas, acolhedoras e promotoras de vida, desvinculando os estereótipos negativos e pejorativos inerentes ao seu funcionamento, que os definem como “rígidos nos horários, com regras diárias, marginalizando a privacidade e intimidade, a ausência de espaços privados, a imposição de actividades triviais, e o afastamento de papéis e funções que asseguram o sentimento de utilidade social, ao empobrecimento dos seus relacionamentos” (Guedes, 2008, p.11)



Analisando as perspectivas do processo de institucionalização pelo idoso e da família, verifica-se uma visão dicotômica, desta nova realidade: desconfiança versus confiança. Para o idoso a entrada no meio institucional significa lidar com sentimentos como a desconfiança e angústia proporcionada pelo sentimento de mudança, o confronto com esta nova vida proporciona o aparecimento de medos, “de ser maltratado, do desrespeito pela integridade física e psicológica, do abandono familiar, dos novos colegas, dos funcionários e da perda de liberdade” Bayle (2000, citado por Cardão, 2009, p.41).

A família, inversamente, aposta na possibilidade do seu idoso ter mais convívio, ser mais acompanhado ao nível dos cuidados básicos e da saúde (Cardão, 2009, p.41).

O idoso passará por uma fase de readaptação e integração a uma nova vida. Para Sousa et al. (2004, citado por Jacinto, 2010), “esta fase está completa e ganha quando o idoso considera a instituição a sua casa”. Grogger de acordo com a mesma autora, apresenta três factores para o aparecimento deste sentimento: i) circunstâncias da institucionalização, ii) definições subjectivas de lar de idosos e iii) a continuidade alcançada após a mudança para o lar. Quanto às circunstâncias da institucionalização esta deve ocorrer da decisão do tipo preferencial (o idoso pondera ir para o lar) ou estratégico (consequência de um planeamento efectuado pelo idoso ao longo da vida) em detrimento da relutante (o idoso discordou ou resistiu à ida para o lar) ou passiva (decisão tomada por outros) (p.22).

Barrón por sua vez (1996, citado por Martins, 2005) aponta um modelo para definir as funções do apoio social prestado pela instituição que passa por três fases essenciais: apoio emocional, apoio material e instrumental e apoio de informação. O **apoio emocional**, diz respeito à disponibilidade de alguém com quem se pode falar, e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar afectivo, sentindo-se querido, amado e respeitado e integram expressões ou demonstrações de amor, afecto, carinho, simpatia, empatia e estima. O **apoio material e instrumental**, caracteriza-se por acções proporcionadas por outras pessoas com o intuito de resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas, o objectivo é deixar tempo livre para actividades de lazer. O **apoio de informação**, refere-se ao processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que as ajuda a compreender o seu mundo e/ou ajustar-se às alterações que existem nele” (p. 131).

Desta forma e de acordo com a mesma autora, a “subjectividade e individualidade do apoio social dependem da percepção pessoal de cada individuo, esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se, pela crença generalizada que os



indivíduos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto suscita satisfação quanto às relações que têm” (p. 130).

Fernandes (1997) afirma que “alguns estudos têm demonstrado efeitos menos nocivos no processo de institucionalização”, pois há opiniões que, consideram que a institucionalização pode ser útil para a auto-estima, porque aumenta oportunidades de interação e papéis sociais adequados ao idoso.

Com o objectivo de proporcionar cuidados de qualidade ao idoso e de acordo com Jacinto (2010), em 1984 a OMS estabeleceu seis objectivos para a sua prestação:

- Contribuir para que o idoso morra tranquilo;
- Dar suporte à família do idoso;
- Manter a qualidade de vida;
- Prevenir a perda de aptidões funcionais;
- Proporcionar assistência de qualidade (p.23).

Reconhecendo a importância que o ambiente pode assumir a nível das nossas vidas, indubitavelmente conseguimos compreender a importância vital que ele poderá representar para um grupo etário que é cada vez mais importante na nossa sociedade. Tal, foi reconhecido pela OMS, dando seguimento às conclusões saídas da II Assembleia das Nações Unidas sobre o Envelhecimento que decorreu em Madrid, em Abril de 2002<sup>22</sup>. Nos aspectos relativos ao envelhecimento activo é relatada a importância que o ambiente pode ter como uma condição optimizadora ou inibidora no processo de envelhecimento, quer na autonomia, quer na persuasão de ambientes sociais favoráveis ou desfavoráveis ao bem-estar das pessoas idosas.

Face ao exposto, estas têm um papel importantíssimo de actuar como facilitadoras no processo de envelhecimento, ao fomentar actividades que tragam satisfação pessoal e incentivo aos residentes. Para isso, é necessário envolver os próprios idosos no planeamento das actividades de que mais gostam atendendo aos seus objectivos individuais. Tal planeamento deve minimizar os danos da institucionalização dos idosos, tais como as perdas da autonomia e identidade e a segregação social, além de promover a qualidade de vida e as oportunidades de crescimento pessoal dos seus residentes, evitando desta forma que o ingresso num lar de idosos signifique segundo Silva e Vasquez - Garnica (1999, citado por Michel, 2010), “uma perda simbólica e ameaça a sua identidade” (p. 19). Estes propõem

---

<sup>22</sup> II Assembleia das nações Unidas sobre o Envelhecimento. Disponível em: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P5-TA-2002-0184+0+DOC+PDF+V0//PT>



considerar as normas culturais e interpretações dos idosos, bem como suas crenças e preferências no desenvolvimento das acções institucionais.

De acordo com Paulos (2010) “ a promoção da qualidade de vida em contextos gerontológicos assenta em intervenções ao nível de manter e promover ambientes e espaços caracterizados pela privacidade, interacção social, controlo do meio/autonomia, personalização, estética, orientação, segurança, acessibilidade, estimulação, adaptabilidade e familiaridade” (p.19). Deste modo, as Instituições devem ter como principais objectivos:

- Promover a qualidade de vida actual;
- Aumentar a expectativa de vida ajustada à qualidade;
- Potenciar o crescimento e o desenvolvimento pessoal;
- Melhorar a qualidade do processo da morte;
- Manter ou aumentar a capacidade de participação na tomada de decisão;
- Melhorar a qualidade de vida institucional e dos cuidadores. Lezaun (2006, citado por Paulos, 2010, p.19).

Tendo em conta estas realidades cabe à instituição encontrar medidas e formas de prevenção e intervenção que permitam proporcionar uma prestação de cuidados ao idoso que tenha em conta a sua individualidade e as suas necessidades, ou seja, deve ser elaborado um projecto de vida para o residente, de forma a potenciar as suas capacidades e a aumentar a sua qualidade de vida, pois as “(...) reconfigurações da identidade dos idosos institucionalizados são em grande parte, produto das interacções com os outros agentes institucionais e produto do funcionamento da instituição” (Guedes, 2008, p.4). Deve ter-se em consideração a vida do idoso, os seus interesses e actividades, realçando os pontos fortes.

Tal como nos diz Lenoir apud Pimentel (2005), “hoje, os sistemas de reforma e as instituições constituem uma nova forma de cuidar, caracterizada pela mediação anónima entre gerações por parte de instâncias que se impõem com lógica própria, implicando a criação de instituições e de agentes treinados e especializados no tratamento da velhice” (p.52).

Angélica Majos (1995), complementa referindo-se às Residências Assistidas como estabelecimentos destinados à assistência de quem sofre de patologias crónicas ou invalidez permanente que impossibilite a pessoa da sua auto-suficiência, colocando-a dependente de terceiros (p.42).

A importância do ambiente institucional na qualidade do processo de envelhecimento, que é proporcionado a esta faixa etária da nossa população, deverá necessariamente corresponder às exigências e solicitações, de modo a actuar como processo facilitador do envelhecimento. Não está em causa meramente os aspectos físicos desse ambiente, o que não



deixa de ser igualmente importante, mas sim todas as variáveis constitutivas do mesmo. Assim, o ambiente institucional deverá ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se activa sob todos os pontos de vista, pretendendo que o processo de envelhecimento possa ser, de alguma forma, retardado, tendo sempre em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida.



## 2.4 - Diversidade de serviços para dar resposta às necessidades emergentes

Com as transformações verificadas na sociedade portuguesa, quer a nível demográfico quer a nível familiar foi necessário gerar novas formas de intervenção e ajustar as respostas sociais já existentes à nova realidade, nomeadamente, com uma maior dinamização no apoio social desenvolvido no domicílio, nas estruturas de convívio de combate ao isolamento e à exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso enquanto for possível (MTSS, 2006).

A discussão gerada em torno do envelhecimento e das respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos, tem alcançado nos últimos anos e especialmente nas sociedades ocidentais crescente actualidade e importância. “A notoriedade desta questão, encontra-se na centralidade que o tema tem tido no discurso político e social e na proliferação de iniciativas mais ou menos visíveis e mediáticas que têm como preocupação central questões ligada à velhice e ao apoio social” (Martins, 2005, p.128).

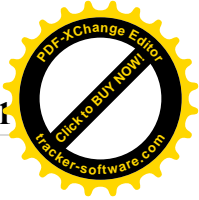
O estímulo à ampliação e qualificação da rede de serviços e equipamentos sociais, dirigidos aos diversos grupos de população, é uma das vertentes onde a acção social tem tido maior intervenção. “Apostando na diversidade, o realce tem sido colocado no reforço do papel da família, na conciliação do trabalho familiar com a vida profissional, no desenvolvimento do apoio domiciliário, na dinamização de estruturas de convívio e de combate ao isolamento e insegurança e numa maior e melhor prevenção e cobertura das situações de dependência” (Chichorro et al., 2006, p.5).

No âmbito do relatório da Carta Social<sup>23</sup>, as entidades proprietárias ou gestoras são agrupadas segundo a natureza jurídica em entidades lucrativas e entidades não lucrativas. As entidades não lucrativas compreendem as Instituições Particulares de Solidariedade Social, designadas por IPSS, outras entidades sem fins lucrativos (entidades equiparadas a IPSS e outras organizações particulares sem fins lucrativos), as Entidades Oficiais, que prosseguem fins de acção social, os Serviços Sociais de Empresas e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML).

Portugal tem demonstrado nos últimos anos, um interesse crescente na constituição de instituições com cariz social como um aliado para o Estado, para a prossecução da satisfação das necessidades sentidas pelos cidadãos.

---

<sup>23</sup> Carta Social. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2010.pdf>



Entre as diversas organizações existentes em Portugal, destacam-se as IPSS's com respostas ao nível dos idosos, crianças, família, deficientes, entre outras.

Na área da Acção Social são diversos os apoios existentes para a protecção aos idosos<sup>24</sup>. Entre as diferentes formas de apoio destacam-se: o Acolhimento Familiar de Idosos, o Serviço de Apoio Domiciliário, os Centros de Convívio, os Centros de Dia, os Centros de Noite, as Colónias de Férias, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, os Centros de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos, Termalismo e os Lares/Residências para Idosos, no entanto, referimo-nos só àqueles que implicam a saída da sua residência ou internamento temporário em outra resposta que não o domicílio.

O **Acolhimento Familiar a Pessoas Idosas** pode ser temporário ou definitivo. Esta forma de apoio consiste no acolhimento de idosos em famílias consideradas idóneas, pagas pela Segurança Social para acolher pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sem retaguarda familiar ou com família, mas que não consiga assegurar as necessidades básicas dos idosos. Os objectivos desta resposta consistem no alojamento de pessoas idosas (no máximo de três), que sejam dependentes ou tenham perdido a autonomia, que vivam isoladas e sem apoio social e familiar, e/ou estejam em situação de insegurança; garantir à pessoa acolhida um ambiente familiar e afectivo apropriado, que satisfaça as suas necessidades básicas, respeitando a sua identidade, personalidade e privacidade e evitar ou adiar ao máximo o internamento em instituições (ISS, 2012).

A **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**, que se constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. São objectivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra<sup>25</sup>.

As **Residências para Idosos** baseiam-se nas mesmas ideologias dos Lares de Idosos, no entanto, são uma resposta social desenvolvida em equipamento constituído por um

---

<sup>24</sup> Respostas Sociais à população idosa. Disponível em: <http://www1.seg-social.pt/left.asp?03.06.03.01>

<sup>25</sup> Objectivos da RNCCI. Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>



conjunto de apartamentos, com serviços de utilização comum, para idosos com autonomia total ou parcial. Os objectivos desta resposta são proporcionar alojamento (temporário ou permanente); garantir à pessoa idosa uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado; proporcionar serviços adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar (ISS, 2012).

Os **Lares de Idosos** visam o apoio residencial colectivo dirigido a idosos que não reúnam condições de permanência no seu domicílio ou no seio familiar. Este apoio traduz-se em alojamento, alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, convívio, recreio, animação e ocupação. Os objectivos são proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento activo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social (ISS, 2012), devendo reger-se pelos seguintes princípios de actuação: i) qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; ii) interdisciplinaridade; iii) avaliação integral das necessidades do residente; iv) promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; v) participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados (Portaria n.º 67/2012. D.R. n.º 58, Série I de 2012-03-21).

Constituem-se como objectivos principais desta resposta:

- promover qualidade de vida;
- proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- privilegiar a interacção com a família e/ou significativos e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de actividade e de participação social;
- promover estratégias de reforço da auto-estima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das actividades da vida diária (Manual processos-chaves para Estrutura Residencial para Idosos).

Para que este serviço se apresente com qualidade e direccionado para as necessidades dos seus residentes, é fundamental ter em conta a sua maneira de ser e estar, a identidade, os hábitos de vida, as crenças religiosas, a cultura, as condições de vida, entre outros aspectos oferecendo uma diversidade de serviços e dinâmicas institucionais, para isso, é necessário



pensar no cliente como um ser afectivo e activo, que, independentemente da sua situação, possui um projecto de vida e tem o direito de ser respeitado na sua identidade e individualidade. Personalizar os serviços, gerindo de forma flexível e individualizada cada projecto de intervenção, constituiu-se como um imperativo; organizar dinâmicas de trabalho que proporcionem oportunidades para que o cliente possa comunicar os seus sentimentos e formular posicionamentos pessoais, sobre o que o envolve; criar um ambiente calmo, flexível e responsável, adaptado aos interesses e necessidades de cada cliente, permitindo-lhe continuar o seu desenvolvimento individual e orientar a prestação de serviços continuamente para o cliente, diagnosticando as suas necessidades e expectativas, os seus potenciais de desenvolvimento e criando oportunidades para a sua optimização (Manual processos-chaves para Estrutura Residencial para Idosos).

De acordo com o Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998, os lares devem garantir e proporcionar ao idoso:

- a) A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- b) Uma alimentação adequada, atendendo, na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais e cumprindo as prescrições médicas;
- c) Uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso;
- d) A realização de actividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- e) Um ambiente calmo, confortável e humanizado;
- f) Os serviços domésticos necessários ao bem-estar do idoso e destinados, nomeadamente, à higiene do ambiente, ao serviço de refeições e ao tratamento de roupas;
- g) A convivência social, através do relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e amigos, com o pessoal do lar e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;
- h) A participação dos familiares, ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psico-afectivo do residente.
- i) A assistência religiosa, sempre que o idoso a solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares (citado por Guia Prático como Criar um Lar de Idosos).



É fundamental portanto, que o espaço residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efectivas necessidades específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a actuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas com mais idade, de acordo com os seus desejos e interesses. Assim o exige a perspectiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos.

Para que este atendimento personalizado seja possível e os serviços a oferecer sejam personalizados torna-se necessário repensar as políticas e práticas de assistência e cuidado ao idoso. Exige-se humanizar a prestação de cuidados ao idoso, para tal, é preciso inserir outras dimensões de valores e atitudes para enriquecer a visão do cuidado ao idoso nas instituições, para encontrar resultados mais proveitosos que representem, de forma privilegiada, o que é devido ao idoso como ser humano.

A equipa numa instituição para idosos, terá de ser necessariamente interdisciplinar, deve apoiar-se em actividades de cuidado, construindo um modelo que recupere a dimensão da manutenção da capacidade funcional do idoso, focando-se não apenas na intervenção e tratamentos dos problemas decorrentes do envelhecimento, mas insistindo e incrementando medidas de prevenção e educação para a saúde, de acordo com o estipulado pela Carta de Ottawa<sup>26</sup> (1986), visando a melhoria da qualidade de vida, a promoção da autonomia e o incremento do sentido de responsabilização e cuidado do idoso perante a sua vida e momento existencial. A vigilância à saúde do idoso e acompanhamento devem ser contínuos combinando os saberes profissionais específicos da geriatria e gerontologia. De acordo com a Portaria n.º 67/2012. D.R. n.º 58, Série I de 2012-03-21<sup>27</sup> a estrutura residencial deve dispor de um número mínimo de recursos humanos para a satisfação das necessidades dos residentes 24 horas por dia. A estrutura residencial, para além do director técnico deve dispor no mínimo de:

- a) Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes;
- b) Um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes;
- c) Um(a) ajudante de acção directa, por cada 8 residentes;

---

<sup>26</sup> Carta de Ottawa. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

<sup>27</sup> Condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/03/05800/0132401329.pdf>



d) Um(a) ajudante de acção directa por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período nocturno;

e) Um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes;

f) Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;

g) Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes;

h) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes.

Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de acção directa e auxiliar são os seguintes:

a) Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes;

b) Um(a) ajudante de acção directa, por cada 5 residentes;

c) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.

No que respeita às prestações sociais de apoio à população idosa, esta encontra-se dividida, em duas grandes áreas, regime contributivo e regime não contributivo. No âmbito do regime contributivo, os idosos podem usufruir de apoios como: o complemento por cônjuge a cargo, a pensão de sobrevivência, a pensão de velhice, o complemento por dependência<sup>28</sup> (1º ou 2º grau), o subsídio de funeral e o subsídio por morte. No âmbito do regime não contributivo, os idosos podem usufruir da pensão social de velhice, complemento por dependência, caso se encontrem em situação de incapacidade de locomoção originada por (Paramiloidose familiar, Doença do Machado – Joseph, Sida – HIV, Esclerose múltipla, Esclerose lateral amiotrófica, doença do foro Oncológico, doença de Parkinson e doença de Alzheimer), subsídio de funeral e subsídio por morte.

O Complemento Solidário para Idosos pode ser atribuído a beneficiários de ambos os regimes desde que as reformas não ultrapassem o valor estipulado por Lei e que não sejam confirmados outros rendimentos ou que os filhos não apresentem rendimentos superiores aos previstos na Lei<sup>29</sup>. É um complemento de um rendimento base existente (pensão mais outros rendimentos), que procura recorrendo à discriminação positiva concentrar recursos em quem mais necessita. O Rendimento Social de Inserção<sup>30</sup> pode igualmente ser requerido por ambos

---

<sup>28</sup> Complemento por Dependência (1º e 2º grau). Disponível em: <http://www1.seg-social.pt/left.asp?03.02.08>

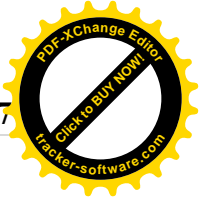
<sup>29</sup> Os recursos do casal têm de ser inferiores a €8.788,50 por ano e os recursos da pessoa que pede o CSI inferiores a €5.022 no ano de 2012.

<sup>30</sup> O valor máximo de RSI em 2012 corresponde à soma dos seguintes valores, por cada elemento do agregado familiar: pelo Titular 189,52€, por cada indivíduo maior 132,66€; por cada indivíduo menor 94,76€. Ver Lei nº 13/2003 de 21 de Maio.



os beneficiários desde que os montantes da reforma não ultrapassem os valores estipulados por Lei e que não sejam confirmados outros rendimentos ou sinais exteriores de riqueza.

Hoje existe uma multiplicidade de respostas sociais propiciadoras de cuidados às pessoas na condição de velhice organizadas em valências, cuja finalidade é proporcionar cuidados para satisfazer as necessidades básicas dos idosos. A sua acção é territorial, permitindo-lhes ter um conhecimento das necessidades e do contexto social onde se inserem e dirigem a acção social de acordo com a “realidade” da pessoa.



## CAPITULO 3 – Qualidade de Vida em Instituição

### 3.1 - A Qualidade de Vida um conceito multidimensional

Após a 2ª Guerra Mundial, a noção de Qualidade de Vida [QV], tornou-se num conceito de grande importância, significando melhoria no padrão de vida. A expressão QV foi usada pela primeira vez pelo Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao afirmar que "os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas." (Grupo WHOQOL,1998). A novidade na exposição do Presidente assentou numa visão diferenciada na avaliação da QV, já que sugeria como indicador principal, os aspectos que só se podiam avaliar com base no parecer das pessoas, em detrimento dos aspectos objectivos.

Smith (2001, citado por Sousa et al, 2003) considera que o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Significava “disponibilidade de bens materiais, como o acesso a comida, ter casa de banho, ter uma casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de acção social, bem como, dinheiro suficiente”. Presentemente, este conceito refere-se a outras dimensões como “o sentido de segurança, a dignidade pessoal, oportunidade de atingir objectivos pessoais, satisfação com a vida, alegria e sentido positivo”.

Viver mais sempre foi o intuito do ser humano, o desafio é a obtenção de melhor qualidade de vida nos anos conquistados a mais. Não existe consenso sobre o seu significado, sucedendo várias correntes de pensamento e várias tendências de pesquisa, todas complementares entre si, estas utilizam a noção de bem-estar social, como sinónimo da satisfação global dos indivíduos e da sociedade. O conceito é bastante usual, sendo interpretado por cada indivíduo dependendo do contexto em que está inserido. Por ser um conceito tão popular e sujeito a várias interpretações torna-se difícil eleger uma definição consensual, traduzindo a sua multidimensionalidade, característica que reúne o consenso dos diferentes autores, dada a sua abrangência, que vai desde os factores de ordem social, económica, ambiental, cultural, ética e ao nível da saúde. A qualidade de vida compreende diferentes áreas, que em conjunto formam um todo, composto por: satisfação pessoal, auto-estima, desempenho, comparação com outros, experiência e conhecimento prévios, situação económica, saúde geral e estado emocional, elementos que contribuem para uma qualidade de vida plena.



A World Health Organization através do Grupo WHOQOL<sup>31</sup> (World Health Organization Quality of Life, 1995) define QV como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.”

De acordo com Fairman (2006) “a qualidade de vida do ancião está muito relacionada com seus recursos biológicos, mas também intelectuais, sociais, laborais, psicológicos, afectivos e económicos que foram acumulados durante a sua vida e que muito lhe influenciam” (p. 16). Levy e Anderson (1980) complementam definindo QV, “como uma medida composta de bem-estar físico, mental e social (tal como a percepção de cada indivíduo e cada grupo) e de satisfação e recompensa”. (p.7). Paschoal (citado por Lawton, 2002) diz que “a qualidade de vida na velhice pode ser definida como a avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio normativos e intrapessoais, a respeito das relações actuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente” (p.81).

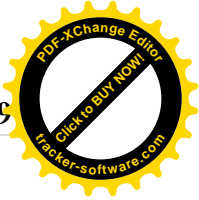
De acordo com Victor et al. (2000) os modelos de QV variam entre a "satisfação com a vida" ou "bem-estar social" e entre os modelos baseados em conceitos de independência, controle e competência social e cognitiva. Já para Covinsky et al, (1999), “ a qualidade de vida é um conceito subjectivo e completamente pessoal que somente pode ser definido pelo paciente” (p.435).

A QV é um conceito intensamente marcado pela subjectividade, como é possível verificar nas definições dos diferentes autores, envolve todos as componentes essenciais da condição humana, nomeadamente as componentes físico, psicológico, social, cultural ou espiritual e que sofre alterações consoante a evolução da sociedade, que neste momento dá valor aos recursos materiais assim como ao direito de “gozar” a vida (Sousa et al. 2003).

Mais do que o processo de envelhecimento, são as consecutivas crises pelas quais o idoso passa (lutos, perdas de papéis sociais, mudanças de vida, (...)) que extenuam os seus recursos psicológicos no esforço de adaptação, que por sua vez, geram problemas como a depressão, a ansiedade e a baixa auto – estima. Ao nível social, o idoso caracteriza-se muitas vezes pelo isolamento, mesmo quando vive acompanhado com familiares ou outros, é a solidão sentida, gerada pela impossibilidade de relações. Também, o facto de o idoso já não contribuir produtivamente para a sociedade, leva a que seja tratado de modo diferente, o que não facilita a sua integração social mas sim a sua discriminação.

---

<sup>31</sup> World Health Organization. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_arttext)



O meio envolvente também contribui para a manutenção do seu bem-estar, devendo ter em conta os factores sócio ambientais (a habitação, os meio de transporte, a segurança, a assistência médica, as condições de trabalho e remuneração, a educação, as opções de lazer e o meio – ambiente) e os factores individuais (a hereditariedade, o estilo de vida, etc.). O estilo de vida que uma pessoa decide ter, tem repercussões importantes na sua QV, destacando-se a influência dos hábitos alimentares, a forma como lida com o stress, a forma como se relaciona com as pessoas e a prática de actividade física moderada e regular (WHOQOL Group, 1994).

É um conceito amplo uma vez que abrange vários factores, tais como: “a saúde do indivíduo, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e o meio em que se encontra inserido” (WHOQOL: 1994).

Tal como Fernández-Ballesteros (1998, citado por Paúl & Fonseca, 2005) refere, “ a principal característica da QV reside na sua multidimensionalidade, isto é, à semelhança da própria vida, a QV tem muitos ingredientes”.

A longevidade do ser humano tem vindo como referido anteriormente a aumentar, sendo que por um lado existe o desejo de viver cada vez mais, por outro existe o receio de viver dependente e com incapacidade. De facto, à medida que envelhecemos, aumenta a prevalência de doenças e de prejuízos á funcionalidade física, psíquica e social. No entanto, e de acordo com Paschoal (2002) “se o individuo envelhecer com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais permanecendo activo e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de sua vida pode ser muito boa (p.79).

A saúde surge assim, como o aspecto mais importante na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos, é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida. Hill (1961) considera a saúde “ como a condição em que se encontra o organismo humano quando reage satisfatoriamente às condições do meio ambiente onde vive” (citado por Silva, 2011, p.27). Os aspectos que têm a ver com saúde, função física, energia e vitalidade são muito significativos para a qualidade de vida dos idosos, influenciando a sua expectativa de vida<sup>32</sup>. Em consequência, os idosos que apresentem limitações e sejam dependentes de outra pessoa não possuem uma qualidade de vida alta.

A OMS (1947, citado por Imaginário, 2004) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (p.54). Esta definição reflecte um parecer integral de saúde, que reconhece não

---

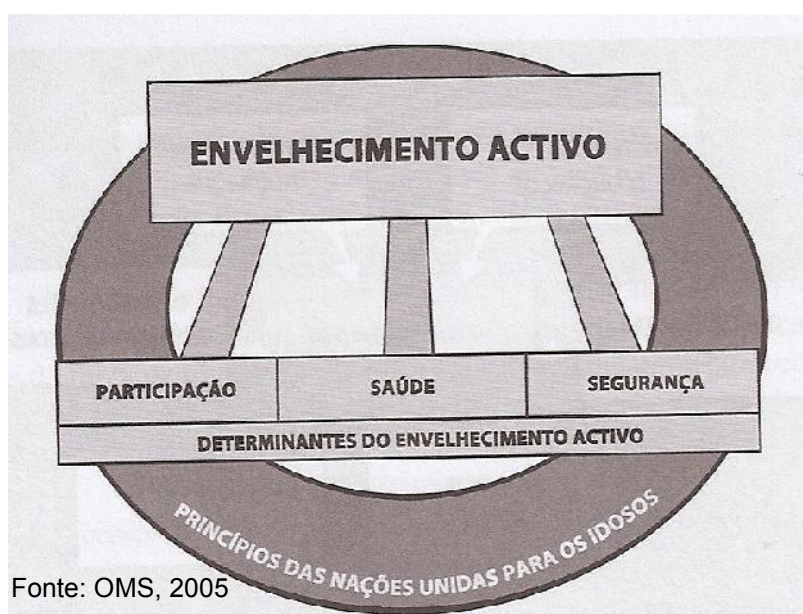
<sup>32</sup> Katz et al (1983, citado por Spidurso 2005, p. 30) refere que expectativa de vida activa “refere-se ao número de anos de vida restantes em que um individuo pode esperar ser capaz de realizar as actividades básicas de vida diária (ABVD’s) ”.

apenas o aspecto físico do envelhecimento, mas também os aspectos sociais e emocionais. Hoje, para além do desejo de viver muitos anos, há uma grande preocupação com a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, encarados como indicadores de qualidade de vida. É neste sentido que a OMS (2005) propôs o conceito de envelhecimento activo, como o “processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento” (p.13). A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão directamente relacionadas com a actividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade. Deste modo, é possível e desejável uma velhice saudável, ao contrário do estereótipo que define as pessoas idosas como doentes e fracas, daí que é possível prevenir e reduzir substancialmente os efeitos da idade, associados à doença. Para além disso, envelhecimento com qualidade está associado a uma boa forma física e mental.

Fisicamente, implica ser autónomo e não depender de ninguém para satisfazer as necessidades da vida diária e na tomada de decisões. Para isso, e segundo Simões (2006) é determinante o exercício físico regular “para além dos efeitos a nível psíquico, como o aumento da autoconfiança, são numerosíssimos os benefícios a nível físico, dos quais se destacam a diminuição de mortes por doenças cardíacas, menores riscos de diabetes e de cancro do cólon e a prevenção da tensão arterial” (p.142). Mentalmente exercitando o cérebro e mantendo uma rede de relações sociais activas, mais longamente se tende a viver e a ser menos atingido por doenças (ver figura nº 3).

Figura nº3

### Pilares da estrutura política para o Envelhecimento Activo





Para a promoção do envelhecimento activo, é discutida a necessidade de (i) atribuir os incentivos adequados, do ponto de vista legal e financeiro, para os trabalhadores trabalharem mais tempo e para os empregadores contratarem e manterem os trabalhadores mais velhos; (ii) aumentar a participação na aprendizagem ao longo da vida para pessoas de todas as idades e (iii) melhorar as condições de trabalho e a qualidade do emprego.

A carga das várias componentes desta concepção multidimensional que é a qualidade de vida continua, de facto, uma questão por explicar. Uma relação completa e unânime das dimensões a incluir no processo de avaliação da qualidade de vida é talvez irrealizável de atingir, dada a disparidade geográfica, cultural e individual que está em jogo.

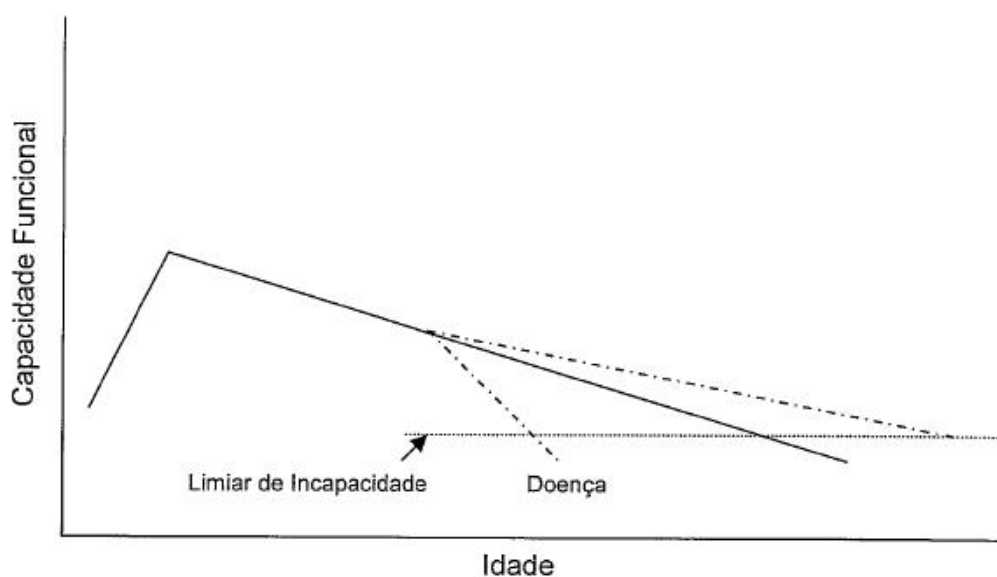
Talvez a visão mais fácil e pragmática é a que considera que todas estas noções reflectem aspectos indispensáveis ao bem-estar do indivíduo.

### 3.2 - Bem-estar e autonomia funcional dos idosos

Quando se pretende avaliar o idoso e as suas capacidades é fundamental ter em consideração diferentes aspectos para uma melhor avaliação funcional: uma história clínica bem elaborada, o seu grau de autonomia ao nível da motricidade, as actividades de vida diária, as actividades de lazer, o nível de deterioração cognitiva, a dinâmica sociofamiliar, o suporte social, o estatuto económico, a morbilidade física, a sua capacidade de autocuidado, a visão, a audição, o estado dos membros superiores e inferiores, a incontinência, a nutrição, o estado depressivo, a interação social, o ajustamento pessoal e o ambiente. Quando tal não acontece, verifica-se um declínio decorrente do processo de envelhecimento associado ao surgimento de doenças crónicas, como é possível verificar no gráfico nº 4.

Gráfico nº4

#### Envelhecimento Funcional



Fonte: Adaptado de Netto, 2000

A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda dessa capacidade está associada a estados de fragilidade, dependência e institucionalização, trazendo dificuldades ao longo do tempo e podendo originar cuidados de longa permanência e alto custo (Letti et al., s/d). Uma pessoa é considerada dependente ou independente



dependendo do desempenho com que realiza as suas tarefas ou do grau de assistência exigido nas suas actividades da vida diária (AVD's), ou seja, a sua capacidade de realizar as actividades essenciais para cuidar de si própria, como comer, vestir-se, lavar-se, passar da cama para a cadeira e utilizar a casa de banho. A capacidade de efectuar outras actividades (actividades instrumentais da vida diária) avaliam-se através da preparação das refeições, realização das tarefas domésticas, toma de medicamentos de acordo com prescrição médica, fazer recados, administração das finanças e utilização do telefone (Manual Merck, 2004, p. 30). Existem ainda as denominadas Actividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) que incluem actividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação.

Considerando o envelhecimento como um processo multidimensional e singular, Spirduso (1995, citado por Andreotti et al., 1999, p. 48) identifica cinco categorias hierárquicas que mostram os diferentes níveis de capacidade funcional em idosos:

- a) Fisicamente dependentes: pessoas que não podem executar actividades básicas da vida diária (como vestir-se, tomar banho, comer) e que dependem de outros para suprirem as necessidades diárias;
- b) Fisicamente frágeis: indivíduos que conseguem executar actividades básicas da vida diária, mas não todas as actividades instrumentais da vida diária;
- c) Fisicamente independentes: podem realizar todas as actividades básicas e instrumentais da vida diária, mas são geralmente sedentários;
- d) Fisicamente activos: realizam exercícios regularmente e aparentam ser mais jovens que sua idade cronológica;
- e) Atletas: correspondem a uma pequena percentagem da população, pessoas engajadas em actividades competitivas.

De acordo com os mesmos autores, “os modelos médicos tradicionais sugerem que são as patologias que levam, progressivamente, o indivíduo a um prejuízo das funções básicas, há limitações funcionais e finalmente à incapacidade”. Acrescentam também que, nos últimos anos de vida, um estilo de vida fisicamente inactivo pode ser causa primária da incapacidade para realizar as actividades diárias. Uma grande variedade de autores, entre eles, Hombergh, Schouten, Staveren, Almesvoort & Kok (1995), Pescatello & Di Pietro (1993) e Spirduso (1989), incluem os programas de actividades físicas como meios efectivos na compressão da morbidade, na diminuição e prevenção de doenças, na melhoria das capacidades físicas e motoras. Para Shephard (1994), a actividade física regular para idosos tem um papel fundamental, na medida em que prolonga e aumenta a capacidade de trabalho do indivíduo,



optimiza a realização de actividades e previne a incapacidade e a dependência nos últimos anos de vida (p.48).

A institucionalização, salvo algumas excepções potencia uma perda progressiva da funcionalidade dos idosos institucionalizados mais dependentes, mesmo sabendo que os objectivos passam por restabelecer ou manter as condições de saúde e as capacidades funcionais dos residentes. Nem sempre é realizada uma avaliação funcional do idoso, o que implica pouco dinamismo motor, cingindo-se estes á marcha que é realizada nos percursos do quarto, para o WC, refeitório e sala de estar, resultando daí cuidados deficitários para os idosos, surgindo limitações associadas que influenciam directa e negativamente as funções mental, emocional e comportamental, reduzindo a qualidade de vida do idoso e tornando-o mais dependente. De acordo com Xavier e Leal (2000) num estudo realizado a utentes beneficiários de apoio formal (Lar, SAD e Centro Dia) no que respeita à autonomia funcional existem diferenças significativas entre os diferentes idosos, nomeadamente, nas áreas de actividades de vida diária, capacidades instrumentais e mobilização (p.63). “No que respeita à mobilidade, percebe-se que existem maiores níveis de mobilidade em Centro de Dia e menores em Lar. Já a percepção da sua saúde e qualidade de vida é mais positiva nos utentes de Lar e pior nos de Apoio Domiciliário. Da avaliação total da escala verificamos uma maior autonomia funcional nos idosos de Centro de Dia, seguidos dos de Apoio Domiciliário, sendo os utentes de Lar os mais dependentes” (p.61). A institucionalização por si só já representa um factor de risco, já que os idosos institucionalizados necessitam de atenção, suporte e serviços especializados, pois a grande maioria é fragilizada e apresenta debilidades físicas ou mentais, tornando-os mais propensos a quedas. Pelo seu isolamento social, inactividade física e psicológica, admite-se que quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso (Santos et al., 2005, p.57). A manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as actividades básicas de vida diária são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível a independência, com isso o idoso mantém a sua capacidade funcional (Guimarães et al., 2004). A capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. Saúde, dentro dessa óptica, passa a ser resultante da “interacção multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica”. (Freitas et al, 2002). Resulta daqui que as pessoas idosas avaliam a sua situação de saúde em função das limitações que se produzem também ao nível das actividades que valorizam, ou seja, quem valoriza ler avalia de forma negativa as limitações visuais, quem valoriza passear e sair de casa sente-se mais penalizado com as limitações motoras, deste modo e de acordo com Paúl e



Fonseca (2001) há objectivos funcionais e idiossincráticos que explicam a avaliação dos estados de saúde. (Paúl e Fonseca, 2005, pp. 294-295).

A importância que é dada ao ambiente institucional na qualidade do processo de envelhecimento desta faixa etária deverá, inevitavelmente corresponder às exigências e solicitações das capacidades dos residentes, de modo a actuar como processo facilitador criando condições físicas e instrumentais para um envelhecimento óptimo. Tal como nos diz Paúl (2005, citado por Silva, 2009) o bem-estar tem como dimensões subjacentes a congruência entre as aspirações e as realizações, o afecto (positivo e negativo) e, ainda, possivelmente a felicidade (p.48). De acordo com a mesma autora, citando Sequeira e Silva (2002), “o envelhecimento e consequentemente a sua institucionalização é um período de grandes mudanças ao nível biológico, psicológico e social, bem como no plano das relações pessoa-mundo. Estas mudanças exigem ao idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida, tratando-se de um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico da pessoa idosa” (p. 48), percepcionando a sua satisfação com a vida de acordo com diferentes parâmetros influenciados pela sua integração numa resposta social.

“O bem-estar dos idosos tem a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e ainda com o ambiente em que os indivíduos se desenvolveram e vivem, numa combinação única, que é a sua história de vida. Só a partir de uma análise transaccional da unidade ecológica pessoa/ambiente seremos capazes de compreender o bem-estar subjectivo dos idosos que envelhecem nos diferentes cenários” (Paúl, 1992, p.65).

Num estudo comparativo realizado por Castellón (2003) efectuado a dois grupos de idosos espanhóis, um composto por indivíduos institucionalizados e o outro por indivíduos a residir em meio familiar, verificou-se não existirem diferenças relevantes entre ambos, ou seja, a saúde, é a preocupação principal, desejando todos, no fundo, viver o melhor possível. Apesar de os principais motivos da entrada em lar estarem relacionados com factores susceptíveis de gerar um impacte negativo na qualidade de vida (viuvez, doença), estes idosos valorizam positivamente a institucionalização, associado ao papel determinante que as relações interpessoais exercem na “produção” de satisfação com a vida. As implicações destes resultados, segundo o autor, são bastantes claras: se por um lado é importante remediar as privações e melhorar o bem-estar material dos idosos, é igualmente necessário proporcionar oportunidades para que as pessoas idosas se relacionem com outros elementos em quem possam confiar, surgindo como o melhor antídoto para combater o sentimento de solidão que espreita por detrás do isolamento físico ou geográfico, de um estilo de vida solitário, de uma doença grave ou incapacitante, de uma perda, da morte eminente ou, simplesmente da



dificuldade em exprimir sentimentos acerca da respectiva condição de vida Paúl e Fonseca, 2005, p. 300).

Assim, o ambiente deverá ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se activa sob todos os pontos de vista, pretendendo que o processo de envelhecimento possa ser, de alguma forma, retardado, tendo sempre em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida.

As capacidades dos idosos devem ser identificadas e avaliadas para ajudá-los a melhorar seu estado funcional e bem-estar, obter a independência, manter a dignidade e a autonomia, apesar das perdas físicas, preservar potenciais e capacidades sociais, cognitivas e psicológicas e a utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico mais rigoroso.

A **Avaliação Global do Idoso** pretende identificar quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que convergem para a dependência e quais as necessidades de ajuda formal ou informal para suprir, de forma satisfatória, as suas necessidades humanas básicas. “Esta incide sobre a audição, visão, comunicação, capacidade de aprender, utilização do conhecimento, mobilidade, capacidade de utilizar os membros superiores e inferiores, capacidade de cuidar de si, capacidade de realizar tarefas domésticas ou de recreação e capacidade de relação com os outros” (Sequeira, 2010, p.43).

O **Índice de Barthel** (Mahoney e Barthel, 1965, Wade e Colin, 1988) é um instrumento de avaliação das actividades básicas da vida diária (ABVD). Este é composto por 10 ABVD, em que cada actividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação. Este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada actividade (Idem, 2010, p.48 e Paúl et al., 2005, p.114).

O **Índice de Katz** (Katz e col. 1963) foi desenvolvido para ser usado em doentes institucionalizados, sendo frequentemente utilizado para a avaliação das AVD em idosos. Este é constituído por seis actividades de vida diária: banho (com esponja, duche ou de banheira); vestir-se, ir à casa de banho, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação. Em cada item pode-se avaliar se o idoso é independente, necessita de supervisão, necessita de ajuda ou é independente (Idem, 2010, p.49 e Paúl et al., 2005, p.114).

O **Índice de Lawton** (Lawton e Brody, 1969) é um instrumento de avaliação das actividades instrumentais da vida diária (AIVD’S). Permite avaliar o grau de dependência nas actividades instrumentais de vida diária, de forma global e de forma parcelar. É composto por



oito actividades (cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação). Cada item apresenta três, quatro ou cinco variáveis diferentes de dependência, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência (Idem, 2010, p.53 e Paúl et al., 2005, p.114).

A **Escala de Actividades de Vida Diária de Lawton e Brody** (1969), permite avaliar o grau de dependência do idoso em sete grupos de actividades de vida diária: cuidados pessoais (autocuidado); cuidados domésticos; trabalho, recreação/lazer; compras e gestão do dinheiro; locomoção, comunicação e relações sociais. Uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global (Idem, 2010, p.55).

O **Easy Care** é um instrumento que permite uma avaliação da saúde física, mental, social e do bem-estar de uma pessoa idosa. Na sua forma completa, contém itens sobre aspectos da qualidade de vida, dos idosos e do papel do familiar cuidador. É útil no contacto inicial para avaliar a pessoa idosa, como medida de monitorização do estado de saúde e bem-estar da pessoa idosa. A parte inicial é constituída por oito questões que incidem sobre aspectos gerais de avaliação dos idosos, dos quais se destacam: a visão, a audição, a linguagem, a deglutição, a saúde, a depressão, a solidão e a habitação, posteriormente apresenta um conjunto de questões relacionadas com as actividades instrumentais e actividades básicas da vida diária (Idem, 2010, p.61).

O **Mini Dependence Assessment (MDA)** – actividades corporais, sensoriais, locomotoras e mentais, é uma escala de avaliação rápida e global da dependência nas actividades de vida diária (Benhamou, s/d). Permite estimular o impacto da deterioração cognitiva na actividade quotidiana da pessoa e avalia 12 critérios, reagrupados por quatro tipos de actividades: corporais, locomotoras, sensoriais e mentais. Cada item pode ser caracterizado de três formas, às quais é atribuída uma pontuação entre 0 e 2 (Idem, 2010, p.65).

A **Escala de Incapacidade da Cruz Vermelha** permite classificar a dependência em seis níveis desde o totalmente dependente ao independente. Centra-se essencialmente em três áreas: actividades do quotidiano, mobilidade e controlo de esfíncteres (Idem, 2010, p.68).

A **Escala de Independência Funcional (MIF)** é cotada em sete níveis, desde a dependência à independência, de acordo com o grau de funcionalidade e reflecte a necessidade de cuidados em função da incapacidade identificada (Benvegnu e col., 2008). Trata-se de um instrumento que tem por objectivo avaliar o que o indivíduo é capaz de fazer e possibilita a monitorização da funcionalidade ao longo do tempo ou num determinado



momento. A funcionalidade é avaliada em seis dimensões, num total de 18 funções (Idem, 2010, p.69).

Os protocolos de avaliação do idoso devem associar todo um conjunto de informações que nos possibilitem fazer um check-up do estado da sua saúde. Novaes (2006) recomenda que as escalas de avaliação funcional sejam breves, simples e de fácil aplicação, isto porque, elas devem servir como instrumento rápido de avaliação, triagem e estratificação de risco, sendo aplicadas por diferentes profissionais e em qualquer unidade básica de saúde, pois a avaliação da funcionalidade de acordo com Paúl e Fonseca (2005, p.131) possibilita: detectar perturbações ainda incipientes; evidenciar diferentes estados funcionais e eventualmente diferentes estados de saúde, mentais e sociais; caracterizar perfis de envelhecimento; fundamentar intervenções preventivas ou de recuperação e monitorizar o acompanhamento dos indivíduos idosos.

Paúl e Fonseca (2005) não têm dúvidas sobre a necessidade de se aumentar e melhorar os serviços disponibilizados aos idosos e os cuidados que lhe são prestados, através de várias medidas que tenham em consideração os aspectos psicossociais do bem-estar psicológico na velhice, privilegiando os serviços e os cuidados que permitam um aumento da qualidade de vida (p. 306).

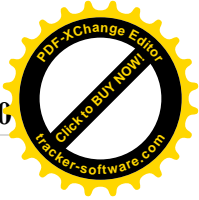
### 3.3 – A percepção da Qualidade de Vida

A qualidade de vida reflecte a percepção que têm os indivíduos acerca da satisfação das suas necessidades ou, se lhe estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, no que diz respeito ao seu estado de saúde físico, às condições sociais e económicas.

Paschoal (2000) avalia a qualidade de vida de forma subjectiva, ou seja, considera a qualidade de vida *percebida pela pessoa* (grifo nosso), neste sentido o autor valoriza a opinião dos indivíduos, pois não poderia avaliar a qualidade de vida dentro de um modelo construído previamente, já que o importante era conhecer a percepção das pessoas sobre o que era qualidade de vida para elas. Assim, sugeriu que se fizesse uma selecção dos aspectos mais relevantes, como o “experencial de vida”, e incluiu a soma das sensações, percepções, emoções, humores e actos cognitivos do indivíduo; as “actividades realizadas na vida”, em que se encaixam as acções da vida; as “realizações na vida”, que são os resultados das acções; os “eventos na vida”, são aqueles que a pessoa tem ciência e são atribuídos a ela e as “circunstâncias da vida”, que são como os eventos da vida. Tendo em vista essas considerações, o autor constrói um instrumento amplo que dá vazão aos aspectos subjectivos e que norteiam o avaliador, levando-se em consideração as nuances das várias dimensões da vida humana.

O ser humano deve preparar-se para a velhice, para que tenha uma boa vida social e afectiva e continue a dar um contributo importante para a comunidade. A condição para atingir o bem-estar é o sentimento de ser, de pertencer, de significar, de crescer e saborear plenamente a essência da vida. Porém, segundo Bandeira (2005) ter ou não qualidade de vida não é responsabilidade individual, pois factores económicos, sociais e culturais interferem directamente no bem-estar de uma população. De uma forma geral “ter uma boa qualidade de vida na terceira idade requer: boa alimentação, condições adequadas de moradia, estabelecimento e manutenção de contactos sociais, acesso a serviços de saúde e remuneração compatível com necessidade de gastos”. (p.58).

A compreensão dos seus aspectos psicológicos, sociais, ocupacionais e físicos (qualidade de vida nas suas várias dimensões), torna-se importante para sugerir acções que, de algum modo, possam promover a percepção que os idosos institucionalizados têm acerca da sua própria vida.



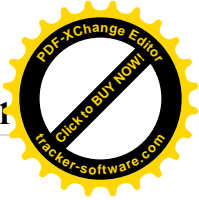
Muitos idosos quando integram uma instituição deparam-se com o carácter totalizador dessas mesmas instituições, sendo necessário que o novo residente se adapte a uma nova rotina repleta de normas e regras. “A qualidade de vida é uma necessidade primordial para o idoso institucionalizado, que interfere na assistência a ele oferecida, permitindo que seja feita a integração no seio familiar e social, diminuindo a demanda da institucionalização (Groenwald, 2004, p.118). Do lado da instituição deverá haver uma visão ampla que possa perceber a magnitude do momento para oferecer alívio na integração, já que sentimentos de medo, ansiedade e agitação são normais. A intenção é amenizar impressões negativas, equilibrando os momentos de isolamento e aumentando o grau de confiança e satisfação do utente.

Na avaliação da qualidade de um Lar de Idosos “é tão importante ou mais a qualidade de vida que a qualidade do cuidado prestado, além disso, a qualidade de vida é em si um resultado, não um meio para obter resultados de saúde ou longevidade”. Lawton (2001, citado por Póvoa, 2010, p. 3)). Assim, a avaliação dos cuidados de longa duração deve agregar nas suas dimensões, especialmente a qualidade de vida (Institute of Medicine, 2001), percebendo estes as vantagens/benefícios da integração num outro espaço.

Num estudo comparativo realizado por Pinho (2005, citado por Ferreira, 2009), em Portugal, sobre uma amostra de idosos institucionalizados e outra de idosos não institucionalizados, a autora observou, no que diz respeito a expectativas face à saúde, que os idosos institucionalizados relataram, na sua maioria, uma “melhor” saúde relativamente ao ano anterior, ao passo que os não institucionalizados, a referiam como “pior”. Eram também estes que, considerando as suas doenças, mencionavam mais a necessidade de serem consultados por uma entidade médica como sendo importante para uma melhor qualidade de vida.

Christensen, et al. (1996, citado por Ferreira, 2009) salientam que uma vida social estimulante pode influenciar as capacidades cognitivas dos idosos, bem como a percepção destes acerca de uma vida óptima quer estejam institucionalizados ou não.

No estudo de Pimentel (1995), realizado em Portugal, a autora verificou que a maior parte dos idosos perspectivava a admissão na instituição de forma angustiante, envolvendo mudanças de hábitos e contextos de vida mas, a possibilidade que a instituição oferecia de abertura ao exterior e de estimulação das relações sociais, ajudava a que os idosos se integrassem mais facilmente e os que não se encontravam institucionalizados representassem a possibilidade de virem a ser institucionalizados de forma mais positiva.



Deste modo, poder-se-á dizer que os indicadores subjectivos de qualidade de vida abrangem diferentes termos, tais como: felicidade, satisfação com a vida, bem-estar geral, relacionados a uma descrição positiva do casamento e situação familiar, relacionamento com o outro, amizades, religiosidade, diferença entre as expectativas de vida e as realizações alcançadas, entre outros. Najman et al. (1981, p.110) concluem que “o principal factor determinante de um alto nível de qualidade de vida parece ser um convívio social positivo, próximo e estável”. Da mesma forma, quanto menor a diferença entre os projectos de vida do indivíduo e a realização dos mesmos, maior é a percepção do alto nível de qualidade de vida.

O grande desafio que se coloca é a forma como podemos avaliar quantitativa e qualitativamente este conceito. Um grande desafio à sua avaliação é obter um instrumento que permita dar corpo à individualidade deste constructo.

Os instrumentos que permitem avaliar este conceito têm que ser abrangentes, conseguindo comportar subjectividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. (Fleck, 1998). A subjectividade prende-se com os factores da vida mais ou menos significativos para o indivíduo consoante as suas expectativas e satisfação resultante da concretização desses mesmos objectivos.

Os instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida podem ser de dois tipos: holísticos, os que avaliam os aspectos biopsicossociais, sendo que os restantes avaliam a qualidade de vida relacionada com a saúde, ou seja, situações de doença e a evolução com a terapêutica (Teixeira, 2004, p. 176).

O QOLPSV (Quality of Life Profile – Senior Version) é um instrumento que consiste em 111 itens dividido pelos 9 subdomínios referidos por Raphael e Renwick et al. (1996). O teste não é influenciado pelo nível educacional ou pelo nível económico, é influenciado de forma mínima pela idade (correlação negativa) principalmente no subdomínio do “ser físico” e influenciado em todos os domínios pelo autoconceito de saúde (citado por Teixeira, 2004, p. 177).

O WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) agrupa as questões em seis domínios: físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso); psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos); independência (mobilidade, actividades da vida quotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho); relações sociais (relações pessoais, suporte (apoio) social, actividade sexual); ambiental (segurança física e protecção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades,



participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima), transporte) e espiritual (espiritualidade/religião/crenças pessoais) (Fleck, 1998).

O SF-36 é um instrumento de medição da qualidade de vida ligado à saúde. Embora a QV tenha uma dependência grande na saúde, tem também outros factores que intervêm, psíquicos e sociais, no entanto, mede mais frequentemente os aspectos relacionados com a saúde e a doença. Este está traduzido e validado para a população portuguesa, avaliando oito domínios da saúde: funções física, mental, social, desempenho físico e emocional, a dor, a vitalidade, e a saúde em geral (Sakena et al. 2002, citado por Teixeira, 2004, p. 178).

O (QVI) Índice de Qualidade de Vida de Pacheco e Lucas (2000), engloba sete perguntas acerca do isolamento, mobilidade, actividades da vida diária, actividades ocupacionais, actividades lúdicas, relação familiar e recursos económicos, avaliado por escalas do tipo qualitativo.

O Easy-Care é um instrumento que avalia de forma conjunta as actividades de vida diária, sendo um dos mais utilizados no contexto português. É um instrumento que permite uma avaliação da saúde física, mental, social e do bem-estar de uma pessoa idosa. O Sistema de Avaliação da Pessoa Idosa (Easy-Care) é um sistema utilizado para proporcionar uma avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social da pessoa com 65 anos de idade ou mais. Faculta um registo das suas principais necessidades e prioridades relativamente à saúde geral e processo de cuidados. Este avalia a auto-percepção da qualidade de vida e bem-estar, e recomenda-se que não seja aplicado a idosos com deterioração cognitiva grave, pois a sua percepção encontra-se significativamente alterada, deturpando os resultados Sousa e Figueiredo, 2000, p. 19).

A QV pode ser medida por qualquer dos instrumentos identificados anteriormente, dependendo dos objectivos a que se destina a sua aplicação.



### 3.4 – Qualidade de vida nos idosos institucionalizados

O conceito de qualidade de vida em Lar está em constante aperfeiçoamento devido aos sinais que a debilidade do envelhecimento representa para a qualidade de vida, principalmente em equipamentos residenciais como os Lares de Idosos. O desafio consiste em, para além de se conseguir “uma boa qualidade nos cuidados e bons resultados ao nível da saúde física e mental, o cuidado de longa duração pode também preservar e promover a qualidade de vida dos seus residentes, tornando o espaço num local agradável para os utentes, para a equipa de trabalho, familiares e amigos” Kane et al., (2003, citado por Póvoa, 2010, p. 13). A qualidade de vida dos idosos institucionalizados depende do espaço e das relações que estabelece e isso, está sobretudo dependente do que as respostas sociais e outras medidas tomadas por entidades superiores podem fazer por esta população, tendo como objectivo impreterível um envelhecimento óptimo dos seus residentes.

Kane (2003, citado por Sardinha, 2010) realizou um estudo acerca da qualidade de vida de utentes institucionalizados e identificou 11 indicadores de qualidade de vida nas instituições para idosos: autonomia, dignidade, privacidade, individualidade, segurança, conforto físico, relações, actividade com significado, competência funcional, diversão e bem-estar espiritual. A autonomia refere-se, segundo a autora, à percepção, por parte do indivíduo institucionalizado, de que está a tomar decisões, a fazer escolhas e a dirigir a própria vida. Relativamente à privacidade, para além de ter a possibilidade de ter um quarto e casa de banho privados, é também a experimentação de um sentido de privacidade (ser possível estar sozinho quando desejar, estar em privado com outros indivíduos quando desejar, ter controlo sobre a informação pessoal). A individualidade refere-se ao facto de o residente sentir que é reconhecido como pessoa, que é capaz de continuar a experienciar e expressar a sua identidade e de ter um fio condutor com o seu passado. Quanto à segurança, a autora defende que o indivíduo precisa de acreditar que está a viver num ambiente agradável, onde as pessoas são bem-intencionadas e onde as regras básicas de vida são compreendidas. O conforto físico inclui estar livre de dor e desconforto físico, pode incluir também sentir-se confortável em termos de temperatura e posição corporal. As relações recíprocas dizem respeito ao residente ser capaz de dar e também de receber apoio, estas relações poderão ser estabelecidas com os familiares, amigos, outros residentes ou com os cuidadores. Quanto à importância das actividades com significado, os indivíduos numa instituição precisam de perceber as suas vidas como estando repletas de actividades interessantes e com significado para realizar e



observar. A competência funcional é um domínio da qualidade de vida que é, extremamente sensível aos contextos físicos em que os idosos vivem e recebem cuidados. A competência funcional significa que, dentro dos limites das suas capacidades físicas e cognitivas, o residente seja tão independente quanto queira ser. O bem-estar espiritual é um domínio que não pode ser ignorado da qualidade de vida, este pode incorporar, mas também ir além e ser independente, da religiosidade (pp. 46-47).

Outras investigações, procuraram evocar a opinião dos residentes acerca dos elementos de uma boa qualidade de vida e verificaram que são os aspectos relacionados com as relações, a actividade, a estimulação e a segurança os mais referidos Cohn & Sugar, 1991; National Citizens Coalition for Nursing Home Reform (1985, citado por Sardinha, 2010).

Um estudo realizado por Robichaud et al. (2006) com 27 idosos residentes em instituições e seus familiares, também permitiu encontrar alguns indicadores importantes para a qualidade de vida nestes contextos. Assim, de acordo com os residentes, o contexto humano deveria fornecer-lhes a oportunidade de partilhar momentos agradáveis, tomar conta de outros, sentir-se parte de um grupo, sentir respeito dentro de uma relação. Também foram referidas como importantes, pelos residentes e famílias, as características relativas ao ambiente físico e institucional, incluindo a estrutura organizacional e ligações exteriores (necessidade de sentir segurança emocional, e necessidade de sentir o “mundo exterior”), os recursos humanos e materiais (necessidade de não sentir as restrições financeiras, e de sentir a disponibilidade dos cuidadores e profissionais de saúde), programas e actividades (ter oportunidades de se actualizar), e ambiente arquitectónico (ter acesso às actividades da vida diária).

Em relação às características interpessoais, foi dada importância ao: respeito pela identidade (necessidades, interesses, hábitos, capacidades) do residente por parte dos cuidadores; à cumplicidade nas relações entre os cuidadores, residentes e familiares; à manutenção de um papel na comunidade; à preservação do sentido de controlo; à partilha de bons momentos com os pares, aos familiares e cuidadores e à competência dos cuidadores. No que se refere às características ambientais, foram referidos: a estabilidade dos funcionários; o acesso às actividades de lazer e a recursos espirituais; usufruir de um quarto privado e outros espaços além deste e não sentir restrições financeiras Robichaud et al., (2006, citado por Sardinha, 2010, p.47).

Vanessa Póvoa (2010), no estudo que desenvolveu com utentes de três Lares de Idosos diferentes da região Centro de Portugal Continental, constatou que a tradução da *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents*, ou seja a *Escala de Qualidade de Vida para Utes*

*de Lares de Idosos* é um instrumento adequado ao constructo que a autora pretendeu avaliar: a qualidade de vida dos utentes de Lar de Idosos. Isto porque (i) da análise de fiabilidade global e desagregada de cada um dos domínios das sub-escalas por função cognitiva verificou-se que os domínios das sub-escalas possuem *alfas de Cronbach* elevados, sempre acima de 0,600. Mesmo em residentes com alguma deterioração cognitiva os valores foram estatisticamente significativos, com a exceção da sub-escala de *Actividades Significativas e Individualidade*, o que indica que esta escala poderá ser utilizada em utentes com alterações das suas funções cognitivas; (ii) a análise de validade convergente com a *Escala de Satisfação com a Vida* permitiu constatar segundo a autora, que os coeficientes de correlação são estatisticamente significativos com a exceção das sub-escalas das *Competências Funcionais, Actividades Significativas e Individualidade*.

Também Almeida e Rodrigues (2008) realizaram um estudo para responder à questão “qual a qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos lares do concelho de Lamego?”, após uma análise detalhada à população de todos os idosos institucionalizados em lares de terceira idade do Concelho de Lamego (N=183) chegaram à conclusão de que 51,6% das pessoas idosas referem incluir-se dentro do grupo com qualidade de vida. Quando comparado o índice de qualidade de vida em função do sexo, verificaram que as pessoas idosas do sexo masculino são as que referem, em maior percentagem, incluir-se no grupo com qualidade de vida (65,2% vs 47,1%). À medida que a idade vai avançando, o índice de qualidade de vida diminui. Se se pensar que, com o avançar da idade, existe uma maior probabilidade de surgirem mais problemas de saúde, maior dependência na realização das actividades da vida diária, mais isolamento e solidão, facilmente se entenderá a existência da relação supra-citada.

Rosa Martins (2004) procurou investigar o tema da Qualidade de Vida dos idosos na região de Viseu, contribuindo para o conhecimento específico da QDV dos idosos residentes nesta região, pretendeu constituir-se num contributo original e imperativo à construção de um verdadeiro desenvolvimento humano, pleno e integral, nesta sociedade de informação tecnologicamente avançada, mas em que coexistem ainda fortes desigualdades (Litoral/Interior) geradoras de situações de fragilidade e de risco.

Da investigação realizada a autora chegou às seguintes conclusões:

- Os idosos residentes no domicílio apresentam qualidade de vida superior aos institucionalizados;
- Quanto menor é a idade melhor é a qualidade de vida;
- Casados e divorciados apresentam melhor qualidade de vida que os viúvos e solteiros;

- Níveis médios e superiores de escolaridade correspondem a níveis mais elevados de qualidade de vida;
- A qualidade de vida das mulheres é superior à dos homens (sobretudo nos idosos institucionalizados e amostra total);
- Quanto melhor for a situação económica dos idosos melhor é a sua qualidade de vida;
- Os idosos que percebem melhores níveis de saúde, maior apoio social e melhor funcionalidade familiar têm uma qualidade de vida mais elevada (correlações altamente significativas);
- A qualidade de vida é superior nos idosos mais independentes no desempenho de actividades de vida diária e actividades instrumentais e ainda naqueles que praticam maior actividade lúdica (correlações positivas e altamente significativas);

As variáveis psicossociais que se revelaram predictoras da qualidade de vida foram hierarquicamente:

- a) Nos idosos residentes no domicílio:
  - apoio informacional (do apoio social),
  - actividades de lazer,
  - independência nas actividades de vida diária,
  - percepção da saúde passada.
- b) Nos idosos institucionalizados e amostra total:
  - apoio informacional (do apoio social),
  - independência nas actividades de vida diária,
  - actividades de lazer,
  - percepção da saúde passada.

Coimbra e Brito (1999) realizaram um estudo descritivo e comparativo com o objectivo de comparar a QV de idosos a residir no domicílio e que têm apoio domiciliário com a de idosos institucionalizados e identificar de que forma o nível socioeconómico e a situação de saúde influenciam a qualidade de vida desses idosos. Para a realização deste estudo foram escolhidos dois grupos: um constituído por 33 idosos a residir no Centro Paroquial e Social de Côja e outro constituído por 36 idosos a residir no domicílio que recebem apoio domiciliário ao nível da alimentação e/ou higiene. Os resultados demonstraram não existir diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre idosos residentes no domicílio e idosos a residir em lar, embora na amostra a média do Índice de Qualidade de Vida dos Idosos (IQV) dos residentes no domicílio seja mais elevada do que a dos idosos institucionalizados.



Associado ao progressivo aumento demográfico a que corresponde uma longevidade crescente e ao conceito de qualidade de vida associado à população residente em estruturas residenciais surge a produção de manuais que medem através de um conjunto de instrumentos as boas práticas assumidas, reflectidas e avaliadas, orientadas pela preocupação essencial de efectivação dos direitos humanos da pessoa idosa nas instituições. É fundamental que a estrutura residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efectivas necessidades específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a actuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas com mais idade, de acordo com os seus desejos e interesses, assim o exige a perspectiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos.

A gestão da qualidade é entendida cada vez mais como o maior e fundamental desafio da gestão, agregando e integrando todas as suas dimensões (residindo mesmo nessa integração o valor e o mérito da gestão da qualidade). No essencial, é hoje comumente aceite que qualquer empresa ou organização existe para satisfazer necessidades e expectativas dos seus clientes e/ou significativos, bem como, das outras partes interessadas, através de processos de trabalho que começam por identificar clara e pormenorizadamente essas necessidades e expectativas e que asseguram a sua satisfação, de forma eficaz e eficiente.

Por parte do Instituto da Segurança Social e com o objectivo de implementar um Sistema de Gestão da Qualidade de acordo com o estabelecido no Modelo de Avaliação da Qualidade surgiram diversos manuais para as respostas sociais Acolhimento Familiar, Lar Residencial, Centro de Actividades Ocupacionais, Lar de Infância e Juventude, Centro de Acolhimento Temporário, Creche, Centro Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Estrutura Residencial para Idosos.

Para o desenvolvimento deste Modelo na resposta social Estrutura Residencial, foram identificados 7 processos-chave para a prestação de serviços, independentemente da sua natureza e dimensão:

1. Candidatura
2. Admissão e Acolhimento
3. Plano Individual
4. Cuidados Pessoais e de Saúde
5. Nutrição e Alimentação
6. Apoio nas Actividades Instrumentais da Vida Quotidiana
7. Planeamento e Acompanhamento das Actividades de Desenvolvimento Pessoal.



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 a 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 a 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.

Constituem-se como objectivos principais desta resposta: promover qualidade de vida e proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas.

Num cenário de crescente exigência e de desafios, de rápida e permanente inovação, da alteração de processos e constantes mudanças nos panoramas económico e social, as organizações tendem actualmente a procurar a implementação de sistemas de gestão da qualidade, tendo como objectivo principal a melhoria permanente da qualidade do serviço prestado, da satisfação dos seus clientes, financiadores e outras partes interessadas e consequentemente a sustentabilidade da própria organização.

Constituem aspectos essenciais de um Sistema de Gestão da Qualidade:

- Focalização nas pessoas, com o objectivo de satisfazer as suas necessidades e conseguir a máxima satisfação dos clientes;
- Abordagem global do sistema de gestão, assumindo-se como parte integrante da estratégia da organização;
- Visão horizontal de funções e departamentos, que envolve todos os colaboradores, do topo a base, estendendo-se a montante e a jusante da prestação de serviços, incluindo clientes, significativos e restantes partes interessadas;
- Aprendizagem permanente e adaptação à mudança continua como chaves para o sucesso organizacional (Manual de Processos-chave da Estrutura Residencial para Idosos).

Foi igualmente com base num conjunto de preocupações que, surgiu o Projecto Qual\_Idade em 2005. Um dos seus objectivos principais consistiu no esforço em contribuir para a conciliação de três princípios que se consideravam fundamentais na qualificação das respostas sociais. O Princípio da Normatividade, o Princípio da Adaptabilidade e o Princípio da Transversalidade. Este projecto desenvolveu as suas actividades nas respostas sociais



SAD, Cuidados Continuados Integrados e Lar de Idosos, tendo-se desenvolvido em três acções:

- Acção 1: Fase de Diagnóstico em que se procurou conhecer e confirmar os dinamismos do envelhecimento em Portugal; aprender com as experiências de outros países que, enfrentando primeiro este fenómeno já desenvolveram esforços e encontraram soluções de Qualidade; mobilizar parceiros estratégicos capazes de construir instrumentos que permitam o foco permanente da actividade no cliente/utente, nas suas necessidades e na avaliação da sua satisfação; analisar toda a legislação nacional que regulamenta as respostas sociais e recolher informações no terreno.

- Acção 2: Fase de desenvolvimento, em que de acordo com a estratégia definida, o trabalho desenvolvido teve por base os Modelos de Avaliação da Qualidade do Instituto da Segurança Social para as respostas sociais. Foi efectuado o estudo da adaptabilidade dos modelos de referência, visando simultaneamente confrontar a situação e as características das organizações prestadoras de cuidados e, por outro lado, identificar instrumentos e elementos cuja relevância suscita a necessidade de incorporação ou complemento, em relação aos próprios modelos de referência, por forma a facilitar a incorporação e adaptação das orientações de qualificação das diferentes resposta sociais. O trabalho realizado foi complementado com os instrumentos decorrentes da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade com base na norma ISO 9001.

- Acção 3: Fase da disseminação, teve como objectivo promover a disseminação dos produtos desenvolvidos no âmbito da acção 2, de acordo com uma lógica de apropriação, incorporação e divulgação nas práticas das organizações dos produtos concebidos com vista à melhoria sustentada dos processos e da prestação dos serviços, através de um acompanhamento programado e continuado das entidades incorporadoras dos produtos.

Na elaboração desses mesmos produtos, foram tidos em conta princípios como: Inovação, Empowerment, Adequabilidade, Utilidade, Acessibilidade, Igualdade e Transferibilidade. Com vista à melhoria da qualidade de vida dos idosos residentes, este manual pretendeu a implementação de políticas e processos de qualificação de equipamentos e serviços das diferentes respostas sociais; a adopção de metodologias que garantam o envolvimento e participação de todos os agentes e a consolidação do processo de mudança; conciliação e a adopção dos princípios normativos subjacentes às políticas públicas de qualificação de respostas sociais com a realidade específica das organizações e a sua identidade; facilitar e modernizar os processos de gestão da informação, racionalizando



processos e promovendo a eficácia e a eficiência (Equal - Manual de Gestão da Qualidade para Lar de Idosos).

A título conclusivo, poder-se-á dizer que não existirá uma única solução correcta na selecção de domínios para uma visão compreensiva da qualidade de vida nas instituições para idosos. Terá de se ter em conta que o que constitui uma boa qualidade de vida numa instituição para idosos pode variar de cultura para cultura e de país para país. Contudo, as variáveis referidas e os estudos transcritos constituirão, certamente, importantes indicadores do que é ter qualidade de vida numa instituição para idosos.

## II Parte - ESTUDO EMPÍRICO

### CAPÍTULO 4 – Metodologia

#### 1 - Objectivos

A primeira parte do presente estudo procurou discutir a importância de diferentes variáveis para a qualidade de vida dos idosos, mais especificamente daqueles que estão institucionalizados. Pretendeu-se construir um quadro teórico que nos permitisse, agora, fundamentar a relevância da investigação empírica levada a efeito.

A investigação empírica que consubstancia a segunda parte desta dissertação foi de natureza não experimental, de carácter transversal e de tipo descritivo. Em termos gerais, pretendeu-se analisar, numa amostra de residentes de duas instituições para idosos da região Dão Lafões as características dos idosos institucionalizados e os factores que têm maior impacto na sua qualidade de vida.

Desta forma irá apresentar-se a exploração do estudo empírico, nela pode encontrar-se, em primeiro lugar, a caracterização da amostra e posteriormente uma exposição dos instrumentos utilizados e dos procedimentos empregues para a recolha de dados. Uma parte considerável deste capítulo é dedicada à apresentação dos resultados, apresentando-se no final as conclusões e sugestões para trabalhos resultantes da investigação desenvolvida.

É consensual que os Lares de Idosos devem proporcionar não só a qualidade dos cuidados que prestam, mas também a qualidade de vida dos seus utentes (Kane *et al*, 2003), mas para tal é necessário que existam instrumentos que possam avaliar esse mesmo constructo. Um dos objectivos deste estudo é perceber se os idosos residentes nos lares de idosos da zona Dão Lafões têm ou não qualidade de vida.

Os objectivos do estudo pretendem:

- 1 - Caracterizar globalmente a amostra;
- 2 - Analisar quais as implicações que a institucionalização acarreta na vida dos idosos e de que forma contribuem para a sua QV;
- 3- Caracterizar o ambiente institucional dos lares de idosos pertencentes aos concelhos de Oliveira de Frades e São Pedro do Sul;
- 4 - Avaliar as causas da institucionalização;
- 5 - Caracterizar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas;
- 6 - Identificar variáveis que possam interferir na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.



## 2 - Definição da Amostra

Os idosos que são objecto deste estudo foram seleccionados de duas instituições com Lar de Idosos da região Dão Lafões, auscultando-se um total de 55 utentes, sendo que 40 utentes (72,7%) pertencem ao Lar da Santa Casa da Misericórdia de S. Pedro Sul e 15 utentes (27,3%) pertencem ao Lar da Santa Casa da Misericórdia de Oliveira de Frades.

Os critérios de selecção da amostra incluíam diferentes idosos institucionalizados cuja situação de saúde, estado psicológico e capacidade de se exprimir cognitivamente, permitisse participar no estudo.

De referir que a amostra atendendo aos objectivos coincidiu com a totalidade da população idosa institucionalizada. A amostra era constituída por indivíduos dos dois sexos, num total de 55 dos quais 36 sujeitos (65,5%) eram mulheres e 19 sujeitos (34,5%) eram homens (Quadro nº2).

## 3 – Instrumentos de recolha de dados

A aplicação do inquérito à amostra em estudo, decorreu entre os dias 17 a 27 de Abril de 2012, na totalidade das instituições de apoio e solidariedade social, com resposta social de Lar de Idosos da zona Dão Lafões.

Após a apresentação pessoal e de se verificar que os utentes satisfaziam os critérios de inclusão, procedeu-se à explicação dos objectivos em estudo, solicitando-se a sua colaboração e explicando que todos os dados fornecidos seriam anónimos, desprovidos de qualquer análise pessoal. Atendendo à realização dos 55 inquéritos, o preenchimento de cada um teve uma duração de 20 minutos em média.

Qualquer investigação tem em consideração as questões morais e éticas (Fortin, 2003), desta forma, houve a preocupação de, no desenvolvimento deste estudo, ter sempre presente o respeito pela pessoa, a garantia de anonimato e a protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano, garantindo a manutenção do anonimato dos participantes ao longo de todo o estudo, tendo em conta todos os preceitos éticos.

A recolha de dados teve por base a aplicação de um questionário (Anexo nº2) que avalia áreas distintas: dados sociodemográficos da amostra, elementos contextuais da institucionalização, recorrendo a dois instrumentos: a Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Simões, 1992) e a Escala de Qualidade de Vida



para utentes de Lar de Idosos (Kane et al., 2003; versão portuguesa de Póvoa & Martín, 2010).

O questionário elaborado pela investigadora, é constituído por vários itens e pretende efectuar a recolha de dados sociodemográficos referentes ao sexo, idade, idade da reforma, tipologia da situação de reforma, principal profissão na vida activa, estado civil, nível de escolaridade, composição do agregado familiar antes de integrar em Lar, zona de residência antes de integrar em Lar, tipo e regime de habitação, a frequência em outra resposta social, principais actividades desenvolvidas na vida activa e após institucionalização, tempo de permanência no Lar de Idosos, frequência de visitas recebidas no Lar por familiares e amigos, decisão e motivos da institucionalização e o contributo da institucionalização para o aumento da sua qualidade de vida.

A Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale) de Diener e cols. (1985), utilizada na versão original dos autores, tem uma forte consistência interna com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 (Diener, Emmons, Larsen & Griffins (1985, citado por Póvoa, 2010, p. 15). A versão portuguesa de Simões (1992) faz referência ao grau de contentamento com a maneira como tem decorrido a própria vida, por outras palavras, ao juízo subjectivo sobre a qualidade da própria vida, quando comparada com critérios estabelecidos pelo próprio sujeito. Este instrumento deixa ao sujeito a liberdade de integrar e ponderar, da forma que entender, os vários domínios da sua vida em geral e os diversos estados de espírito, de modo a chegar a um juízo global, positivo ou negativo, sobre a própria existência. É composta por 5 itens, segundo uma escala de likert de 5 pontos: discordo muito (1); discordo pouco (2); nem concordo, nem discordo (3), concordo um pouco (4); concordo muito (5). Os scores obtidos variam de 5 a 25, sendo que, quanto mais elevada a pontuação, mais elevada será a satisfação com a vida. Esta versão portuguesa (com um coeficiente alfa de Cronbach de .77) tem vindo a evidenciar índices de fidelidade e de validade adequados, aliados à simplicidade de resposta e brevidade de aplicação.

A Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos de (Kane et al., 2003, versão portuguesa de Póvoa & Martín, 2010), foi utilizada após solicitada autorização ao autor para a sua passagem tendo o consentimento sido dado a 25-05-2012. Esta avalia onze domínios da qualidade de vida de idosos institucionalizados na resposta social Lar, como: o Conforto Físico; as Competências Funcionais; a Privacidade; a Autonomia; a Dignidade; as Actividades Significativas; a Satisfação com os Alimentos; a Individualidade; os Relacionamentos; a Segurança, e o Bem-estar Espiritual. Com a excepção de três questões, todas as restantes devem ser respondidas em formato likert de 4 pontos ou em formato

dicotômico. Esta escala não tem ponto de corte definido pela autora, mas refere que quanto maior for a pontuação, melhor será a qualidade de vida da pessoa. Esta escala foi sujeita a uma tradução da língua inglesa para a língua portuguesa para posterior utilização no contexto português. Para melhor aferir o significado de cada uma das escalas apresentamos uma tabela (nº5) com o significado de cada uma delas.

Tabela nº5

### Descrição dos domínios do constructo de qualidade de vida

| <b>Domínio</b> | <b>Descrição</b> |
|----------------|------------------|
|----------------|------------------|

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Segurança</b> | Os utentes sentem-se seguros e confiantes sobre sua segurança pessoal, são capazes de circular livremente no Lar, acreditam que seus os bens estão seguros e confiam que os funcionários têm boas intenções. |
|------------------|--|

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Conforto físico</b> | Os utentes não têm dor, sintomas desconfortáveis e outros desconfortos físicos. Os utentes devem perceber que a sua dor e desconforto são observados e abordados pela equipa. Inclui estar confortável em termos de temperatura do ambiente e da posição do corpo. |
|------------------------|--|

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Satisfação com os alimentos</b> | Os utentes apreciam a hora das refeições e os alimentos servidos no Lar. |
|------------------------------------|--|

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Actividades significativas</b> | Os utentes precisam de perceber que as suas vidas são repletas de actividades interessantes e significativas para ver e fazer. O que é significativo para cada um irá diferir de acordo com o estado físico. Os utentes empenham-se em actividades discricionárias que resultam em competências de auto-afirmação ou de lazer activo, no fazer ou observação de uma actividade. Pode ainda incluir as contribuições significativas que os residentes fazem às suas famílias, no Lar ou na comunidade em geral, apesar de sua dependência física. |
|-----------------------------------|--|

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Relacionamentos</b> | Os utentes envolvem-se significativamente com outros residentes, com os funcionários, e/ou com a família e amigos que moram fora do Lar. |
|------------------------|--|

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Competências funcionais</b> | As competências funcionais, como resultado, significa que dentro dos limites das capacidades físicas e cognitivas da pessoa, o utente é tão independente quanto quer ser. Este domínio da qualidade de vida é extremamente sensível ao ambiente físico em que vivem as pessoas idosas e os cuidados que recebem, bem como as políticas adoptadas por organizações de cuidado formal. |
|--------------------------------|--|

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Dignidade</b> | Os utentes percebem que a sua dignidade está intacta e é respeitada. Não se sentem menosprezados, desvalorizados, ou humilhados. A dignidade, incorporada como uma exigência nos regulamentos internos dos Lares, refere-se à percepção de que a dignidade é respeitada, independentemente de o utente perceber ou não a dignidade. Implica o não tratamento infantilizante dos utentes. |
|------------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Privacidade</b> |  |
|--------------------|--|



Os utentes têm privacidade, podem manter as informações pessoais confidenciais, podem estar sozinhos se desejarem e podem estar com os outros em particular. Por privacidade, entende-se um conceito relacionado com a dignidade. Não se refere a ter um quarto e casa de banho privados, mas sim a experimentar uma sensação de privacidade, ou seja, ser capaz de estar sozinho ou em privado com outros quando assim deseja. São especificados quatro aspectos da vida privada, a saber, solidão, intimidade, anonimato e reserva, e sugerem-se quatro razões pela o qual esse tipo de privacidade é necessário: (i) ao exercício de autonomia; (ii) para conseguir a liberação emocional particularmente importante em momentos de perda, choque ou dor, (iii) para realizar auto avaliação, o que requer o processamento de informações privadas e reflexão, e (iv) para limitar as informações.

---

### **Individualidade**

---

Refere-se à sensação do utente ser conhecido como pessoa e ser capaz de continuar a experimentar e expressar a sua identidade e de desejar ter continuidade com o passado. Ou seja, os utentes expressam as suas preferências, prosseguem com os seus interesses passados e actuais, mantêm um senso de identidade própria e percebem que são conhecidos como indivíduos, mantendo sua própria identidade contra todas as forças que destroem o seu sentido de *eu*.

---

### **Autonomia**

---

Os utentes tomam a iniciativa e fazem as escolhas referentes à sua própria vida e cuidado, tornando-se membros activos e melhorando o seu bem-estar pessoal.

---

### **Bem-estar espiritual**

---

Embora esteja relacionado com o bem-estar psicológico e social, o bem-estar espiritual não pode ser descurado como um domínio da qualidade de vida. O bem-estar espiritual pode incorporar, ir além ou ser independente da religiosidade. Deve ter-se em conta se as necessidades e preocupações dos residentes com a religião, oração, meditação, espiritualidade e valores morais são cumpridas.

---

Fonte: Rosalie Kane (2001, citado por Póvoa, 2010)

Saliente-se que os dados foram tratados no software SPSS (Statistical Package the Social Sciences) versão 20.0, considerando-se estatisticamente significativas as análises estatísticas cuja probabilidade de significância, *p-value*, do teste fosse inferior ou igual a 0.05.

## 4- Apresentação dos resultados – análise descritiva

### 4.1 – Dados sociodemográficos

No quadro nº 2 e relativamente à idade, verifica-se que, para a amostra geral, os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 62 e os 92 anos (M=82,49; DP=6,182). Os sujeitos do sexo feminino apresentam idades compreendidas entre os 62 e os 93 anos (M=82,5; DP=6,678) enquanto os sujeitos do sexo masculino apresentam idades compreendidas entre os 73 e os 92 anos (M=82,47; DP=5,285). Na totalidade existe uma variação de 6,82 anos em relação à média.

Quadro nº 2

Distribuição da amostra por Sexo e Idade

|                      | Nº sujeitos | Idade Mínima | Idade Máxima | %    | Média | Desvio Padrão |
|----------------------|-------------|--------------|--------------|------|-------|---------------|
| <b>Idade (total)</b> | 55          | 62           | 93           |      | 82,49 | 6,182         |
| <b>Feminino</b>      | 36          | 62           | 93           | 65,4 | 82,5  | 6,678         |
| <b>Masculino</b>     | 19          | 73           | 92           | 34,5 | 82,47 | 5,285         |

No que diz respeito à idade da reforma (quadro nº 3) verifica-se que, os sujeitos do sexo feminino reformaram-se com idade mínima de 58 anos e máxima de 65 anos (M=63,83; DP=2,049), nos sujeitos do sexo masculino a idade mínima da reforma foi de 53 anos, mas contrariamente ao sexo feminino a idade máxima foi de 80 anos (M=61,47; DP= 6,159).

Quadro nº 3

Distribuição da amostra pela idade da reforma

| Idade da reforma total | Nº Sujeitos | Idade Mínima | Idade Máxima | Média | Desvio Padrão |
|------------------------|-------------|--------------|--------------|-------|---------------|
|                        | 55          | 53           | 80           | 63,02 | 4,080         |
| <b>Feminino</b>        |             | 58           | 65           | 63,83 | 2,049         |
| <b>Masculino</b>       |             | 53           | 80           | 61,47 | 6,159         |

Relativamente à tipologia da reforma dos sujeitos (quadro nº 4) verifica-se em ambos os sexos maior número de situações na reforma por velhice (F=25; M=10) representando 63,6% do total dos inquiridos, sendo este um apoio pecuniário pago às pessoas com mais de

65 anos que tenham descontado durante pelo menos 15 anos para a Segurança Social. Com um valor mais baixo encontra-se a tipologia de reforma por invalidez (F e M = 7), representando 25,5%, os restantes 10,9% são assumidos por outras tipologias.

Quadro nº 4  
Tipologia da situação de reforma

|                  | F  | M  | Nº sujeitos por tipologia | Percentagem % |
|------------------|----|----|---------------------------|---------------|
| <b>Invalidez</b> | 7  | 7  | 14                        | 25,5          |
| <b>Social</b>    | 1  | 0  | 1                         | 1,8           |
| <b>Velhice</b>   | 25 | 10 | 35                        | 63,6          |
| <b>Outra</b>     | 3  | 2  | 5                         | 9,1           |
| <b>Total</b>     |    |    | 55                        | 100,0         |

No que diz respeito à principal profissão desenvolvida na vida activa (quadro nº 5) poder-se-á aferir que a grande maioria dos sujeitos integrados em Lar viveram da agricultura 24 (43,6%), dados que poderão relacionar-se com a falta de recursos económicos para poder sair da zona habitacional, associado à falta de oportunidades para poder exercer outra profissão, e também ao baixo nível de escolaridade como poderemos analisar no quadro nº 7. A análise desagregada mostrou ainda que um número elevado de idosos do sexo feminino (8) teve como actividade principal cuidar da casa e dos filhos (doméstica) com 14,5%. 4 dos utentes eram empregados fabris (7,3%), com 3,6% verificou-se a existência de profissões como, funcionários públicos, comerciantes e costureiros. Outras profissões como (tecedeira, serralheiro mecânico, sapateiro, PSP, pastora, padeiro, motorista, mecânico, maquinista de navio, empregado de balcão, despachante de alfandega, carpinteiro e ajudante de cozinha) aparecem no estudo como uma percentagem de 1,8% cada.

Quadro nº 5  
Principal profissão na vida activa

| Profissão                | Nº Sujeitos | Percentagem % |
|--------------------------|-------------|---------------|
| Agricultor(a)            | 24          | 43,6          |
| Ajudante cozinha         | 1           | 1,8           |
| Carpinteiro              | 1           | 1,8           |
| Comerciante              | 2           | 3,6           |
| Costureiro(a)            | 2           | 3,6           |
| Despachante de Alfandega | 1           | 1,8           |
| Doméstica                | 8           | 14,5          |
| Empregado(a) balcão      | 1           | 1,8           |
| Empregado(a) fabril      | 4           | 7,3           |
| Funcionário público      | 2           | 3,6           |
| Maquinista de navio      | 1           | 1,8           |
| Mecânico                 | 1           | 1,8           |
| Motorista                | 1           | 1,8           |
| Padeiro(a)               | 1           | 1,8           |
| Pastora                  | 1           | 1,8           |
| PSP                      | 1           | 1,8           |
| Sapateiro                | 1           | 1,8           |
| Serralheiro mecânico     | 1           | 1,8           |
| Tecedeira                | 1           | 1,8           |
| <b>Total</b>             | <b>55</b>   | <b>100,0</b>  |

No que se refere aos dados relativos ao estado civil da amostra global, estes indicam que a maior parte dos sujeitos, ou seja, 35 (63,6%), são viúvos. De entre os restantes, 13 (23,6%) eram solteiros, 5 (9,1%) casados e 2 (3,6%) separados/divorciados. Na análise por sexos verificámos que a maior parte dos sujeitos do sexo feminino, ou seja, 23 eram viúvos, e de entre os restantes 9 eram solteiros, 3 eram casados e 1 divorciado. Também do sexo masculino 12 eram viúvos, sendo que, de entre os restantes, 4 eram solteiros, 2 eram casados, e 1 divorciado (quadro nº 6).

Quadro nº 6  
Estado Civil da amostra

| Estado Civil             | Total |       | Feminino |       | Masculino |       |
|--------------------------|-------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|                          | N     | %     | N        | %     | N         | %     |
| Solteiro                 | 13    | 23,6% | 9        | 25%   | 4         | 21,1% |
| Casado/união<br>de facto | 5     | 9,1%  | 3        | 8,3%  | 2         | 10,5% |
| Viúvo                    | 35    | 63,6% | 23       | 63,9% | 12        | 63,2% |
| Separado/<br>Divorciado  | 2     | 3,6%  | 1        | 2,8%  | 1         | 5,3%  |

Quanto ao nível de escolaridade, verifica-se que, para a amostra geral, os valores estavam compreendidos entre 11 (20%) sujeitos que não frequentaram o ensino e 1 (1,8%) sujeito que possui um curso superior. Os sujeitos do sexo feminino apresentam um nível de escolaridade que se situa entre 9 (16%) que não frequentaram o ensino e 1 (1,8%) em que a escolaridade máxima foi o nível secundário e os sujeitos do sexo masculino apresentam um nível de escolaridade compreendido entre 2 (3,6%) que não frequentaram o ensino e 1 (1,8%) com grau superior. A maioria (37) dos sujeitos possui o 1º ciclo do ensino básico, correspondendo a 67,3% (quadro nº 7).

Quadro nº 7  
Nível de Escolaridade da amostra

|           |    | ESCOLARIDADE            |                        |                        |                   |                 |       |      |
|-----------|----|-------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------|------|
|           |    | Não frequentou o ensino | 1º Ciclo ensino básico | 2º Ciclo ensino básico | Ensino Secundário | Ensino Superior | Outra |      |
| Feminino  | Nº | 9                       | 25                     | 0                      | 1                 | 0               | 1     |      |
| Masculino | Nº | 2                       | 12                     | 3                      | 1                 | 1               | 0     |      |
| Total     |    | 11                      | 37                     | 3                      | 2                 | 1               | 1     |      |
|           |    | %                       | 20,0%                  | 67,3%                  | 5,5%              | 3,6%            | 1,8%  | 1,8% |

No que diz respeito à composição do agregado familiar antes de integrar na Instituição (quadro nº 8), poder-se-á verificar que 22 (40,0%) viviam sozinhos nas suas habitações, 11 (20,0%) viviam com os filhos, 8 (14,5%) viviam com o respectivo cônjuge, 3 (5,5%) viviam com sobrinhos e 11 (20,0%) viviam com outros elementos. Através do quadro nº 9 verifica-se que a proveniência predominante dos sujeitos era a zona rural 41 (74,5%), comparativamente com a proveniência de sujeitos da zona urbana com 14 (25,5%). Verifica-se a predominância daqueles que vivem sós.

Quadro nº 8  
Composição do agregado familiar antes de integrar na Instituição

|              | Nº Sujeitos | Percentagem<br>% |
|--------------|-------------|------------------|
| Cônjuge      | 8           | 14,5             |
| Filhos       | 11          | 20,0             |
| Sobrinhos    | 3           | 5,5              |
| Só           | 22          | 40,0             |
| Outra        | 11          | 20,0             |
| <b>Total</b> | <b>55</b>   | <b>100,0</b>     |

Quadro nº 9  
Zona de residência antes de integrar em Lar

|          |    | Zona Urbana | Zona Rural |
|----------|----|-------------|------------|
| Sujeitos | Nº | 14          | 41         |
|          | %  | 25,5%       | 74,5%      |

O quadro nº 10 demonstra a tipologia da habitação dos sujeitos antes de integrarem em Lar, sendo que 43 (78,2%) vivia numa moradia, 7 (12,7%) numa vivenda e 5 (9,1%) num apartamento. No que diz respeito ao regime habitacional 36 (65,4%) dos sujeitos habitavam em casa própria, 10 (18,2%), residiam em casa partilhada, 5 (9,1%) dos sujeitos viviam numa casa cedida por outro e 4 (7,3%) viviam em casa alugada (quadro nº 11).

Quadro nº 10  
Tipo de habitação anterior

| Tipo de habitação | Nº Sujeitos | Percentagem  |
|-------------------|-------------|--------------|
|                   |             | %            |
| Vivenda           | 7           | 12,7         |
| Moradia           | 43          | 78,2         |
| Apartamento       | 5           | 9,1          |
| <b>Total</b>      | <b>55</b>   | <b>100,0</b> |

Quadro nº 11  
Regime Habitacional

|              | Nº Sujeitos | Percentagem  |
|--------------|-------------|--------------|
|              |             | %            |
| Própria      | 36          | 65,4         |
| Alugada      | 4           | 7,3          |
| Cedida       | 5           | 9,1          |
| Partilhada   | 10          | 18,2         |
| <b>Total</b> | <b>55</b>   | <b>100,0</b> |

Do quadro nº 12 poder-se-á concluir que 39 (70,9%) dos sujeitos não frequentaram qualquer outra resposta social antes de integrarem em Lar, sendo que, 16 (29,1%) dos sujeitos responderam afirmativo, dos quais 13 (23,6%) frequentaram o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), 2 (3,6%) frequentaram um Centro Dia e 1 (1,8%) esteve integrado num Centro de Noite. Relativamente ao tempo de permanência nessas respostas sociais antes de integrarem no Lar, 14,5% dos indivíduos permaneceram por um período de seis meses a um ano, 7,3% dos sujeitos permaneceram mais de dois anos, 3,6% por um período de um ano a dois anos e 3,6% permaneceram por um período de menos de seis meses. A média do período de frequência (2,50) ainda que com alguma dispersão, dá conta de que os sujeitos que frequentam respostas sociais (29,1%) antes de entrar no lar permaneceram nessa resposta de seis meses a um ano.

Quadro nº 12  
**Tipologia e frequência em outra Resposta Social antes de integrar em Lar**

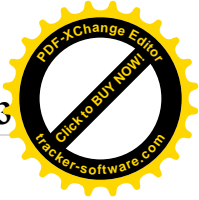
|              | Nº Sujeitos | Percentagem<br>% |
|--------------|-------------|------------------|
| Sim          | 16          | 29,1             |
| Não          | 39          | 70,9             |
| <b>Total</b> | <b>55</b>   | <b>100,0</b>     |

| SAD |       | Centro Dia |      | Centro Noite |      |
|-----|-------|------------|------|--------------|------|
| 13  | 23,6% | 2          | 3,6% | 1            | 1,8% |

Quadro nº 13  
**Durante quanto tempo**

| Período de frequência na resposta social | Nº Sujeitos | Percentagem<br>% | Média       | Desvio Padrão |
|--|-------------|------------------|-------------|---------------|
| Menos de seis meses                      | 2           | 3,6              |             |               |
| De seis meses a um ano                   | 8           | 14,5             |             |               |
| Um ano a dois anos                       | 2           | 3,6              |             |               |
| Mais de dois anos                        | 4           | 7,3              |             |               |
| <b>Total</b>                             | <b>16</b>   | <b>29,1</b>      | <b>2,50</b> | <b>1,033</b>  |

Da análise do quadro nº 14 poderemos aferir que uma grande percentagem de sujeitos manteve um conjunto de actividades diversificadas durante a sua vida activa. 27 (49,1%) sujeitos iam regularmente contra 24 (43,6%) que o faziam esporadicamente, 24 (43,6%) deles passeavam/viajavam com regularidade, 11 (20%) faziam-no menos de uma vez por mês, contra 19 (34,5%) que o faziam esporadicamente. A actividade desporto não se verificou ser realizada com frequência, não sendo usual a prática de desporto em indivíduos com estas idades. No que diz respeito à participação nas actividades da igreja 38 (69,1%) dos residentes mencionou fazê-lo regularmente e 9 (16,4%) deles pelo menos uma vez por semana, denotando-se a importância que a religião e a participação nas actividades da igreja representavam, contra 7 (12,7%) sujeitos que só esporadicamente participava. 33 (60,1%) idosos faziam trabalhos manuais, mesmo que não regularmente, tinham essa actividade como



forma de passarem o tempo, contrariamente aos 22 (40%) que esporadicamente ou nunca se interessaram por executar trabalhos manuais. Apesar de menos visível 4 (7,3%) idosos referiram gostar de visitar exposições e frequentar o teatro fazendo-o antes de integrar em lar, com regularidade. Ouvir música 48 (87,3%) e sair/conversar com os amigos 53 (96,4%) são outro tipo de dinâmicas que os sujeitos realizavam regularmente, descrevendo-as como sendo fundamentais para a própria manutenção do dia-a-dia. A realização de voluntariado, não se verificou ser uma acção com grande participação, tendo-se verificado que 54 (98,2%) deles não o faziam ou só esporadicamente.

No que diz respeito às mesmas actividades realizadas após a institucionalização poder-se-á aferir que agora só 14 (25,5%) sujeitos leem com regularidade, tal situação de acordo com a amostra observada pode ser causada pelo agravamento do seu estado de saúde, nomeadamente ao nível da visão, falta de motivação para o fazer ou à inexistência de uma biblioteca dentro do espaço residencial. Os passeios/viagens são quase inexistentes, sendo que apenas 12 (21,8%) o faz uma vez por mês ou até menos do que uma vez por mês e algumas vezes porque são os familiares a proporcionar essas mesmas viagens, o que poderá relacionar-se com o valor dos apoios económicos, significando menos dinheiro, já que agora têm mais tempo disponível.

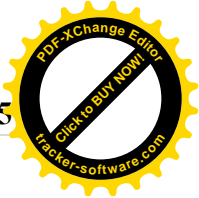
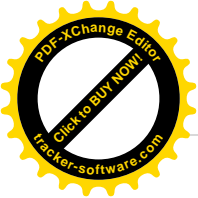
A participação nas actividades da igreja continua a ser uma actividade realizada com grande frequência 52 (94,5%) elementos fazem-no regularmente ou pelo menos uma vez por semana, indo um sacerdote/pároco da freguesia semanalmente celebrar com os idosos dentro das instalações do Lar, facilitando deste modo a frequência de um elevado número de participantes. A realização de trabalhos manuais comparativamente com o que faziam no domicílio sofreu uma diminuição acentuada, de 25 (45,5%) sujeitos que o faziam regularmente, agora só 1 (1,8%) é que o faz, referindo os idosos que “não me apetece, já fiz muito, agora as mãos não deixam, a vista não permite, ...”. Ouvir música 44 (80%) e sair/conversar com os amigos 55 (100%) continuam a ser actividades realizadas regularmente dentro e fora da instituição que os residentes apreciam, mencionando ser uma forma de não perder contacto e de passar o tempo. Visitar exposições e fazer voluntariado continuam a ser dinâmicas com pouca aderência, agravado pelo facto de estar institucionalizado.

As actividades principais e mais coincidentes e que traduzem um percurso semelhante são sair/conversar com os amigos, depois ouvir música e em terceiro lugar participar nas actividades da igreja.

Quadro nº 14  
Principais actividades desenvolvidas durante a vida activa (A) e actualmente (H)

| Actividades                        | Regularmente |             | 1x semana  |            | 1 x mês   |            | Menos de 1x por mês |            | Esporadicamente |             |
|------------------------------------|--------------|-------------|------------|------------|-----------|------------|---------------------|------------|-----------------|-------------|
|                                    | A            | H           | A          | H          | A         | H          | A                   | H          | A               | H           |
| a) Ler                             | 27<br>49,1%  | 14<br>25,5% | 0          | 0          | 0         | 1<br>1,8%  | 4<br>7,3%           | 5<br>9,1%  | 24<br>43,6%     | 35<br>63,6% |
| b) Passear/Viajar                  | 24<br>43,6%  | 0           | 0          | 0          | 1<br>1,8% | 6<br>10,9% | 11<br>20%           | 6<br>10,9% | 19<br>34,5%     | 43<br>78,2% |
| c) Fazer desporto                  | 0            | 1<br>1,8%   | 2<br>3,6%  | 0          | 0         | 0          | 1<br>1,8%           | 0          | 52<br>94,5%     | 54<br>98,2% |
| d) Participar nas activ. da Igreja | 38<br>69,1%  | 45<br>81,8% | 9<br>16,4% | 7<br>12,7% | 0         | 0          | 1<br>1,8%           | 0          | 7<br>12,7%      | 3<br>5,5%   |
| e) Fazer trabalhos manuais         | 25<br>45,5%  | 1<br>1,8%   | 1<br>1,8%  | 0          | 3<br>5,5% | 1<br>1,8%  | 4<br>7,3%           | 1<br>1,8%  | 22<br>40%       | 52<br>94,5% |
| f) Visitar exposições              | 3<br>5,5%    | 0           | 0          | 0          | 0         | 0          | 1<br>1,8%           | 0          | 51<br>92,7%     | 55<br>100%  |
| g) Ouvir música                    | 48<br>87,3%  | 44<br>80%   | 0          | 2<br>3,6%  | 1<br>1,8% | 0          | 1<br>1,8%           | 4<br>7,3%  | 5<br>9,1%       | 5<br>9,1%   |
| h) Fazer voluntariado              | 1<br>1,8%    | 0           | 0          | 1<br>1,8%  | 0         | 0          | 0                   | 0          | 54<br>98,2%     | 54<br>98,2% |
| i) Sair/Conversar com amigos       | 53<br>96,4%  | 55<br>100%  | 0          | 0          | 0         | 0          | 1<br>1,8%           | 0          | 1<br>1,8%       | 0           |
| Outra: Teatro                      | 1<br>1,8%    | 0           | 0          | 0          | 0         | 0          | 0                   | 0          | 54<br>98,2%     | 55<br>100%  |

Relativamente ao tempo de institucionalização (quadro nº 15), verifica-se que, para a amostra global, o tempo de permanência na instituição está compreendido entre menos de um mês e mais de dez anos, sendo que o intervalo de tempo mais expressivo é o de um ano a três anos (30,9%) abrangendo 17 indivíduos.



Quadro nº 15  
Tempo de permanência no Lar

|                          | Nº Sujeitos | Percentagem<br>% |
|--------------------------|-------------|------------------|
| Menos de um mês          | 1           | 1,8              |
| De um mês a seis meses   | 9           | 16,4             |
| De seis meses a um ano   | 6           | 10,9             |
| De um ano a três anos    | 17          | 30,9             |
| De três anos a seis anos | 9           | 16,4             |
| De seis anos a dez anos  | 8           | 14,5             |
| Mais de dez anos         | 5           | 9,1              |
| <b>Total</b>             | <b>55</b>   | <b>100,0</b>     |

Quanto à partilha do quarto, 25,5% ou seja, 14 idosos responderam que Não, que dormem em quartos individuais. Os restantes 41, ou seja, 74,5%, responderam que Sim. A análise estatística desagregada mostrou ainda que, 40% partilham o quarto com mais uma pessoa, 9,1% partilham com mais duas pessoas, 20% partilham o quarto com mais três residentes e 5,4% partilha o quarto com quatro ou mais pessoas (quadro nº 16).

Quadro nº 16  
Partilha do quarto em Instituição

|              | Nº Sujeitos | Percentagem<br>% |
|--------------|-------------|------------------|
| Sim          | 41          | 74,5             |
| Não          | 14          | 25,5             |
| <b>Total</b> | <b>55</b>   | <b>100,0</b>     |

Os resultados relativos à decisão da institucionalização demonstram que, na amostra global a maioria dos sujeitos respondeu que veio para a instituição “de acordo com a sua vontade” opção de resposta apontada por 26 (47,3%) dos sujeitos. Por seu lado 18 dos sujeitos (32,7%) informaram ter integrado em instituição por “opção própria”. De igual modo 5 (9,1%) sujeitos optaram pela resposta “opção de familiares” e 6 (10,9%) responderam “foi contra a minha vontade” (quadro nº 17).

Verifica-se através dos dados obtidos, que a opção de decisão de integração em Lar começa a ser uma opção para os próprios idosos, que a vêem como uma alternativa conforme é possível verificar.

Quadro nº 17  
Decisão da Institucionalização

|                               | Nº Sujeitos | Percentagem<br>% |
|-------------------------------|-------------|------------------|
| Opção própria                 | 18          | 32,7             |
| Opção dos familiares          | 5           | 9,1              |
| De acordo com a minha vontade | 26          | 47,3             |
| Contra a minha vontade        | 6           | 10,9             |
| <b>Total</b>                  | <b>55</b>   | <b>100,0</b>     |

Para a análise da resposta “motivos que levaram à integração em Lar” foi definido que à resposta “discordo muito” correspondia o nº 1, à resposta “discordo pouco” correspondia o nº 2, para a resposta “nem concordo nem discordo” correspondia o nº 3, para a resposta “concordo um pouco” correspondia o nº 4 e para a opção “concordo muito” correspondia o nº 5. Os resultados demonstram que para a amostra global, a resposta mais frequente na opção Concordo Muito, foi o “agravamento das suas condições de saúde”, apontada por 48 (87,3%) sujeitos, seguida da resposta “para não incomodar familiares e amigos”, referida por 56 (83,7%) sujeitos. De seguida, 44 (80,0%) sujeitos apontaram a resposta “alteração da sua estrutura familiar”, 28 (51,1%) sujeitos referiram o facto “de não haver existência de uma rede de suporte informal”. 30 (54,6%) referiram “questões de isolamento e distância” como motivo para integrar em lar. 23 (41,8%) dos sujeitos revelaram como causa a “insuficiência/desadaptação da habitação”. A inexistência de uma rede de suporte informal



(vizinhos, amigos, ...) também é considerada um motivo relevante com 8 (14,5%) sujeitos. Por fim e com 6 (9,9%) sujeitos está a opção “insuficiência de serviços de apoio formal”.

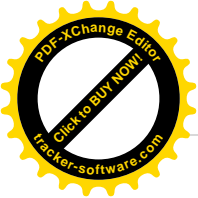
Verifica-se por referência à população estudada que relativamente aos factores conducentes à institucionalização constata-se a existência de factores físicos, factores psicológicos, familiares e sociais. O agravamento das condições de saúde foi enunciada como uma das causas de ordem física, que conduz à necessidade de procurar ajuda, que culminou nestes casos na ida para um lar. Também a vida em casal, leva a que muitas vezes cuidar do cônjuge com dependência total seja impossível de lhe assegurar todos os cuidados. O isolamento e a distância, sobretudo após a viuvez associadas à incapacidade de gestão de medicação foram os factores psicológicos que se evidenciaram mais no discurso dos idosos.

No que diz respeito aos factores familiares, os idosos sentiam apoio familiar antes de ingressarem na instituição, contudo este apoio revelou-se insuficiente, decorrente de todas as alterações familiares existentes. Contudo em alguns destes casos, os filhos que vivem longe demonstraram vontade que os seus pais se deslocassem da sua aldeia e fossem viver com eles, mas estes não aceitaram desenraizar-se, preferindo o lar local. Noutros casos foi a indisponibilidade de tempo, porque os filhos empregados não conseguem disponibilizar-se, decorrente dos estilos de vida actuais, não querendo os pais incomodar os seus familiares. Esta alteração de valores na sociedade e mudança de estilos de vida conduz a que os idosos preferissem o Lar do que tornar-se um peso na vida dos seus familiares. Relativamente aos factores sociais, era denotado o apoio dos vizinhos, mas insuficiente, resumindo-se muitas vezes a chamar por socorro numa situação de queda ou de doença súbita.

Quadro nº 18  
**Motivos que levaram à integração em Lar**

| Causas da Institucionalização  | Discordo muito                       |             | Discordo pouco |           | Nem concordo nem discordo |           | Concordo um pouco |           | Concordo muito |             | Total      | Média | Desvio Padrão |
|--|--------------------------------------|-------------|----------------|-----------|---------------------------|-----------|-------------------|-----------|----------------|-------------|------------|-------|---------------|
|  | F                                    | M           | F              | M         | F                         | M         | F                 | M         | F              | M           |            |       |               |
|  | Alterações da sua estrutura familiar | 8<br>14,5%  | 0<br>0%        | 0<br>0%   | 0<br>0%                   | 1<br>1,8% | 0<br>0%           | 2<br>3,6% | 0<br>0%        | 25<br>45,5% |            |       |               |
| Questões de isolamento/distância   | 11<br>20%                            | 5<br>9,1%   | 2<br>3,6%      | 0<br>0%   | 1<br>1,8%                 | 1<br>1,8% | 2<br>3,6%         | 3<br>5,5% | 20<br>36,4%    | 10<br>18,2% | 55<br>100% | 3,56  | 1,793         |
| Insuficiência/desadaptação das condições da sua habitação                  | 14<br>25,5%                          | 9<br>16,4%  | 1<br>1,8%      | 0<br>0%   | 1<br>1,8%                 | 0<br>0%   | 5<br>9,1%         | 2<br>3,6% | 15<br>27,3%    | 8<br>14,5%  | 55<br>100% | 3,11  | 1,882         |
| Agravamento das suas condições de saúde                                    | 0<br>0%                              | 2<br>3,6%   | 1<br>1,8%      | 0<br>0%   | 2<br>3,6%                 | 1<br>1,8% | 1<br>1,8%         | 0<br>0%   | 32<br>58,2%    | 16<br>29,1% | 55<br>100% | 4,67  | ,944          |
| Insuficiência de serviços de apoio formais (SAD, Centro Dia, Centro Saúde) | 29<br>52,7%                          | 15<br>27,3% | 2<br>3,6%      | 1<br>1,8% | 1<br>1,8%                 | 1<br>1,8% | 0<br>0%           | 0<br>0%   | 4<br>7,3%      | 2<br>3,6%   | 55<br>100% | 1,56  | 1,288         |
| Inexistência de uma rede de suporte informal (familiares)                  | 14<br>27,3%                          | 4<br>7,3%   | 4<br>7,3%      | 0<br>0%   | 1<br>1,8%                 | 0<br>0%   | 2<br>3,6%         | 1<br>1,8% | 14<br>25,5%    | 14<br>25,5% | 55<br>100% | 3,31  | 1,875         |
| Inexistência de uma rede de suporte informal (vizinhos, amigos, ...)       | 26<br>47,3%                          | 13<br>23,6% | 3<br>5,5%      | 2<br>3,6% | 1<br>1,8%                 | 1<br>1,8% | 0<br>0%           | 1<br>1,8% | 6<br>10,9%     | 2<br>3,6%   | 55<br>100% | 1,80  | 1,458         |
| Para não incomodar familiares e amigos                                     | 3<br>5,5%                            | 3<br>5,5%   | 0<br>0%        | 0<br>0%   | 1<br>1,8%                 | 1<br>1,8% | 1<br>1,8%         | 0<br>0%   | 31<br>56,4%    | 15<br>27,3% | 55<br>100% | 4,47  | 1,289         |

Relativamente ao número de visitas que os sujeitos recebem (quadro nº 19), a amostra global indica que 11 (22%) dos sujeitos recebem visitas uma vez por semana, 3 (6,0%) sujeitos recebem visitas duas ou três vezes por semana, 7 (14,0%) recebem uma ou duas vezes mês, sendo que 29 (58%) deles não têm visitas com regularidade. 5 (9,1%) dos residentes não têm qualquer visita.



Quadro nº 19  
Regularidade das visitas

| Recebe Visitas | Quantas vezes  |                           |                       |       | Total |
|----------------|----------------|---------------------------|-----------------------|-------|-------|
|                | Uma vez semana | Duas ou três vezes semana | Uma ou duas vezes mês | Outra |       |
| Sim            | 11             | 3                         | 7                     | 29    |       |
| Não            |                |                           |                       |       | 5     |
| % Total        | 22,0%          | 6,0%                      | 14,0%                 | 58,0% | 9,1%  |

Relativamente ao quadro “grau de relacionamento dos visitantes” a resposta com maior percentagem (44%) é referente ao grupo dos filhos, netos, irmãos e cônjuge, seguindo do grupo amigos e vizinhos com 29%, seguidamente os primos e sobrinhos com 20%, os restantes 7% referem não receber visitas.

Quadro nº 20  
Grau de relacionamento dos “visitantes” com os idosos

| Grau parentesco                 | Frequência | Percentagem |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Filhos, netos, irmãos e cônjuge | 31         | 44%         |
| Primos e sobrinhos              | 14         | 20%         |
| Amigos e vizinhos               | 21         | 29%         |
| Não recebem visitas             | 5          | 7%          |
| Total                           | 71         | 100%        |

Relativamente à questão “de que forma a sua institucionalização contribuiu para a QV” a auscultação realizada à amostra demonstrou que a resposta mais frequente na opção “Concordo Muito” dentro dos factores que mais contribuíram para a institucionalização, destacam-se “proporciona a manutenção da sua autonomia pessoal” com 54 (98,1%) dos sujeitos. Com 50 (90,8%) das respostas os sujeitos seleccionaram a opção “permite aliviar os familiares de tarefas de apoio”, seguidamente com 48 (87,3%) aparece a opção promove o aumento do bem-estar. Analisando a estatística da distribuição da amostra esta revela por referência aos valores de média e desvio padrão que estes foram os motivos que mais

contribuíram para a qualidade de vida dos utentes. A opção “facilita o acesso a novas amizades” contribui para a QV de acordo com 43 (78,2%) dos sujeitos. De acordo com 41 (74,5%) residentes “proporciona novas actividades de lazer/ocupação”, para 40 (72,7%) “permite a participação e a tomada de decisões/opções na vida institucional”, 38 (69,1%) dos sujeitos refere que a integração em lar facilita o acesso a serviços vários, ao nível da saúde, protecção, informação, cuidados,..., por fim, 31 (56,4%) dos sujeitos refere que a institucionalização “permite beneficiar de uma alimentação adequada”.

Quadro nº 21  
De que forma a institucionalização contribuiu para a sua QV

| Elementos<br>consequentes da<br>Institucionalização                        | Discordo muito                     |           | Discordo pouco |           | Nem concordo nem discordo |           | Concordo um pouco |           | Concordo muito |             | Média | Desvio Padrão |
|--|------------------------------------|-----------|----------------|-----------|---------------------------|-----------|-------------------|-----------|----------------|-------------|-------|---------------|
|  | F                                  | M         | F              | M         | F                         | M         | F                 | M         | F              | M           |       |               |
|  | Facilita o acesso a novas amizades | 1<br>1,8% | 1<br>1,8%      | 1<br>1,8% | 1<br>1,8%                 | 1<br>1,8% | 2<br>3,6%         | 2<br>3,6% | 3<br>5,5%      | 31<br>56,4% |       |               |
| Proporciona a manutenção da sua autonomia pessoal                          | 0<br>0%                            | 0<br>0%   | 0<br>0%        | 0<br>0%   | 1<br>1,8%                 | 0<br>0%   | 0<br>0%           | 0<br>0%   | 35<br>63,6%    | 19<br>34,5% | 4,96  | ,270          |
| Proporciona novas actividades de lazer/ocupação                            | 2<br>3,6%                          | 0<br>0%   | 1<br>1,8%      | 1<br>1,8% | 4<br>7,3%                 | 3<br>5,5% | 1<br>1,8%         | 2<br>3,6% | 28<br>50,9%    | 13<br>23,6% | 4,44  | 1,085         |
| Permite aliviar os familiares de tarefas de apoio                          | 1<br>1,8%                          | 2<br>3,6% | 0<br>0%        | 0<br>0%   | 1<br>1,8%                 | 1<br>1,8% | 0<br>0%           | 0<br>0%   | 34<br>61,8%    | 16<br>29,1% | 4,71  | ,975          |
| Facilita o acesso a serviços (saúde, protecção, inf. jurídica, cuidados)   | 2<br>3,6%                          | 2<br>3,6% | 1<br>1,8%      | 0<br>0%   | 11<br>20%                 | 3<br>5,5% | 0<br>0%           | 0<br>0%   | 22<br>40%      | 16<br>29,1% | 4,29  | 1,133         |
| Promove o aumento do bem-estar   | 1<br>1,8%                          | 0<br>0%   | 0<br>0%        | 0<br>0%   | 1<br>1,8%                 | 0<br>0%   | 3<br>5,5%         | 2<br>3,6% | 31<br>56,4%    | 17<br>30,9% | 4,80  | ,650          |
| Permite a participação e a tomada de decisões/opções na vida institucional | 2<br>3,6%                          | 0<br>0%   | 0<br>0%        | 0<br>0%   | 10<br>18,2%               | 1<br>1,8% | 2<br>3,6%         | 0<br>0%   | 22<br>40%      | 18<br>32,7% | 4,42  | 1,049         |
| Permite beneficiar de uma alimentação adequada                             | 0<br>0%                            | 1<br>1,8% | 1<br>1,8%      | 1<br>1,8% | 9<br>16,4%                | 4<br>7,3% | 4<br>7,3%         | 4<br>7,3% | 22<br>40%      | 9<br>16,4%  | 4,20  | 1,043         |

## 4.2 - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

No presente estudo a análise da consistência interna relativa à escala de satisfação com a vida apresentou um valor de alfa de cronbach de .80 (ver quadro nº 22) o que de acordo com Pestana e Gageiro (2003) se situa num nível bom.

Refira-se ainda que este valor de consistência interna por nós obtido aproxima-se muito do valor que é referido pelos autores da escala, nomeadamente .87 (Diener et al., 1985). Acrescentamos ainda que este resultado traduz um nível de alfa de cronbach superior ao resultado de Simões, que após redução das alternativas de resposta de sete para cinco, encontrou um valor de consistência interna de .77.

Da análise do quadro nº 22 mais de metade da amostra refere estar satisfeito com a vida (M=18,76), ou seja, mais de metade da amostra em relação a um score de 25 (nível máximo de satisfação com a vida) apresenta um valor médio de satisfação de 18,76, o que informa que a amostra tem uma atitude positiva relativamente à sua vida, mesmo considerando o valor do desvio padrão, a média é sempre superior.

Quadro nº 22

### Escala de Satisfação com a Vida

| Domínios da QV                                    | Discordo muito | Discordo pouco | Nem concordo nem discordo | Concordo um pouco | Concordo muito | Média        | Desvio Padrão | Alfa de Cronbach |
|---|----------------|----------------|---------------------------|-------------------|----------------|--------------|---------------|------------------|
| A minha vida parece-se, em quase tudo, ...        | 7<br>12,7%     | 5<br>9,1%      | 4<br>7,3%                 | 20<br>36,4%       | 19<br>34,6     | 3,71         | 1,370         | ,727             |
| As minhas condições de vida são muito boas        | 7<br>10,9%     | 1<br>1,8%      | 9<br>16,3%                | 13<br>23,7%       | 26<br>47,3%    | 3,95         | 1,311         | ,712             |
| Estou satisfeito(a) com a minha vida              | 7<br>12,7%     | 1<br>1,8%      | 8<br>14,5%                | 10<br>18,2%       | 29<br>52,7%    | 3,96         | 1,387         | ,713             |
| Até agora, tenho conseguido as coisas importantes | 4<br>7,3%      | 3<br>5,5%      | 8<br>14,5%                | 16<br>29,1%       | 24<br>29,1%    | 3,96         | 1,217         | ,716             |
| Se eu pudesse recomeçar a minha vida, ...         | 13<br>23,7%    | 8<br>14,5%     | 8<br>14,5%                | 8<br>14,5%        | 18<br>32,7%    | 3,18         | 1,600         | ,906             |
| <b>Total (5 itens)</b>                            |                |                |                           |                   |                | <b>18,76</b> | <b>5,160</b>  | <b>,801</b>      |

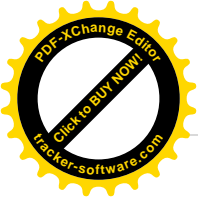


### 4.3 - Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos

Para a análise das medidas das sub-escalas (quadro nº 23) e para melhor análise dos resultados, foram reduzidas as possibilidades de resposta do instrumento, utilizando uma variável dicotómica (Sim/Não), sendo que a opção Sim, inclui (muitas vezes, às vezes e maioria sim) correspondendo ao valor 1 e a opção Não, inclui (raramente, nunca e maioria não) corresponde ao valor 2. À opção (não sei e não respondo) corresponde um value 0, sendo o zero absoluto.

A análise desenvolvida em torno da escala de qualidade de vida pretendeu aferir a homogeneidade dos itens das sub-escalas, ou seja, pretendeu-se estudar se cada um dos itens que compõem um domínio de uma sub-escala tem a mesma direcção que as restantes que compõem o factor de domínio. Para tal vai estimar-se a confiabilidade da escala, a partir da nossa amostra.

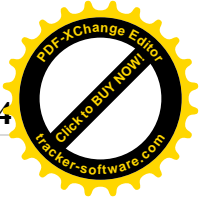
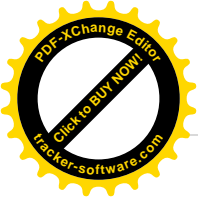
O Alfa de Cronbach é uma medida de consistência interna do instrumento (escala), ou seja, indica o grau de confiança que se pode depositar na escala. Perante os valores apresentados e da análise da homogeneidade dos itens mantiveram-se as onze sub-escalas. O quadro nº 23 descreve a análise de fiabilidade global, quanto maior for o *score* do somatório dos itens de cada domínio, melhor será a qualidade de vida. As medidas de consistência interna alfa de cronbach de cada domínio são sempre superiores a 0,700, excepto a escala de conforto, com pouca consistência, ou seja, pouca validade interna (0,613), uma vez que, e de acordo com a amostra, o conceito de conforto é subjectivo e depende em grande parte da percepção da pessoa que está a viver a situação, mas também à forma como as questões são colocadas, nomeadamente, o item nº 6, que o tipo de resposta é diferente das anteriores. Também a escala de segurança e a escala das actividades significativas, têm pouca consistência com alfa inferior a 0,600.



## Quadro nº 23

## Alfa de Cronbach para a escala de QV em Lar de Idosos

| ESCALA                                | ALFA DE CRONBACH |
|---------------------------------------|------------------|
| Escala de Conforto                    | ,613             |
| Escala de Competências Funcionais     | ,976             |
| Escala de Privacidade                 | ,862             |
| Escala de Dignidade                   | ,887             |
| Escala de Atividades Significativas   | ,579             |
| Escala de Relacionamento              | ,790             |
| Escala de Autonomia                   | ,779             |
| Escala de Satisfação com os alimentos | ,898             |
| Escala de Bem-Estar Espiritual        | ,729             |
| Escala de Segurança                   | ,524             |
| Escala de Individualidade             | ,993             |



#### 4.4 – Inferência estatística

Com o intuito de investigar quais as dimensões que podem interferir na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, tendo por base algumas variáveis sociodemográficas, considerou-se pertinente realizar a inferência estatística através do teste *t* student com o objectivo de comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos.

H1 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e a escala de conforto.

Com um valor superior a 0,05 (,422) poder-se-á concluir que relativamente à amostra observada, não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às mulheres e aos homens no que diz respeito à variável conforto no espaço residencial (quadro nº 24)

Quadro nº 24

Teste *t* para a sub-escala de Conforto e a variável Sexo

|                        |                                      | F    | Sig. | <i>t</i> <sup>33</sup> | df     | Sig. (2-tailed) | Diferença média | Diferença de erro |
|------------------------|--------------------------------------|------|------|------------------------|--------|-----------------|-----------------|-------------------|
| <b>ESCALA CONFORTO</b> | Igualdade de variâncias assumida     | ,655 | ,422 | -1,338                 | 53     | ,187            | -,53070         | ,39664            |
|                        | Igualdade de variâncias não assumida |      |      | -1,359                 | 38,390 | ,182            | -,53070         | ,39050            |

H2 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e a subescala de competências funcionais.

Comparados os dois grupos (feminino e masculino) para a escala de competências funcionais, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $t = 2,384$ ) para um *p-sig* de 0,002, ou seja, as mulheres com uma ( $M=6,250$ ) têm menos competências

<sup>33</sup>  $t = 1,670$  (limite máximo para uma amostra entre 50 e 60 sujeitos) de acordo com Pestana e Gageiro, 2003.

funcionais que os homens com um ( $M= 5,315$ ) (ver quadro nº 25) de acordo com a nossa amostra.

Quadro nº 25  
**Teste  $t$  para a sub-escala de Competências Funcionais e a variável Sexo**

|  |                                      | F      | Sig. | $t$   | df     | Sig. (2-tailed) | Diferença média | Diferença de erro |
|--|--------------------------------------|--------|------|-------|--------|-----------------|-----------------|-------------------|
| <b>ESCALA DE<br/>COMPETÊNCIAS<br/>FUNCIONAIS</b> | Igualdade de variâncias assumida     | 14,730 | ,000 | 2,113 | 53     | ,039            | ,93421          | ,44215            |
|  | Igualdade de variâncias não assumida |        |      | 2,384 | 49,842 | ,021            | ,93421          | ,39194            |

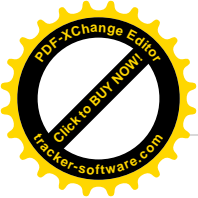
Nota: (M= média)

H3 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e a subescala da dignidade.

Para a amostra observada conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo e a sub-escala de dignidade ( $t = ,723$ ), ou seja, é assumida a igualdade da variância (quadro nº 26).

Quadro nº 26  
**Teste  $t$  para a sub-escala de Dignidade e a variável Sexo**

|                            |                                      | F     | Sig. | $t$   | df     | Sig. (2-tailed) | Diferença média | Diferença de erro |
|----------------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|--------|-----------------|-----------------|-------------------|
| <b>ESCALA<br/>CONFORTO</b> | Igualdade de variâncias assumida     | 2,217 | ,142 | ,723  | 53     | ,473            | ,02778          | ,03841            |
|                            | Igualdade de variâncias não assumida |       |      | 1,000 | 35,000 | ,324            | ,02778          | ,02778            |



H4 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável zona de residência e as subescalas de Conforto e Atividades Significativas

Comparadas as sub-escalas de conforto e de atividades significativas verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas na amostra em ambas as escalas ( $t = ,568$  e  $,570$  respectivamente), comparadas com a zona de residência antes de integrarem em lar, ou seja, a zona de onde é proveniente o residente, não influencia o seu nível de conforto, nem intervém na facilidade que ele tem para fazer as coisas que quer fazer (ver quadro nº 27).

Quadro nº 27

Teste  $t$  para as sub-escalas de Conforto e Atividades Significativas e a Zona de Residência

|   |                                      | F    | Sig. | $t$   | df     | Sig. (2-tailed) | Diferença média | Diferença de erro |
|---|--------------------------------------|------|------|-------|--------|-----------------|-----------------|-------------------|
| <b>ESCALA CONFORTO</b>                      | Igualdade de variâncias assumida     | ,783 | ,380 | ,568  | 53     | ,573            | ,24913          | ,43890            |
|   | Igualdade de variâncias não assumida |      |      | ,614  | 26,207 | ,544            | ,24913          | ,40548            |
| <b>ESCALA DE ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS</b> | Igualdade de variâncias assumida     | ,418 | ,521 | -,570 | 53     | ,571            | -,28571         | ,50104            |
|   | Igualdade de variâncias não assumida |      |      | -,601 | 24,878 | ,553            | -,28571         | ,47500            |

H5 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável zona de residência e a subescala de segurança.

Comparada a zona de residência (urbana e rural) antes de integrar em lar com a escala de segurança sentida pelos indivíduos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $t = ,128$ ), ou seja, é assumida a igualdade da variância. A zona de residência não influencia a escala de segurança (quadro nº 28).

Quadro nº 28

Teste *t* para a sub-escala de Segurança e a Zona de Residência

|                     |                                      | F     | Sig. | <i>t</i> | df     | Sig. (2-tailed) | Diferença média | Diferença de erro |
|---------------------|--------------------------------------|-------|------|----------|--------|-----------------|-----------------|-------------------|
| ESCALA DE SEGURANÇA | Igualdade de variâncias assumida     | 2,386 | ,128 | -,132    | 53     | ,895            | -,04704         | ,35550            |
|                     | Igualdade de variâncias não assumida |       |      | -,100    | 15,654 | ,922            | -,04704         | ,47224            |

De forma a se perceber se a variável Idade influencia a Escala de Qualidade de Vida para utentes em Lar de Idosos, foi feita uma comparação entre as sub-escalas de relacionamento, individualidade e autonomia com a idade dos indivíduos, para tal foi definido para indivíduos com idade abaixo da média ( $M= 82,49$ ) foram denominados de “mais novos”, indivíduos com idades acima da média, foram denominados de “mais velhos”.

H6 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável idade e as subescalas de individualidade, relacionamento e autonomia.

Verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas para os dois grupos de idades ( $p= 0,05$ ). Para as diferentes escalas observadas é assumida a igualdade da variância, não assumindo a idade diferenças significativas, tal situação, poderá também ocorrer pelo pouco intervalo existente na média de idades (quadro nº 29).

Quadro nº 29

Teste *t* para as sub-escalas de Individualidade, Relacionamento e Autonomia e a Idade

|                        |                                      | F    | Sig. | <i>t</i> | df     | Sig. (2-tailed) | Diferença média | Diferença de erro |
|------------------------|--------------------------------------|------|------|----------|--------|-----------------|-----------------|-------------------|
| <b>INDIVIDUALIDADE</b> | Igualdade de variâncias assumida     | ,003 | ,959 | -,026    | 53     | ,980            | -,008           | ,309              |
|                        | Igualdade de variâncias não assumida |      |      | -,026    | 52,839 | ,980            | -,008           | ,309              |
| <b>RELACIONAMENTO</b>  | Igualdade de variâncias assumida     | ,042 | ,838 | ,865     | 53     | ,391            | ,282            | ,326              |
|                        | Igualdade de variâncias não assumida |      |      | ,864     | 52,397 | ,392            | ,282            | ,326              |
| <b>AUTONOMIA</b>       | Igualdade de variâncias assumida     | ,069 | ,794 | -,869    | 53     | ,389            | -,299           | ,344              |
|                        | Igualdade de variâncias não assumida |      |      | -,869    | 52,924 | ,389            | -,299           | ,344              |

H7 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável idade e a Escala de Satisfação com a Vida.

Face ao valor de *t* não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a satisfação com a vida, logo, de acordo com a amostra observada, terá de se assumir a homogeneidade de variâncias (quadro nº 30).

Quadro nº 30

Teste *t* para a Escala de Satisfação com a Vida e a Idade

|             |                                      | F     | Sig. | <i>t</i> | df     | Sig. (2-tailed) | Diferença média | Diferença de erro |
|-------------|--------------------------------------|-------|------|----------|--------|-----------------|-----------------|-------------------|
| <b>SWLS</b> | Igualdade de variâncias assumida     | 1,067 | ,306 | -,343    | 53     | ,733            | -,48148         | 1,40336           |
|             | Igualdade de variâncias não assumida |       |      | -,342    | 51,966 | ,733            | -,48148         | 1,40607           |



## 5 - Análise e discussão dos resultados

Decorrente da apresentação dos dados do estudo, surge agora a necessidade de fazer a sua análise e discussão, para, desse modo, retirar as conclusões possíveis, tendo em conta o quadro teórico em que este se insere, estudos ou trabalhos que de algum modo se relacionam com as questões em discussão e ainda com a nossa experiência pessoal e profissional. Durante a apreciação global dos resultados, tentámos realçar os mais significativos, de modo a perceber de que forma os objectivos e questões colocadas foram atingidos.

A análise da distribuição dos idosos evidenciou que a maior parte (73%) frequenta a Santa Casa da Misericórdia de S. Pedro Sul, e que 27% dos idosos frequenta o Lar da Santa Casa da Misericórdia de Oliveira de Frades, verificou-se ainda que, a proporção de mulheres institucionalizadas ultrapassa a proporção de homens, o que vai de encontro aos dados de vários estudos com esta população específica.

É claro que uma das características mais salientes do envelhecimento demográfico é o facto de se apresentar diferente segundo o género, facto que advém de as taxas de mortalidade masculina serem mais elevadas do que a feminina, em todas as idades. Como consequência da sobremortalidade masculina atingiu-se no século XXI uma diferença de 92 homens para 100 mulheres, e o índice de envelhecimento traduziu-se, em 2011, numa diferença de 14000 mulheres a mais do que os homens na zona Dão Lafões. O grupo dos mais velhos é, então, maioritariamente constituído por mulheres.

Os dados relativos a estudos feitos em Portugal, com população idosa institucionalizada, também vão de encontro aos nossos dados, sendo que, em 2001 (não existem dados dos censos 2011), a proporção de idosos em instituições era mais elevada no sexo feminino: 72.9% contra 44.3% dos homens, e esta proporção aumentava para 3 mulheres por cada membro do sexo masculino, considerando os muito idosos (Gonçalves, 2003). Estas percentagens são muito semelhantes às que constatámos na nossa investigação empírica: 65.4% de indivíduos do sexo feminino e 34.5% de indivíduos do sexo masculino.

No que se refere à idade, os dados relativos à nossa amostra de idosos institucionalizados revelam que a média de idades é de 82 anos. Quanto aos dados relativos a Portugal, também foi verificado um aumento da proporção dos mais idosos em instituições de apoio social e de saúde, facto que não se pode dissociar da maior dependência física e/ou psicológica ou necessidade de cuidados específicos, subjacentes a este grupo populacional (Gonçalves, 2003).



Relativamente ao estado civil, os dados da nossa amostra apontaram para uma maioria de sujeitos viúvos (63.6%), seguidos dos solteiros (23.6%). Este era, também, um resultado expectável, dado que estudos anteriores revelaram o mesmo padrão. Assim, tal como Wingard, Jones e Kaplan (1987, *in* Wacker et al., 2002) e Cardão (2009, p.58) referiram, são os idosos viúvos os que representam a maioria dos que vivem em instituições, seguidos pelos solteiros. Em Portugal, também já foi constatado que a maior parte da população idosa nas instituições de apoio social é viúva (59.6%), percentagem muito semelhante à encontrada por nós (63,6%), e este peso aumenta proporcionalmente à idade (Gonçalves, 2003).

Estes dados podem explicar que a falta de um cuidador disponível, como o cônjuge ou outros familiares, aumenta a probabilidade de institucionalização. Do mesmo modo, poder-se-á aferir que muitos idosos antes de integrarem em lar solicitaram apoio formal, nomeadamente o SAD com uma frequência de 23,6%, numa totalidade de 29,1%, por dificuldades na realização das suas actividades da vida diária.

Relativamente ao nível de escolaridade, os resultados da nossa amostra indicam que a média de anos de escolaridade fica-se pelo 1º ciclo do ensino básico, ou seja, muito baixa. Este resultado não é surpreendente uma vez que retrata, de certa forma, a população portuguesa idosa em geral. E estudos anteriores revelaram que, de facto, a população idosa institucionalizada, em Portugal, apresenta baixos níveis de instrução, à semelhança do que se passa com a população idosa total, sobretudo no caso das mulheres (Gonçalves, 2003). Na nossa amostra verifica-se que, de facto, os homens estudaram mais que as mulheres, o que constitui um desfasamento expectável de acordo com a literatura. Associados aos resultados para a variável escolaridade, estão os dados relativos às profissões que os sujeitos da nossa amostra desempenharam ao longo das suas vidas. A maioria dessas profissões eram, de facto, as não qualificadas, sendo a agricultura uma das mais frequentes áreas apontadas. O facto de a maior parte dos sujeitos da nossa investigação ser proveniente de zona não-urbana poderá, também, explicar o facto de a agricultura ter sido uma ocupação tão frequentemente referida.

Relativamente à tomada da decisão para a vinda para a instituição, a decisão foi tomada na maioria de acordo com a opinião do utente/familiares (47,3%) apontando os sujeitos da nossa amostra sobretudo, para o facto de se sentirem sós, para o facto de terem uma doença física ou psicológica, e também para a morte de familiar. Qualquer uma destas razões foi já apontada pela literatura nesta área, tal como vimos e de acordo com a amostra a opção “agravamento das suas condições de saúde”, apontada por 48 (87,3%) e (80,0%) dos sujeitos apontaram a resposta “alteração da sua estrutura familiar, nomeadamente uma situação de viuvez.



Também Barenys (1990, citado por Guedes 2008, p.5) refere que “se atendermos aos motivos que estão na base do internamento em lar, verificamos que eles implicaram a perda da sua autonomia, seja ela física, económica, familiar ou psíquica: perda de cônjuge, solidão, doença e deterioração física e/ou mental, perda ou degradação habitacional, desentendimentos familiares e/ou indisponibilidade da família para cuidar”.

Assim, quanto ao facto de os idosos referirem que optaram pela institucionalização devido a sentirem-se sós, Madeira (1999), num estudo que realizou, verificou também que a opção de internamento é uma decisão complexa, sendo o isolamento, a solidão e a dependência os factores que mais influenciam esta decisão.

A este respeito, Vercauteren (1998, citado por Madeira, 1999) considera que existem dois critérios que conduzem ao internamento em lares. O critério social, mais relacionado com a decisão do idoso, que verifica, após ter eliminado todas as possibilidades de se manter no seu domicílio, que está mais seguro e acompanhado num lar para idosos. O segundo critério, que o autor denomina de critério sanitário, está ligado ao estado de saúde do indivíduo idoso. Na verdade, a doença física ou psicológica surgiu como a primeira resposta mais frequente dos idosos da nossa amostra. Lawton (1985) também já havia referido que existem evidências de que os problemas de saúde conduzem a deslocações para um contexto residencial caracterizado por maior dependência. Assim, de acordo com o mesmo autor, é um erro considerar que os indivíduos idosos que vivem em instituições são apenas aqueles que estão muito doentes. Apesar de a doença ser, como vimos, uma razão importante que leva à institucionalização, a inadequação do suporte social também é crucial. Em suma, podemos considerar que é sobretudo a interação entre as vulnerabilidades pessoais (“doença física ou psicológica”) e a perda ou inadequação do suporte social (“sentia-me só”, “morte de familiar”) que define a decisão de institucionalização. A amostra revela ainda que a opção “insuficiência de serviços de apoio formal”, apontada por 80% dos sujeitos, não é um motivo que leva à integração em lar, podendo ser depreendido aquilo que pode ser uma tendência do que tem sido o investimento das IPSS e do Estado para responder ao aumento da população idosa através do programa PARES, PAII, Programa Apoio 65, entre outros, provocando o aumento exponencial de serviços, havendo por isso, maior cobertura face ao aumento da população nesta faixa etária.

O número de visitas revela que são os familiares directos (44%), que mais visitam os utentes. Apesar de haver situações de abandono em espaços residenciais, é notório mesmo que com menos regularidade que os utentes recebam visitas. Carrajo (1999, citado por Pereira, 2008, p.9) a este respeito, refere que as “visitas dos familiares ou os convites para os



idosos passarem alguns dias em casa da família, entre outros benefícios, aumenta a auto-estima dos idosos juntos dos seus companheiros de instituição”.

No que diz respeito às vantagens/ganhos que a institucionalização acarreta para a QV do idoso poder-se-á dizer que esta permite “ (...) o convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem devido ao afastamento destas pessoas, sendo de suma importância as ligações afectivas próximas (Carvalho & Dias, 2011, p.165), verificando-se com 78,2% da amostra que concorda muito que o espaço residencial “facilita o acesso a novas amizades”. “A institucionalização implica sempre rupturas afectivas, implica sempre a necessidade de construção de novos afectos, mas tudo será mais simples e menos doloroso, se essas rupturas não ocorrerem de forma tão abrupta e irreversível. Se isto acontecer o idoso não se sentirá tão “vazio” e poderá construir com muito mais serenidade os seus novos afectos e experimentar novas actividades” (Pereira, 2008, p.9). A questão da satisfação de vida dos idosos na instituição prende-se com a avaliação que se faz da vida como um todo, relativamente ao estudo os sujeitos referem que a institucionalização “proporciona a manutenção da sua autonomia pessoal” com 54 (98,1%) dos sujeitos, seguidamente com 48 (87,3%) aparece a opção promove o aumento do bem-estar. Nesta perspectiva, Paúl (1992, p. 62) realça a falta de consenso em relação aos problemas ligados à distinção entre satisfação de vida e constructos de bem-estar, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações. Para Fonseca (2006: p.142), estamos perante conceitos multidimensionais que integram elementos diferentes como atitudes, traços de personalidade e afectos.

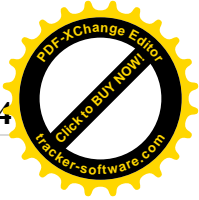
Com o objectivo de avaliarmos a qualidade de vida percebida pelo próprio idoso institucionalizado, foi aplicada a escala de satisfação com a vida, que nos permite constatar que os residentes têm uma percepção positiva na satisfação com a vida. Verifica-se que mais de metade da amostra refere estar satisfeito com a vida ( $M=18,76$ ). Mais de metade do grupo está acima do valor médio da própria escala, logo, percebem uma boa satisfação com a vida. Nesta idade, a que se refere o estudo é necessário ter em consideração as perdas de vária ordem (capacidades físicas, mnésicas e intelectuais, de familiares e amigos, de papéis e estatutos sociais), o que poderá levar a concluir uma reduzida satisfação com a vida, na etapa final da existência (Simões, 2002). Contudo, os dados encontrados no nosso estudo, poderão sugerir que os idosos aceitam as suas condições objectivas e interpretam-nas de acordo com uma visão mais positiva. Os idosos também poderão ter adquirido formas de adaptação comportamental que os tornam mais eficazes no lidar com os seus ambientes, mesmo com poucos recursos, contribuindo para a satisfação da sua vida. Com o aumento geral da



sobrevivência da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal. Satisfação é um fenómeno complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjectivo. Para Albuquerque e Tróccoli (2004) a satisfação com a vida “é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio”. O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido. Satisfação reflecte, em parte, o bem-estar subjectivo individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as suas experiências de vida de maneira positiva. Refere ainda que “o bem-estar subjectivo busca compreender a avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas, em relação aos aspectos: felicidade, satisfação, estado de espírito e afecto positivo”

Na Escala de Qualidade de Vida para utentes em Lar de Idosos verificou-se que através das análises complementares entre as sub-escalas e as variáveis sociodemográficas que entre homens e mulheres existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às competências funcionais, verificando-se que as mulheres têm menos competências funcionais que os homens, uma possível justificação pode ter a ver com a maior esperança média de vida das mulheres, que associada à maior longevidade conduz a uma maior dependência e menor competências funcionais. Após outras comparações, com a zona de residência anterior e a idade se comparados com as diferentes sub-escalas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Também na escala de satisfação com a vida se comparada com a média de idades, verifica-se que não existem diferenças (“mais novos”:  $M=18,51$ ; “mais velhos”:  $M= 19,00$ ). Um dos desafios de Rosalie Kane é encontrar pontos de corte para a escala, na tentativa de obter um *score* que permita identificar se um utente tem ou não qualidade de vida no Lar onde reside. Com um ponto de corte definido, esta escala terá o potencial de poder ser utilizada pelas respostas sociais que querem obter a Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade, sendo um dos requisitos a avaliação da satisfação de todos os intervenientes da instituição (clientes, trabalhadores, fornecedores). A Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos, poderá deste modo ser um instrumento a utilizar pela instituição para a avaliação da satisfação dos seus clientes em substituição, por exemplo, do modelo proposto pelo Instituto da Segurança Social (ISS).

A resposta social lar é de facto uma resposta imprescindível, com carácter irreversível face ao aumento exponencial da população idosa que face às debilidades associadas não consegue permanecer no seu domicílio, tendo que integrar numa resposta que satisfaça as suas



necessidades nas suas diversas dimensões, prova disso mesmo, é o aumento do número de lares de idosos construídos, 1870 lares de idosos em 2010, sendo que em 2011 foram construídos mais 102, 106 dos 1972 lares são no distrito de Viseu.

Os lares oferecem serviços idênticos para todos os idosos, mas cada idoso vive, usufrui, sente e envelhece de diversas formas. Se para alguns idosos a integração nos lares é sentida como perda e acelera o seu envelhecimento, para outros a integração trouxe ganhos que até aquele momento não possuíam. As imagens de uma velhice solitária (institucionalizada ou não), carenciada e incapaz, são cada vez mais evidentes. Por um lado, ausência da família (inexistente ou fisicamente distante), por outro lado, a acção social que tenta resolver essa mesma ausência faz com que o discurso de velhice problemática conquiste legitimidade e, ao mesmo tempo, aumente o número de instituições de resposta. O recurso à institucionalização, na falta de outra alternativa, é cada vez mais vulgar tal como se constata pela enorme procura a este tipo de resposta social de apoio e pelas longas listas de espera. “Os serviços institucionais representam um recurso importante para os idosos, tendo em conta a perda de autonomia e o estado de saúde em geral” (Fernandes, 2000, p. 47).

Ao mesmo tempo, a institucionalização pode também acarretar, 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. “Apesar de a 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, 2005). Alguns estudos apontam que a institucionalização influencia positivamente a auto-estima e é uma oportunidade de interacção e aquisição de papéis sociais ajustados aos idosos (Fernandes, 2000).

Tendo como centro de intervenção o idoso, sendo ele o emissor e o receptor de todo o processo, é necessário que a equipa de trabalho da estrutura residencial o conheça bem, respeitando a sua individualidade, identidade, avalie todos os aspectos físicos, sociais, emocionais, comportamentais, saúde e cognitivos com o objectivo de elaborar, em sintonia com o residente, um projecto de vida que potencie as suas capacidades, que realce os pontos fortes da pessoa e os valorize. Também a Segurança Social preocupada com a qualidade de serviços prestados aos utentes e com o objectivo de dignificar as respostas sociais, criou modelos para avaliação da qualidade nas diversas respostas sociais com o intuito de garantir



aos cidadãos o acesso crescente a serviços de qualidade, cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades. O Modelo proposto baseou-se numa filosofia de melhoria contínua da qualidade, pelo que para cada critério foram estabelecidos três níveis de exigência para o cumprimento dos requisitos – Nível C, B e A.

Deste modo, o desafio que hoje se coloca à sociedade e aos indivíduos é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade.



## 6 - Considerações finais e sugestões futuras

Pensamos que os objectivos inicialmente propostos para a realização deste trabalho foram atingidos de forma satisfatória, pois consideramos os dados obtidos pertinentes, para uma maior compreensão da realidade da qualidade de vida e da satisfação no processo de envelhecimento. Este trabalho permitiu-nos identificar a associação entre as variáveis demográficas e psicossociais, especificando qual o papel que os diversos factores desempenham na qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Pensamos que os resultados obtidos constituem um contributo importante ao nível social, associado ao aumento de população idosa ao nível nacional e internacional, pois o aumento da longevidade constitui um novo repto para as sociedades, e para a própria população que envelhece em todo o mundo. Viver mais é uma aspiração e torna-se relevante desde que se consiga conjugar qualidade e bem-estar. Este tema é encarado pelos investigadores como uma questão preocupante e pertinente uma vez que as tendências demográficas apontam para a manutenção e até crescimento desta realidade.

É igualmente marcante porque se verifica um aumento de inscrições e procura deste tipo de resposta, que de acordo com a Carta Social a taxa de cobertura das respostas para esta população-alvo subiu quatro pontos percentuais em relação a anos anteriores, situando-se em 11,9 %. Dos concelhos do Continente, 173 (62,2 %) apresentam taxas superiores à média global. Verifica-se ainda que existe uma correlação entre estes valores mais elevados e o índice de envelhecimento, localizando-se algumas das taxas mais elevadas nas zonas mais envelhecidas do país. O concelho de Viseu não é excepção e ao longo destes últimos anos tem-se verificado um aumento do investimento em equipamentos lucrativos de apoio aos idosos. Verifica-se também um aumento da implementação de práticas que promovem a qualidade de vida dos utentes em contexto institucional, neste sentido, a Organização Mundial de Saúde e a Direcção Geral de Saúde, em conjunto com o Ministério da Saúde, têm delineado um conjunto de políticas sociais e programas integrados de apoio permanente à população envelhecida. São eles o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), o Programa Idosos em Lar (PILAR) e o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS), portanto, a reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de previdência social e o aumento das instituições de apoio à velhice são indicadores da inquietação e adaptação social ao fenómeno do envelhecimento.

Também o conceito de QV é entendido como multidimensional, abrange diferentes esferas de vida do idoso. O enfoque tem sido mais desenvolvido ao nível das ciências



médicas, deste modo, esta investigação pretendeu contribuir para o enriquecimento dos estudos acerca da QV que enfatizam as preocupações ao nível social. Os problemas de saúde na terceira idade, sejam de ordem médica ou odontológica, bem como a nível psicossocial, acarretam mudanças no estilo de vida dos idosos e, conseqüentemente na qualidade de vida percebida por estes. Qualidade de vida como era entendida, associada normalmente às questões de saúde, “sentir-se bem, não ter dores, ser acompanhado frequentemente pelo médico, comer bem”, era o bastante para aceitar a institucionalização e caracterizar a resposta social Lar como sendo o suficiente para se viver os últimos anos. Contudo, novos estudos na área social e psicologia demonstraram que qualidade de vida significa muito mais, um estado de bem-estar físico, mental, psicológico e espiritual, daí este trabalho contribuir para a identificação das dimensões que contribuem ou dificultam a QV dos residentes.

Face aos desafios e ao aumento da população que tem necessidade de integrar em Lar, verifica-se um avolumar de Instituições, havendo cada vez mais entidades reguladoras/avaliadoras tentando compatibilizar o que é oferecido com as necessidades da própria população. As IPSS, bem como as Instituições lucrativas de apoio social, são organizações de economia social, especializadas na acção social e reflectem um papel social muito indispensável para o Estado, bem como para a sociedade civil. É fundamental para estas Instituições serem dirigidas por profissionais competentes e que tenham determinado as suas funções, bem como, organismos imparciais que avaliem o funcionamento interno das Instituições.

De acordo com o Modelo de Avaliação da Qualidade as novas circunstâncias e os novos quadros conceptuais de referência têm introduzido, como novo desafio, a necessidade de conciliar equidade e eficiência, isto é, de aliar àquelas preocupações, as que se prendem com a necessidade de assegurar a satisfação das necessidades e expectativas dos cidadãos, das entidades financiadoras e de outros actores envolvidos, através de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos, num quadro de responsabilidade social.

Ao nível científico e profissional este estudo revelou-se ser igualmente uma mais valia. Não há conhecimento na área de abrangência da investigação, qual o impacto que a qualidade de vida tem proporcionado ao idoso em Lar. Deste modo, e tendo em conta os parâmetros que esta dissertação pretendeu abordar, poder-se-á dizer que é uma área que necessita de ser trabalhada na região Dão Lafões, uma vez que, os Lares existentes são antigos, com infraestruturas antiquadas e com dirigentes em funções há demasiados anos.

Para além disso, a investigação em causa decorreu do carácter pragmático, conhecer para actuar. Permite tirar lições e ensinamentos para posterior aplicação em contexto



profissional, orientar a partir da teoria as nossas próprias práticas. Uma dos grandes ganhos desta investigação foi através da pesquisa que se pretendeu desenvolver junto de outras Instituições limítrofes poder retirar benefícios para que na prática do dia-a-dia se consiga auxiliar o grupo com quem trabalhamos, facilitando o seu processo de integração, examinando, sintetizando e interpretando as causas que levam o indivíduo a não adaptar-se e a isolar-se do novo espaço. Muitas vezes a capacidade de perceber e responder às necessidades, emoções e maneiras de pensar diferentes, a habilidade para a motivação e o estímulo, a aptidão para o relacionamento humano e forma como se age perante determinadas circunstâncias são qualidades que se deve possuir, contudo, por vezes não são eficientes, e visualizar/interagir com Técnicos da mesma área ou de áreas distintas e conhecer outras realidades, pode melhorar a forma como se actua.

Outro dos benefícios observado, foi a utilização de diferentes Escalas complementando-as para melhor percepcionar a satisfação com a vida, as causas da institucionalização, os ganhos da integração em lar e a qualidade de vida em instituição. Em Portugal não existem estudos de caracterização da (in)dependência nos idosos, aliás esta população não tem tido muita atenção por parte dos investigadores. Deste modo, pretendeu-se caracterizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos institucionalizados, do seu próprio ponto de vista. Para tal, foi aplicado um Inquérito sóciodemográfico aos indivíduos, a Escala de Satisfação com a Vida, e a Escala da Qualidade de Vida para utentes de Lar de Idosos.

Acredita-se que os resultados desta investigação permitirão avançar para investigações futuras, produzindo conhecimento teórico, com vista a aprofundar o conhecimento relativo às vivências institucionais, bem como, trabalhar as potencialidades dos residentes e adapta-las às dinâmicas institucionais, possibilitando que as instituições correspondam cada vez mais às expectativas do idoso e da família e lhes permitam melhorar a sua percepção acerca da qualidade de vida.

Seria importante futuramente comparar a QV dos idosos, em ambientes formais e informais, bem como analisar as diferenças existentes em diferentes respostas sociais do sector público e privado. No que diz respeito à Escala da Qualidade de Vida, onze sub-escalas são os referidos na literatura como sendo os fundamentais para a manutenção da qualidade de vida em meio institucional e por isso optou-se pela utilização de todas as subescalas inicialmente propostas. Pôde ser constatado, pela análise de homogeneidade dos itens, que se eliminássemos os itens da escala de conforto, das actividades significativas e da escala de segurança, factores que traduziram menor consistência e menor homogeneidade à escala, poderia a sua fiabilidade ser aumentada. Com um ponto de corte definido, esta escala terá o



potencial de poder ser utilizada pelas respostas sociais que querem obter a Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade, sendo um dos requisitos a avaliação da satisfação de todos os intervenientes da instituição (clientes, trabalhadores, fornecedores). A *Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos*, poderá deste modo ser um instrumento a utilizar pela instituição para a avaliação da satisfação dos seus clientes em substituição, por exemplo, do modelo proposto pelo Instituto da Segurança Social (ISS).



## BIBLIOGRAFIA

- Agate (2004). *Problemáticas de Lafões*. Nº 1, (pp.1-16).
- Agostinho, P. (2004). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *In: Revista Portuguesa de Psicossomática*, Janeiro/Junho, vol. 6, n.º 001, Porto. Sociedade Portuguesa de Psicossomática, (pp. 31-36).
- Albuquerque, A. S. e Tróccoli B. T. (2004). *Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo*. *Psicologia e Teoria Pessoal*, 20, (pp.153-64).
- Almeida, A. (2008). A pessoa idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. *Dissertação de Mestrado* apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Almeida, A. e Rodrigues, V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *In Revista Latino-americana de Enfermagem*. Nov./Dez.; 16(6). Disponível: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) [consultado em 07-03-2012]
- Almeida, T. L. (2005). Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde e da família. Riberão Preto: *Dissertação da Universidade de São Paulo*.
- Andreotti, R. e Okuma, S. (1999). Validação de uma bateria de testes de actividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 13 (p.46-66).
- Araújo, A. C. (1997). *A morte em Lisboa: atitudes e representações, 1700-1830*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Ballesteros, F. et al. (2004). *Intervención psicosocial. Vivir com vitalidad: un programa europeo multimedia*, vol. 13, nº. 1. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid, España.
- Bandeira, K. (2005). Discutindo a Qualidade de Vida dos Idosos. *In Revista A terceira idade*. São Paulo, SESC. V. 16, nº.14, (pp.51-61).
- Beers, M. et al. (2004). *Manual Merck: geriatria*. Editora Oceano.



- Brito, I. e Coimbra, J. (1999). *Qualidade de Vida do Idoso*. Artigo da Revista Referência. Nº 3, Novembro.
- Cabete, D. G. (2002). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Editor: Coisas de Ler. Colecção Olhar.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, (pp.161 184).
- Chaimoiwicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projecções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 31, v. 2, (pp. 184-200).
- Chichorro A. et al. (2006). Respostas sociais – nomenclaturas e conceitos – respostas sociais. Acção Social. Lisboa, Portugal: *Direcção Geral da Segurança Social, da Família e da Criança*.
- Covinsky, K. et al. (1999). Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *The American Journal of Medicine*, v. 106, (pp. 435-440).
- Daniel, F. (2006). *O conceito de velhice em transformação*. In interacções nº 10, ISMT.
- Diário da República. Constituição de 1976. Disponível: [http://pt.wikisource.org/wiki/Constitui%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_Rep%C3%BAblica\\_Portuguesa/I/III#Artigo\\_63..C2.BA](http://pt.wikisource.org/wiki/Constitui%C3%A7%C3%A3o_da_Rep%C3%BAblica_Portuguesa/I/III#Artigo_63..C2.BA) [consultado em 21-02-2012]
- Diener, E., Emmons, R. Larsen, R. & Griffins, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), (pp.71-75).
- Duarte, M. e Paúl, C. (2007). *Avaliação do ambiente institucional: público e privado*. Universidade Sénior, Porto.
- Dubois, M. F. Dubuc, N. Raiche, M. Caron, C. D. & Hébert, R. (2008). *Correlates of the perceived need for institutionalisation among older adults without cognitive impairment*. *Gerontology*, 54, (pp 244-251).



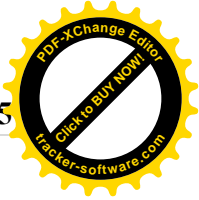
- Ermida, J. G. (1999). Processo de envelhecimento. In: Costa, M. A. et al. (Org.). O idoso: problemas e realidade. Coimbra: Formasau, (pp. 45-59).
- Fairman, S. C. (2006). El Amor a los 70. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Edições Celta.
- Fernandes, P. D. (2000). A depressão no idoso. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-61-9.
- Ferreira, M. (2002). O Utente idoso conhecer para melhor comunicar e intervir. Lisboa: *Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde*, Universidade Aberta.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Cadernos Climepsi de saúde. Climepsi Editores.
- Fleck, M. (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). Disponível. [Http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html) [consultado em 30-03-2012].
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. 2ª Edição, Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fortin, M. F. (2003). O Processo de Investigação: da concepção à realização. 3ª ed. Loures: Lusociência,. ISBN 972-8383-10-X.
- Fragoso, V. (2008). *Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado*. Revista IGT na Rede, v. 5, nº 8, (pp.51-61). ISSN: 1807-2526. Disponível: <http://www.igt.psc.br>
- Freitas, E. et al. (2002). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro:
- Gabinete do Ministro (2004-2006). *100 Compromissos para uma Política da Família*. Portal do Governo. Disponível: [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC15/Ministerios/MSST/Comunicacao/Outros\\_Documentos/200422\\_MSST\\_Doc\\_100\\_Medidas\\_Familia.htm](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC15/Ministerios/MSST/Comunicacao/Outros_Documentos/200422_MSST_Doc_100_Medidas_Familia.htm) [consultado em 14-12-2011].



- Geremek, B. (1986). *A Piedade e a Força: História da Miséria e da Caridade na Europa*. Lisboa: Terramar Editors.
- Goffman, E. (2007). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo. Perspectiva.
- Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos* nº34, 41-59. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.
- Graça, A. et al. (2005). Auto - conceito em cuidadores formais e índices de qualidade de vida dos utilizadores de instituições de apoio á terceira idade, em regime de internamento. *Monografia de Enfermagem*, Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.
- Groenwald, R. (2004). Idosos asilados do Município de Canoas. In *Idoso asilado: um estudo gerontológico*, (pp.118-133).
- Guedes, Joana (2008). Desafios Identitários Associados ao Internamento em Lar. *VI Congresso Português de Sociologia*, mundos sociais: saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa.
- Guimarães, L. et al. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 12, n. 3.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Editora Formasau.
- INE (2010). *Indicadores sociais*. ISSN 0874-4572.
- INE (2011). *Resultados provisórios*. ISSN 2182-4215.
- INE (2012). *Destaque, informação à comunicação social*. Resultados pré-definitivos.
- Institute of Medicine. (2001). *Improving the Quality of Long-Term Care*. Washington: National Academy Press.
- Instituto da Segurança Social (2012). *Guia prático. Respostas sociais – população adulta – pessoas idosas*. (N35J – V4.08).



- ISS (2011). *Modelo de avaliação da qualidade: estrutura residencial para idosos*. Disponível: [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=21437&m=pdf](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21437&m=pdf) [consultado em: 25/04/2012].
- ISS (s/d). Carta Social disponível: <http://www.cartasocial.pt/index1.php#> [consultado em: 25/04/2012].
- ISS (s/d). Complemento por Dependência. Disponível: <http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.02.08> [consultado em: 25/04/2012].
- ISS (s/d). Complemento Solidário para Idosos. Disponível: <http://www2.seg-social.pt/left.asp?02.17.07> [consultado em: 25/04/2012].
- ISS (s/d). Guia Prático como Criar um lar de Idosos. Edição Academia dos Empreendedores.
- ISS (s/d). Rendimento Social de Inserção. Disponível: <http://195.245.197.196/left.asp?03.06.06.01> [consultado em: 27/04/2012].
- ISS. Programa de Alargamento da Rede Social. Disponível: <http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.06.20> [consultado em: 27/04/2012].
- ISS. Programa de Apoio Integrado a Idosos. Disponível: <http://195.245.197.196/left.asp?03.06.24> [consultado em: 27/04/2012].
- Jacelon, C. S. (1995). The effect of living in a nursing home on socialization in elderly people. *Journal of Advanced Nursing*. Nº 22, (pp. 539-546).
- Jacinto, B. (2010). Qualidade de vida e espiritualidade do idoso institucionalizado. *Dissertação de Mestrado*. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde.
- Jacob, L. (2002). Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para as IPSS. *Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos*, apresentada ao ISCTE.
- Jacob, L. (2002a). *Origem e desenvolvimento das IPSS* [On-line]. Disponível: <http://www.socialgest.pt> [consultado em: 30/04/2012]



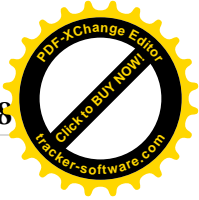
- Jones, C. Rose, D. (2005). *Physical Activity Instruction of Older Adults*. Human Kinetics Publishers, Champaign, Illinois.
- Lawton, M.P. (1985). Housing and living environments of older people. In R.H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Letti, F., Laureano, L., Dias, S., e Dias, A. (s/d). Avaliação do grau de capacidade funcional de idosos institucionalizados. Artigo da Universidade do Vale do Itajaí.
- Levenson, A. (2001). *A assistência institucional de longo prazo*. 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, (pp. 527-538).
- Levet, M. (1998). *Viver Depois dos 60 Anos*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Levy, L. & Anderson, L. (1980). *La tension psicosocial. Problación ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Monalerno.
- Lima, A. & Viegas, S. (1988). *A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice*. *Psicologia VI*, n.º 2, (pp. 149-158).
- Machado, Paulo (2003). *O lugar dos idosos em Portugal e no Mundo*. Disponível: [http://janusonline.pt/2003/2003\\_1\\_4\\_4.html#dados](http://janusonline.pt/2003/2003_1_4_4.html#dados) [consultado em: 25/02/2012].
- Madeira, M. (1999). Lares para idosos: dos discursos às práticas. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*.
- Maia, Fernando (1985) *Segurança Social em Portugal: Evolução e Tendências*. Lisboa, IED, caderno 11.
- Majos, A. (2005). *Manual de Prácticas de Trabajo Social en la Tercera Edad*.
- Martins, R. (2004). Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. *Tese de Doutoramento*. Universidade da Extremadura.
- Martins, R. (2005). A Relevância do Apoio Social na Velhice. *Millenium, revista do ISPV*, nº 31, Maio. Semestral. Colecção Educação, Ciência e Tecnologia. (pp. 128-134).



- Martins, R. (2005). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Millenium, revista do ISPV, n° 31*, Maio. Semestral. Coleção Educação, Ciência e Tecnologia. (pp. 126-140). Disponível: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf> [consultado em: 15/05/2012].
- Martins, R. (2007). Exercício físico na pessoa idosa e indicadores de risco cardiovascular global. *Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra*.
- Michel, T. (2010). A vivência em uma instituição de longa permanência: significados atribuídos pelos idosos. *Dissertação de Mestrado*. Sector de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março). Condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. Disponível: <http://dre.pt/pdf1sdip/2012/03/05800/0132401329.pdf> [consultado em: 17/05/2012].
- Ministério dos Assuntos Sociais. Regulamento do Estatuto das IPSS. Disponível: [http://www.igf.minfinancas.pt/inflegal/bd\\_igf/bd\\_legis\\_geral/Leg\\_geral\\_docs/DL\\_519\\_G2\\_7\\_9.htm](http://www.igf.minfinancas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_519_G2_7_9.htm) [consultado em: 17/05/2012].
- Ministério Trabalho e Segurança Social (2006). *Respostas sociais – nomenclaturas/conceitos*. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- Najman, J.M.; Levine, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Soc.Sci. Med.* v. 15, (pp. 107-115).
- Netto, M. & Borgonovi, N. (2002). *Biologia e Teorias do Envelhecimento*. São Paulo, Atheneu, (pp.44-59).
- Novaes, C. (2006). Perfil de saúde física e capacidade funcional em uma população de idosos residentes na comunidade. *Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro: UERJ.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.



- OMS (2002). *Health and ageing, a discussion paper*. Consultado na world wide web, em 19/04/2012. Disponível: <http://www.who.int/http://www.who.int/en/> [consultado em: 02/05/2012].
- Organização das Nações Unidas (ONU Portugal, 2002) Comunicado de Imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU, símbolo SOC/4619- Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal, (pp. 1-7), disponível: <http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idososfinal.pdf> [consultado em: 02/05/2012].
- Osório, A. e Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas: contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget.
- Pacheco, A. e Lucas, J. (2000). Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional. *Geriatria*, 13, (pp. 17-20).
- Pachcoal, S. (2002). Qualidade de vida na Velhice. In Freitas, E. Cançado, M. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (pp. 79-84).
- Paschoal, S. (2000). Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. Dissertação de Mestrado. São Paulo.
- Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos *in Psychologica*, nº 8, (pp. 61-80).
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento e ambiente*. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (pp. 247-268).
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paulos, Catarina (2010). *Gestão de Instituições para idosos: qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Verlag Dashöfer Editora.
- Pereira, Fernando (2008). A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. In *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. Ano II, Vol. I, Janeiro / Junho.
- Pereira, L. S., (s/d) - *A velhice: Variabilidade histórica e social da sua conceptualização*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.



- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra. 2ª Edição: Quarteto Editora.
- Pimentel, L. M. G. (1995). *O Lugar do idoso nas redes de interacção e solidariedade primárias: um estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização*. Lisboa: Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa.
- Plano Nacional de Acção para a Inclusão: Disponível: <http://www.pnai.pt/> [consultado em: 30/05/2012].
- Póvoa, V. & Martín, I. (2010). *Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos*. Unpublished manuscript, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Porto.
- Póvoa, V. (2010). *Escala de Qualidade de Vida para utentes de Lar de Idosos*. *Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro*.
- Qual\_Idade (2005). *Manual de Gestão da Qualidade para Lares de Idosos*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Quintela, M. J. (2001). O papel dos lares de terceira idade. *Geriatrics*, 14 (136), 37-45
- Ribeirinho, C. (2005). *Projecto de vida – a vida continua a ter sentido*. In 1ª Jornada para um Envelhecimento Activo: descobrir novos caminhos. CSP Fátima.
- Ribeiro, D. (2001). Envelhecimento. In *Acção Social na Área da Família*. Universidade Aberta.
- Ribeiro, Ó. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Romão, F. (2002). *Metodologia de Desenvolvimento de um sistema de Informação para uma Instituição Particular de Solidariedade Social*. Universidade de Aveiro. Disponível: <http://portal.ua.pt> [consultado em: 02/06/2012].



- S.A. (2009). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Saldanha, L; Caldas, C. (2004). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: editora Interciência.
- Santos, G., Vaz, C. (2004). O significado das experiências culturais da infância no processo de envelhecimento bem-sucedido. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 1, n. 1, (pp. 23-37).
- Santos, M. e Andrade, M. (2005). Incidência de quedas relacionada aos factores de riscos em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Saúde Pública, Bahia*, v.29, n. 1, (pp. 57-58).
- Sardinha, M. (2010). Qualidade de vida dos idosos residentes em Instituição. *Dissertação de Mestrado*. Centro de Psicopedagogia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto Edições.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Editora Lidel.
- Silva, F. (2011). Qualidade de vida no processo de envelhecimento e a integração nos centros de dia: uma perspectiva do utente. *Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação*. Lisboa.
- Silva, L. (2001). *Acção social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta Editora.
- Silva, S. (2008). *Os espaços de participação das pessoas mais velhas na sociedade portuguesa actual*. VI Congresso Português de Sociologia: mundos sociais, saberes e práticas.
- Silva, Sara (2009). Qualidade de Vida e Bem-estar psicológico em idosos. *Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa*. Faculdade de Ciência Humanas e Sociais. Porto.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, (pp. 503-515).



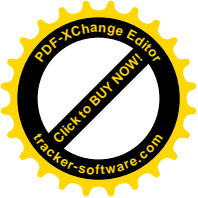
- Simões, A. (1992). *Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS)*. Revista Portuguesa de Pedagogia. Ano XXVI, 3, (pp. 503-515).
- Simões, A. (2002). Um novo olhar sobre os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36, (pp.559-569).
- Simões, A. (2006). *A nova velhice – um novo público a educar*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L. e Figueiredo, D. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychologica*, 25 (pp. 19-24).
- Sousa, L., Galante H., Figueiredo D. (2003). Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*. V. 37 nº 3 (pp. 364-371).
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família, os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Teixeira, R. (2004). A Qualidade de Vida do idoso e as influências que têm sobre ela a domiciliação e as construções do idoso sobre os problemas com a família. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Veloso, E. (2008). *A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002*. VI Congresso Português de Sociologia: Mundos Sociais – saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., Bowling, A. (2000) Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*. V. 10 nº4, ISSN 09592598, (pp. 407-417).
- Wacker, R., Roberto, K., & Piper, L. (2002). *Community Resources for Older Adults*. California: Pine Forge Press.
- WHOQOL (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Disponível: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1> [consultado em: 02/05/2012].



- Wilmoth, J. (2002). *Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos*. *Sociologias*, 7, (pp.136-155).
  
- Xavier P. e Leal I. (2000). Um olhar sobre o envelhecimento; Bem-estar e autonomia funcional em idosos com apoio formal. *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Universidade do Algarve.
  
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice – aspectos biopsicossociais*. S. Paulo: Artmed; Guanabara Koogan.



# ANEXOS



## Anexo 1 - Consentimento informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu \_\_\_\_\_  
aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Vera Filipa Bastos Milheiro (Aluna do Instituto Superior Bissaya Barreto), orientado pela Professora Doutora Maria Helena Reis no âmbito da dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área da qualidade de vida de idosos institucionalizados, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração. Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

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



## Anexo 2 – Instrumento de Recolha de Dados

Sou Assistente Social na Santa Casa da Misericórdia de Vouzela, estou a desenvolver a minha dissertação de Mestrado subordinada ao tema “Percepção dos Idosos acerca da sua Qualidade de Vida em Instituição” no Instituto Superior Bissaya Barreto, em Coimbra.

O instrumento de recolha de dados é o inquérito (por administração directa) onde irão ser lidas as questões e registada a resposta, pelo que se pretende que todas as questões tenham resposta.

Os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos.

### 1. Elementos Sociodemográficos

1.1. **Sexo:** Feminino  Masculino

1.2. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

1.3. **Idade da Reforma:** \_\_\_\_\_ anos

1.4. **Tipologia da situação de reforma:**

Invalidez  Social  Velhice  Outra

1.5. **Principal profissão desenvolvida na vida activa?**

---

1.6. **Estado Civil:**

a) Solteiro  b) Casado  c) Viúvo  d) Separado/Divorciado  e) União de Facto

1.7. **Nível de Escolaridade:**

a) Não frequentou o ensino

b) 1º Ciclo do Ensino Básico (4ª classe antiga)

c) 2º Ciclo do Ensino Básico ou Ciclo Preparatório (5º e 6º ano)

d) 3º Ciclo do Ensino Básico (7º, 8º e 9º)

e) Ensino Secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial)

f) Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento)

g) Outra



**1.8. Composição do agregado familiar antes de entrar na Instituição:**

Conjuge  Filhos  Nora/genro  Netos  Sobrinhos  Só  Outra

**1.9. Zona de residência antes de entrar no Lar:** a) zona urbana  b) zona rural

**1.10. Tipo de habitação anterior:**

Vivenda  Moradia  Apartamento  Quarto  Outra

**1.11. Regime habitacional:** Própria  Alugada  Cedida  Partilhada  Outra

**1.12. Frequentou alguma resposta social, como o Centro Dia, Centro Convívio ou SAD antes de integrar em Lar?**

a) Sim  Qual? \_\_\_\_\_ Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

a) Não

**1.13. Principais actividades desenvolvidas durante a vida activa?**

| Actividades                                   | Regularmente | 1x semana | 1 x mês | Menos de 1x por mês | Esporadicamente |
|---|--------------|-----------|---------|---------------------|-----------------|
| a) Ler  |              |           |         |                     |                 |
| b) Passear/Viajar                             |              |           |         |                     |                 |
| c) Fazer desporto                             |              |           |         |                     |                 |
| d) Participar actividades da Igreja           |              |           |         |                     |                 |
| e) Fazer trabalhos manuais                    |              |           |         |                     |                 |
| f) Visitar exposições                         |              |           |         |                     |                 |
| g) Ouvir música                               |              |           |         |                     |                 |
| h) Fazer voluntariado                         |              |           |         |                     |                 |
| i) Sair/Conversar com amigos                  |              |           |         |                     |                 |
| Outra <input type="checkbox"/> Qual?<br>_____ |              |           |         |                     |                 |



### 1.14. Principais actividades desenvolvidas actualmente?

| Actividades                                   | Regularmente | 1x semana | 1 x mês | Menos de 1x por mês | Esporadicamente |
|---|--------------|-----------|---------|---------------------|-----------------|
| a) Ler  |              |           |         |                     |                 |
| b) Passear/Viajar                             |              |           |         |                     |                 |
| c) Fazer desporto                             |              |           |         |                     |                 |
| d) Participar actividades da Igreja           |              |           |         |                     |                 |
| e) Fazer trabalhos manuais                    |              |           |         |                     |                 |
| f) Visitar exposições                         |              |           |         |                     |                 |
| g) Ouvir música                               |              |           |         |                     |                 |
| h) Fazer voluntariado                         |              |           |         |                     |                 |
| i) Sair/Conversar com amigos                  |              |           |         |                     |                 |
| Outra <input type="checkbox"/> Qual?<br>_____ |              |           |         |                     |                 |

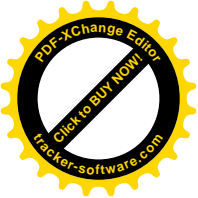
1.15. Há quanto tempo está no Lar? \_\_\_\_\_ meses/anos

1.16. Partilha o quarto com alguém? Sim  Não  Quantas pessoas? \_\_\_\_\_

## 2. Elementos Contextuais da Institucionalização

### 2.1. Quem tomou a decisão da sua institucionalização?

- a) Opção própria  b) Opção dos familiares  c) Foi de acordo com a minha vontade   
d) Foi contra a minha vontade  e) Tive dúvidas  f) Outra



## 2.2. Quais os motivos que o(a) levaram a integrar nesta Instituição?

|  | Discordo muito | Discordo pouco | Nem concordo nem discordo | Concordo um pouco | Concordo muito |
|--|----------------|----------------|---------------------------|-------------------|----------------|
| a) Alterações da sua estrutura familiar  |                |                |                           |                   |                |
| b) Por questões de isolamento/distância  |                |                |                           |                   |                |
| c) Insuficiência/desadaptação das condições da sua habitação                       |                |                |                           |                   |                |
| d) Agravamento das suas condições de saúde   |                |                |                           |                   |                |
| e) Insuficiência de serviços de apoio formais (SAD, Centro Dia, Centro Saúde, ...) |                |                |                           |                   |                |
| f) Inexistência de uma rede de suporte informal (familiares)                       |                |                |                           |                   |                |
| g) Inexistência de uma rede de suporte informal (vizinhos, amigos, ...)            |                |                |                           |                   |                |
| h) Para não incomodar familiares e amigos  |                |                |                           |                   |                |

## 2.3. Recebe visitas com regularidade?

a) Não  b) Sim  Quantas vezes? Uma vez por semana

Duas/Três vezes por semana

Uma/Duas vezes por mês

Outra

b) Quem o visita? \_\_\_\_\_



### 3. Elementos consequentes da Institucionalização

#### 3.1. De que forma a sua institucionalização contribuiu para a sua qualidade de vida?

|   | <b>Discordo muito</b> | <b>Discordo pouco</b> | <b>Nem concordo nem discordo</b> | <b>Concordo um pouco</b> | <b>Concordo muito</b> |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| a) Facilita o acesso a novas amizades   |                       |                       |                                  |                          |                       |
| b) Proporciona a manutenção da sua autonomia pessoal  |                       |                       |                                  |                          |                       |
| c) Proporciona novas actividades de lazer/ocupação  |                       |                       |                                  |                          |                       |
| d) Permite aliviar os familiares de tarefas de apoio  |                       |                       |                                  |                          |                       |
| e) Facilita o acesso a serviços vários (saúde, protecção, informação jurídica, cuidados, ...) |                       |                       |                                  |                          |                       |
| f) Promove o aumento do bem-estar   |                       |                       |                                  |                          |                       |
| g) Permite a participação e a tomada de decisões/opções na vida institucional                 |                       |                       |                                  |                          |                       |
| h) Permite beneficiar de uma alimentação adequada   |                       |                       |                                  |                          |                       |

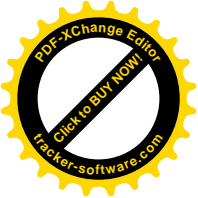












| <b>K) Escala de Individualidade:</b> As próximas perguntas são sobre as suas preferências na sua vida. | Muitas<br>Vezes | Às<br>Vezes | Raramente | Nunca | Maioria<br>Sim | Maioria<br>Não | Ns | Nr |
|--|-----------------|-------------|-----------|-------|----------------|----------------|----|----|
| 1. Os funcionários sabem do que gosta?   |                 |             |           |       |                |                |    |    |
| 2. Os funcionários conhecem-no bem?  |                 |             |           |       |                |                |    |    |
| 3. Os funcionários interessam-se pelo que fez na sua vida?   |                 |             |           |       |                |                |    |    |
| 4. Os funcionários levam a sério as suas preferências?   |                 |             |           |       |                |                |    |    |
| 5. Os outros utentes conhecem-no bem?  |                 |             |           |       |                |                |    |    |
| 6. Os seus interesses e desejos pessoais são respeitados no Lar?                                       |                 |             |           |       |                |                |    |    |

### Resumo de Itens:

As próximas doze perguntas resumem o que temos discutido até agora. Estas referem-se à classificação geral da qualidade da sua vida.

| Como avalia a qualidade da sua vida aqui em relação a: | Excelente | Bom | Razoável | Fraco |   | Sim | Não | Ns | Nr |
|--|-----------|-----|----------|-------|---|-----|-----|----|----|
| 1. Sentir-se confortável.                              |           |     |          |       | 1. Sente-se confortável?                              |     |     |    |    |
| 2. Fazer o que quer.                                   |           |     |          |       | 2. Faz o que quer?                                    |     |     |    |    |
| 3. Ter privacidade                                     |           |     |          |       | 3. Tem privacidade?                                   |     |     |    |    |
| 4. Poder fazer escolhas no seu dia-a-dia.              |           |     |          |       | 4. Pode fazer escolhas no seu dia-a-dia?              |     |     |    |    |
| 5. Sentir que a sua dignidade é respeitada.            |           |     |          |       | 5. A sua dignidade é respeitada?                      |     |     |    |    |
| 6. Ter coisas interessantes para ver e fazer.          |           |     |          |       | 6. Tem coisas interessantes para ver e fazer?         |     |     |    |    |
| 7. Gostar da comida e que chegue a hora das refeições. |           |     |          |       | 7. Gosta da comida e que chegue a hora das refeições? |     |     |    |    |
| 8. Fazer coisas que gosta.                             |           |     |          |       | 8. Faz coisas que gosta?                              |     |     |    |    |
| 9. Ter boas amizades.                                  |           |     |          |       | 9. Tem boas amizades?                                 |     |     |    |    |
| 10. Sentir segurança.                                  |           |     |          |       | 10. Sente-se seguro?                                  |     |     |    |    |
| 11. Ir às celebrações religiosas.                      |           |     |          |       | 11. Vai às celebrações religiosas?                    |     |     |    |    |
| 12. Sentir que a sua vida é boa.                       |           |     |          |       | 12. Em geral, a sua vida é boa?                       |     |     |    |    |

**Anexo 3****ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO POR LOCAL DE RESIDÊNCIA**

| Local de Residência<br>(à data dos Censos 2011) | Índice de Envelhecimento (Nº) por local de<br>residência (à data dos Censos 2011); Decenal<br>Período de referência dos dados 2011. Nº |
|---|--|
| Vouzela   | 213,7  |
| Alcofra   | 269,7  |
| Cambra  | 200  |
| Campia  | 216,5  |
| Carvalho de Vermilhas                           | 214,3  |
| Fataunços                                       | 183,9  |
| Figueiredo das Donas                            | 288,9  |
| Fornelo do Monte                                | 261,4  |
| Paços Vilharigues                               | 169,4  |
| Queirã  | 205,5  |
| S. Miguel do Mato                               | 220,5  |
| Ventosa   | 329  |
| Vouzela   | 160,7  |
| S. Pedro Sul                                    | 208,3  |
| Baiões  | 131,1  |
| Bordonhos                                       | 109,3  |
| Candal  | 610  |
| Carvalhais                                      | 183,8  |
| Covas do Rio                                    | 1240   |
| Figueiredo de Alva                              | 210,2  |
| Manhouce  | 326,7  |
| Pindelo dos Milagres                            | 275,3  |
| Pinho   | 218,8  |
| Santa Cruz da Trapa                             | 159,5  |
| S. Cristóvão de Lafões                          | 271,4  |
| S. Félix  | 260,5  |
| S. Martinho das Moitas                          | 880  |
| S. Pedro do Sul                                 | 169,9  |
| Serrazes  | 239,8  |
| Valadares                                       | 337,5  |
| Várzea  | 98,3   |
| Vila Maior                                      | 229,5  |
| Oliveira de Frades                              | 140,9  |
| Arca  | 289,7  |
| Arcozelo das Maias                              | 193,9  |
| Destriz   | 287,9  |
| Oliveira de Frades                              | 81,8   |
| Pinheiro  | 157,6  |
| Reigoso   | 182,6  |
| Ribeiradio                                      | 188,3  |
| S. João da Serra                                | 280  |
| S. Vicente de Lafões                            | 125,4  |
| Sejães  | 159,3  |
| Souto de Lafões                                 | 83   |
| Varzielas                                       | 196,2  |

Índice de Envelhecimento (Nº) por local de residência (à data dos censos 2011); Decenal – INE, Recenseamento da população e Habitação.