



Instituto Superior de Serviço Social do Porto
Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.R.L.

**HABILIDADES FUNCIONAIS, NÍVEL DE ACTIVIDADE,
INTEGRAÇÃO NA COMUNIDADE E SAÚDE EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS EM LAR: RESULTADOS
PRELIMINARES**

CARINE MAGALHÃES

2013



Instituto Superior de Serviço Social do Porto
Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.R.L.

**HABILIDADES FUNCIONAIS, NÍVEL DE ACTIVIDADE,
INTEGRAÇÃO NA COMUNIDADE E SAÚDE EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS EM LAR: RESULTADOS
PRELIMINARES**

CARINE MAGALHÃES

Dissertação de mestrado em Gerontologia Social, realizada
sob a orientação da Prof. Doutora Berta Rodrigues Maia
(Professora Auxiliar do ISSSP) e co-orientação da Prof.
Doutora Sidalina Almeida (Professora Auxiliar do ISSSP)

AGRADECIMENTOS

Neste espaço quero agradecer a todos aqueles que contribuíram para que este trabalho fosse realizado. A todos deixo o meu sincero agradecimento, pois sem eles este trabalho não seria conseguido.

Em primeiro lugar agradeço à Prof. Doutora Berta Rodrigues Maia pela disponibilidade e pela dedicação que teve ao longo deste trabalho. As suas orientações foram cruciais para o desenrolar desta dissertação. Nos momentos de desânimo consegui motivar-me para que o trabalho fosse retomado e para que chegasse a bom porto.

Em segundo lugar, e não menos importante, agradeço também à Prof. Doutora Sidalina Almeida, pela sua co-orientação, onde as duas orientações e transmissão de conhecimentos puderam enriquecer este trabalho.

Em seguida, agradeço à Casa do Povo de Leomil, na pessoa do Sr. Presidente da Direcção, Eng.º José Abel e Sra. Directora Técnica, Dra. Lucinda Lobão, que permitiram a recolha dos dados na valência Estrutura Residencial para Idosos.

Agradeço também aos residentes da Estrutura Residencial para Idosos e às colaboradoras que ali prestam serviço.

À minha amiga Mónica pelo apoio demonstrado.

Agradeço de uma maneira muito carinhosa aos meus pais, Margarida e Francisco, pois sem eles nada disto seria possível.

Ao meu filho, Francisco, que apesar da sua tenra idade compreendeu as ausências da mãe.

À minha avó que sempre me apoiou e me deu ânimo para avançar.

Por fim, agradeço a todos aqueles, que de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO	11
1.1. Envelhecimento	12
1.2. Dados demográficos	17
1.2.1. O envelhecimento a nível mundial	17
1.2.2. Dados demográficos do envelhecimento em Portugal	19
1.2.3 - Dados demográficos do envelhecimento no concelho de Viseu	22
1.3. Aspectos bio-psico-sociais do envelhecimento	23
1.4. Envelhecimento activo	32
CAPÍTULO II - INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA.....	39
2.1. Institucionalização enquanto resposta social	40
2.2. Causas e consequências da institucionalização	43
2.3. Adaptação ao processo de institucionalização.....	50
CAPÍTULO III - ESTUDO EMPÍRICO	56
3.1. Âmbito geral do projecto e objectivos.....	57
3.2. Objectivos.....	57
3.3. Caracterização da Estrutura Residencial para Idosos da Casa do Povo de Leomil .	57
3.4. Metodologia.....	60
3.4.1. Instrumento de Avaliação.....	60
3.4.1.1. Questionário de Informação Pessoal (QIP)	60
3.4.2. Entrevistadores, treino e controlo de qualidade.....	62
3.4.3. Procedimentos	62
3.4.4. Análise Estatística	63
3.4.5. Amostra	63
4. RESULTADOS	64
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	71
4.1. Instrumentos	72
4.2. Amostra	72
4.3. Dados demográficos	72
4.4. Motivos da Institucionalização.....	73
4.5. Partilha do Quarto.....	73
4.6. Habilidades Funcionais.....	74

4.7. Nível de Actividade	74
4.8. Integração na Comunidade	74
4.9. Saúde (objectiva e subjectiva)	76
4.10. Correlações entre as dimensões do QIP	77
4.11. Correlações entre as dimensões do QIP e a Idade e Género e efeito da Idade e Género	77
4.12. Limitações	77
4.13. Implicações	77
BIBLIOGRAFIA	80
ANEXOS	86
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÃO PESSOAL – QIP	87
ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide da população global em 2002 e 2025	18
Gráfico 2 - Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011	19
Gráfico 3 - Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011	20
Gráfico 4 - Pirâmide Etária, Portugal – projecção da população residente em 2050	21
Gráfico 5 - Indicadores de envelhecimento (Censos 2011).....	22
Gráfico 6 – Índice de Envelhecimento por NUTS II, 2001 e 2011	23

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas	64
Quadro 2 – Meses de permanência na Instituição e Motivos da Institucionalização	64
Quadro 3 – Partilha do quarto	65
Quadro 4 – Habilidades Funcionais	65
Quadro 5 – Nível de actividade	66
Quadro 6 – Integração na Comunidade	67
Quadro 7 – Variáveis relacionadas com a saúde objectiva	68
Quadro 8 – Problemas de saúde	68
Quadro 9 – Percepção de saúde	69
Quadro 10 – Coeficientes de correlação de Spearman e Pearson entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões do QIP	69
Quadro 11 – Coeficientes de correlação de Spearman e Pearson entre as diferentes dimensões do QIP	70

GUIA DE ABREVIATURAS

ATL – Centro de actividades e tempo livre

AVD – Actividades da Vida Diária

AIVD - Actividades Instrumentais da Vida Diária

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CSI – Complemento Solidário para Idosos

INSERSO - Instituto de Mayores y Servicios Sociales

ICAF – Inquérito relativo às características físicas e arquitectónicas

ICOF – Inquérito relativo às características de organização e funcionamento

ICPR – Inquérito relativo às Características do pessoal e dos residentes

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ERPI - Estrutura Residencial para Idosos

EAA – Escala de Apreciação Ambiental

ECS – Escala do clima social

DN – Diagnóstico de necessidades

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

QIP – Questionário de Informação Pessoal

SAMES – Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais

SERA - Sistema de Evaluacion de Residências de Ancianos

TIO - Terceira Idade On-Line

RESUMO

Introdução: São escassos os estudos portugueses que avaliam o nível de funcionalidade, o nível de actividade e a saúde em idosos institucionalizados em lar.

Objectivos: Estimar os meses de institucionalização dos idosos e as causas que conduziram à institucionalização em lar, bem como o número de idosos que partilha o seu quarto com outros. Estimar as Habilidades Funcionais dos idosos, o tipo de actividades relatadas, dentro e fora da instituição (Nível de Actividade e Integração na Comunidade) e o grau de saúde (objectiva e subjectiva). Analisar a relação entre estas quatro dimensões e analisar a relação destas com algumas variáveis demográficas (idade, género).

Métodos: 35 idosos institucionalizados em lar (idade média=80.20 anos; DP=6.263) completaram o Questionário de Informação Pessoal (QIP; Fernández-Ballesteros, 1995; Maia et al., 2013). Para a análise dos dados recorreremos ao SPSS 21.

Resultados: A grande generalidade dos idosos está institucionalizada há mais de 16 meses, por motivos maioritariamente de saúde (65,7%), partilha o quarto com terceiros (71.4%) e é autónoma, não necessitando de ajuda (56.7%) em actividades como o cuidado pessoal, comer, vestir/despir, andar, levantar/deitar. Quando se trata das actividades mais complexas, como a administração de dinheiro, uso do telefone ou ida às compras, o grau de dependência aumenta (27.6% dos sujeitos necessitam de muita ajuda e 35.2% de alguma ajuda). Verifica-se que 72.9% da população está inactiva, visto limitar-se a ver televisão ou a ouvir rádio e apenas 14.3% dos idosos se dedicam a actividades fora da Instituição. Os actos religiosos têm uma larga adesão (88.6%). 79.4% dos idosos reporta problemas de mobilidade e 35.3% problemas de foro psicológico. Verifica-se que 45.7% percebem a saúde como má, com as mulheres a perceberem a sua saúde mais negativamente do que os homens. Nenhum dos idosos, de ambos os géneros, percebe a sua saúde como boa ou excelente (0%). A dimensão Nível de Actividade apresenta uma correlação positiva com a dimensão Integração na Comunidade ($r=.448^*$). O género apresenta uma correlação significativa com a dimensão Habilidades Funcionais ($\rho=.383^*$) e com a dimensão Saúde ($r=.414^*$). O estado civil apresentou uma correlação positiva com as Habilidades Funcionais ($\rho=.419^*$) e o grau de escolaridade apresentou uma correlação negativa e com a dimensão Saúde ($r=-.446^*$).

Conclusões: Na nossa amostra a institucionalização é causada maioritariamente devido a problemas de saúde. A maioria dos idosos partilha o seu quarto o que pode afectar a sua intimidade e bem-estar. Apesar da maioria dos idosos ser funcionalmente autónoma, a grande generalidade apresenta uma vida pautada pela inactividade e por fracos laços com o exterior. As mulheres percebem a sua saúde mais negativamente do que os homens. Importa assim, desenvolver estratégias que conduzam a um envelhecimento activo destes idosos.

ABSTRACT

Introduction: There are scarce Portuguese studies that evaluate the functionality, the level of activity and the health of institutionalized elderly in a nursing home.

Objectives: To estimate the months of institutionalization of elderly and the causes that led to that institutionalization and the number of elderly that shares the same room with others. To estimate also the Functional Skills on elderly, the type of activity reported, in and out of the institution (Level of Activity and Integration in the Community) and the degree of health (objective and subjective). To analyze the relation between these four dimensions and to analyze them with demographic variables (age, gender).

Methods: 35 elderly institutionalized in a nursing home (average age=80.20 years old; DP=6.263) completed the Personal Information Questionnaire (QIP; Fernandes-Ballesteros, 1995; Maia et al., 2013). For the analysis of the data we used SPSS 21.

Results: The substantial generality of the elderly is institutionalized more than 16 months, for mainly health motives (45.7%), share the room with another person (71.4%) and are independent, not needing help (56.7%) in activities as personal care, eating, dressing/undressing, walk, get up/lay down. When they deal with more complex activities, such as money administration, using the phone or going shopping, the level of dependence increases (27.6% of the subjects need much help and 35.2% need some help). 72.9% of the inactive population is limited on watching TV or listening to the radio and just 14.3% of the elderly dedicate their time to activities outside the nursing home. Only the religious practices have a big support (88.6%). 79.4% of the elderly report mobility problems and 35.3% report psychological problems. 45.7% perceived their health as bad and women have a more negative perception of their health than men. None of the elderly perceived their health as being good or excellent (0%). The dimension Level of Activity presents a positive correlation with the dimension Integration on the Community ($r=.448^*$). Gender presents a significant correlation with the dimension Functional Abilities ($\rho=.383^*$) and with the Health dimension ($r=.414^*$). The Marital Status presented a positive correlation with the Health dimension ($r=.446^*$).

Conclusions: In our sample the institutionalization is mainly caused by health problems. Most of the elderly share their room, what can influence their intimacy and well-being. Despite the majority of elderly being functionally independent, the generality presents a life guided by inactivity and weak bonds with the outside. Women have a more negative perception on health than men. In that sense it is important to develop strategies that lead to an active aging of the elderly.

RESUMÉ

Introduction: les études portugaises qui évaluent le niveau de fonctionnalité, le niveau d'activités et l'état de santé des personnes âgées placées en maison de retraite sont rares.

Objectifs: mesurer la durée du placement en institution et les raisons qui en sont à l'origine, tout comme le dénombrement de personnes âgées qui partagent leur chambre. Évaluer les habilités cognitives des personnes âgées, le genre d'activités mentionnées, au sein de l'institution et hors de l'institution (Niveau d'activité et intégration au sein de la communauté) et l'état de santé (objective et subjective). Analyser la relation entre ces quatre domaines et la façon dont ils varient selon les variables démographiques (âge, genre).

Méthode: 35 séniors placés en maison de retraite (âge moyen=80.20 ans; DP=6.263) ont rempli le questionnaire de données personnelles (QIP; Fernandes-Ballesteros, 1995; Maia et al., 2013). Pour l'analyse des données nous avons eu recours au logiciel SPSS 21.

Résultats: une grande partie des séniors est institutionnalisée il y a plus de six mois, surtout pour des raisons de santé (65.7%), ils partagent leur chambre avec autrui (71.4%) et est autonome, n'ayant nullement besoin d'aide (56.7%) pour mener à bien des activités telles que l'hygiène personnelle, manger, s'habiller /se déshabiller, marcher, se lever/se coucher. Quant aux activités plus complexes, comme la gestion de l'argent, l'utilisation du téléphone ou faire les courses, le degré de dépendance augmente (27.6% des sujets ont besoin d'une aide importante, 35.2% ont besoin d'une aide moins importante).

Nous avons vérifié que 72.9% des sujets étudiés sont inactifs, étant donné qu'ils se limitent à regarder la télévision ou à écouter la radio, et à peine 14.3% des séniors pratiquent des activités hors institution. Seules les pratiques religieuses ont une grande adhésion (88.6%). 79.4% des personnes âgées mentionnent des problèmes de mobilité et 35.3% mentionnent des troubles psychologiques. Nous avons vérifié que 45.7% considèrent que leur état de santé est mauvais, principalement en ce qui concerne les femmes. Aucun des séniors, des deux genres, considère son état de santé comme étant bon ou excellent (0%). Il existe une corrélation positive entre le domaine Niveau d'activité et le domaine Intégration dans la Communauté ($r=.448^*$). Le genre et le domaine des Habiletés fonctionnelles ($\rho=.383^*$) présentent une corrélation significative, tout comme le genre et le domaine de la Santé ($r=.414^*$). Il y a aussi une corrélation positive entre les Habiletés Fonctionnelles ($\rho=.419^*$) et une corrélation négative entre le degré de scolarisation et le domaine de la Santé ($r=-.446^*$).

Conclusions: Parmi les sujets étudiés, le placement en institution est en grande partie dû à des problèmes de santé. La majorité des sujets partage sa chambre, ce qui peut affecter leur intimité et leur bien-être. Malgré le fait que la majorité des séniors soit fonctionnellement autonome, le plus grand nombre a une vie marquée par l'inactivité et par des liens fragiles avec l'extérieur. Les femmes perçoivent leur état de santé d'une façon plus négative que les hommes. Ainsi, il est important de mettre en place quelques stratégies visant un vieillissement actif de ces personnes âgées.

INTRODUÇÃO

Portugal é cada vez mais um país envelhecido, à semelhança de outros países da Europa. Este envelhecimento da população tem tendência a agravar-se. Com o aumento do número de idosos e da esperança média de vida, assistimos a várias mudanças, uma das quais prende-se com a institucionalização em lar.

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e tem como objectivos gerais estimar os motivos da institucionalização em lar, o grau de funcionalidade dos idosos institucionalizados em lar, o seu nível de actividade (dentro e fora da Instituição) o seu estado de saúde (objetiva e subjetiva).

Os resultados foram obtidos através da aplicação do Inquérito de Informação Pessoal (QIP, Fernández Ballesteros, 1995; Maia et al., 2013).

O estudo foi realizado numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) – Casa do Povo de Leomil, concelho de Moimenta de Beira, distrito de Viseu, na sua valência de Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).

No capítulo I abordamos o conceito de envelhecimento, bem como os dados demográficos do envelhecimento a nível mundial, nacional e local (do concelho de Viseu). De seguida, e porque o envelhecimento é um conceito multifacetado, abordamos os seus aspectos bio-psico-sociais e, por fim, o conceito de envelhecimento activo.

No capítulo II abordamos o processo de institucionalização da pessoa idosa, as suas causas e consequências e a adaptação que este implica.

O capítulo III é dedicado ao estudo empírico; definem-se os objectivos do presente trabalho, descreve-se a metodologia seguida e finalmente são apresentados os resultados.

O capítulo IV é dedicado à discussão dos resultados e conclusões.

CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO

Neste capítulo vamos abordar conceitos relativos ao envelhecimento e apresentar dados demográficos a nível mundial, nacional e mais especificamente a nível regional.

1.1. Envelhecimento

Na antiguidade o ancião tinha o estatuto de sábio, pelas suas vivências e sapiência, transmitindo às gerações vindouras a sabedoria. Actualmente, cada sociedade valoriza ou não o papel do idoso. Há sociedades que ainda valorizam e respeitam o ancião. Por sua vez, há outras sociedades, que encaram a velhice como um período de dependência e vulnerabilidade descartando a pessoa idosa e negligenciando muitas vezes os cuidados necessários (Fernandes, 2010).

Segundo a OMS (2001) idoso é todo aquele com mais de 65 anos independentemente do seu sexo, ou estado de saúde. Todavia, e com o evoluir da medicina e a crescente qualidade de vida passamos a ter vários idosos, que apesar de já serem considerados idosos devido á sua idade continuam ainda muito jovens para serem considerados “velhos”.

Imagário (2004) refere que há autores que dividem o grupo dos idosos em três categorias cronológicas: entre os 65 e os 74 anos encontram-se os “idosos jovens”; entre os 75 e os 84 anos, o “idoso velho” e, por fim, o “Idoso muito velho” a partir dos 85 anos de idade. Assim, a velhice resulta do envelhecimento sendo uma fase tardia do mesmo, resultante do avanço da idade.

Envelhecer é uma ocorrência da vida. Todas as pessoas envelhecem. Só somos idosos uma vez e o processo de envelhecimento é único. É um processo multifacetado visto que depende de factores fisiológicos, sociais e psicológicos. Estes factores variam de pessoa para pessoa e não estão directamente relacionados com a idade cronológica da pessoa. Não ocorrem isoladamente e uns complementam os outros, influenciando assim a saúde da pessoa idosa (Squire, 2002).

Sant’anna (2003) define o envelhecimento como um conceito multidimensional, que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos. Estas características variam de indivíduo para indivíduo, mesmo quando estão expostos às mesmas variáveis ambientais.

Fonseca (2006) defende que o envelhecimento é uma sequência de alterações que vão ocorrendo no organismo ao longo do tempo vivido. Com o passar do tempo há um acumular de acontecimentos biológicos que sucedem e que são irreversíveis na estrutura e funcionamento do organismo humano.

O envelhecimento é um fenómeno natural, físico e irreversível (Paúl, 2005). A partir do nascimento começamos a envelhecer. Para que o processo de envelhecimento seja vivido de uma maneira positiva, as pessoas têm que viver com estratégias que promovam o bem-estar e a qualidade de vida.

Com a passagem à reforma, muitas vezes os idosos são classificados de inúteis. Contudo, esta visão é hoje ultrapassada por muitos idosos, visto que muitos deles empenham-se em actividades que lhes permitem ocupar o tempo, como convívio com outras pessoas, viagens, a investigação artística ou científica, ou mesmo cursos de valorização pessoal. Isto é possível realizar-se se a doença não surgir como ameaça.

Cardão (2009) refere que a velhice é uma fase da vida, onde surgem grandes transformações a nível social (família, comunidade, trabalho e lazer) onde se desenrolam novas vivências. A velhice é entendida como a última fase do ciclo vital, encerrando um processo de envelhecimento normal ou patológico. Face ao envelhecimento as pessoas podem ter duas atitudes. Uma atitude positiva, na medida que a pessoa adopta uma postura construtiva, aceitando e recriando as alterações pessoais e sociais próprias do avançar da idade; ou uma atitude negativa em que a pessoa, fecha-se pois não aceita as mudanças, levando assim à auto-destruição.

A visão leiga da velhice encara-a na sua extensão de estruturação da sociedade, configuração associada à problemática da inclusão social pelo trabalho. Ser reformado/a não é ser velho/a. É o olhar dos outros que compõe as pessoas velhas (Paúl, 2005).

A velhice é mais do que a promoção de uma nova identidade imposta socialmente, corresponde a uma auto-reconstrução que valoriza a seguimento da trajectória individual. “É porque trabalhamos com velhos ou porque estamos ligados por afectos a velhos, e porque todos queremos ter o privilégio de envelhecer, que este assunto nos interessa e se tornou prioritário para pessoas e governos” (Paúl, 2005).

Okuma (1998) acrescenta que a velhice não é definível por simples cronologia, e sim pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde do indivíduo, sugerindo que o processo de envelhecimento é pessoal e diferenciado. Nessa perspectiva, a autora considera que o envelhecimento humano constitui um padrão de modificações e não um processo unilateral, mas sim, a soma de vários processos entre si, os quais envolvem aspectos biopsicossociais.

A vida tem várias etapas e todas elas devem ser vividas de maneira a aproveitar o momento da melhor maneira, pois à medida que se envelhece as capacidades vão-se debilitando, tornando a pessoa mais dependente.

Assim, entre os 20-35 anos de idade, maioridade jovem, a função biológica e o desempenho físico atingem o máximo. Entre os 35-45 anos, meia-idade, a actividade física diminui, havendo um aumento de 5-10 kg da massa de gordura corporal. As pessoas podem ter uma vida activa mesmo com o crescimento da família. Nesta fase, questões como, impressionar o patrão ou pessoas do sexo oposto deixa de ter importância. Entre os 45-65 anos de idade as mulheres atingem a menopausa, e os homens reduzem a produção dos hormônios sexuais. Nesta fase as carreiras profissionais têm geralmente atingindo o auge. A partir dos 65 anos começa o declínio dos idosos. Alguns idosos, entre os 65 e 75 anos de idade, podem iniciar uma actividade física para ocupar o tempo livre resultante da passagem à reforma. Entre os 75-85 anos muitos indivíduos estão já dependentes de terceiros, possuindo uma deficiência física-motora, e em idosos com idade muito avançada (acima de 85 anos) há um aumento muito grande da dependência de terceiros para a realização de actividades da vida diária (Casagrande, 2006).

A velhice é a última etapa do ciclo de vida e a ela está associada a diminuição da capacidade funcional, quer nas Actividades da vida diária (AVD) quer nas Actividades instrumentais da vida diária (AIVD), diminuição da capacidade de trabalho e perdas de papéis sociais assim como perdas psicológicas, motoras e afectivas. Estas perdas afectam as pessoas de maneira diferente, dependendo do nível socioeconómico da pessoa e da maneira como esta vivenciou os últimos anos que antecederam a entrada na velhice.

Segundo Netto (2004), a velhice é um facto pessoal e pode ser vista de duas formas: uma positiva, em que o idoso é visto como um mestre, cheio de sabedoria e de experiências de vida para partilhar sendo respeitado por todos os elementos da sociedade; e de uma forma negativa em que o idoso é visto como uma pessoa dependente, limitada e com baixo nível económico.

Face a isto quem é o velho?

O velho/idoso é a pessoa que sempre foi, mas nesta fase as virtudes e defeitos acentuam-se. O ancião é sempre uma pessoa mais experiente, mais sábia, mais velha, com mais perdas e com mais tempo disponível (Machado, 2010).

Surge assim, a categoria de “Terceira Idade”, que resulta da representação da velhice considerada como problema social (Lenoir, 1985) em que ligada à figura do idoso está associada uma conotação negativa de inutilidade, de uma pessoa dependente de outrem.

A OMS (1997) introduz um novo discurso, baseado no conceito de envelhecimento activo, com o objectivo de acabar com o estereótipo que há acerca da velhice. Assim, reconhece, como indispensável, a ideia de que as pessoas idosas devem continuar a trabalhar, ou a exercer outras actividades socialmente produtivas, até uma idade avançada.

Simone Beauvoir (1970/1986) defende que a “velhice tem uma dimensão existencial e modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, a sua relação com o mundo e com a sua própria história”. Simone Beauvoir, refere ainda que na velhice, a decadência e a finitude são características percebidas mais pelos outros que convivem com o idoso do que por ele próprio.

Palmeirão (2002) defende que os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural dão sentido à sua vida, são mais felizes e implicam-se mais no seu meio e na sociedade, melhorando a sua auto imagem e olhando-se de forma mais positiva.

Birren e Cunningham (1985) diferenciam três categorias de idades:

- A idade biológica diz respeito ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, sendo importante na forma como os problemas de saúde afectam os indivíduos – o funcionamento destes sistemas diminui com o tempo.

Fontaine (2000) refere que “a idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz”.

- A idade psicológica refere-se às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, onde se incluem os sentimentos, as cognições, as motivações, a memória, a inteligência e as outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima;

- A idade sociocultural refere-se ao conjunto de papéis sociais que os indivíduos adoptam como membros da sociedade e à cultura a que pertencem, idade essa que é julgada com base em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal.

Isto significa que as pessoas, independentemente da idade cronológica, apresentam outras idades. Cada vez mais as experiências e vivências das pessoas são importantes para se perceber o comportamento da pessoa.

Fernandez-Ballesteros (2000) introduz a noção de percepção de **idade funcional**. Para tal, defende que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre a estabilidade e a mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções

que necessariamente diminuem a eficácia (sobretudo as de natureza física, a percepção e a memória), outras que estabilizam (como por exemplo, a maior parte das variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (ligadas ao uso da experiência e de conhecimentos prévios).

Posto isto, a idade funcional engloba um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que, na opinião da autora, permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

Fonseca (2004) defende que este conceito de idade ajuda a encarar o envelhecimento como algo que é essencialmente do foro do desenvolvimento, pois permite-nos olhar para o envelhecimento como algo capaz de ser otimizado através de intervenções deliberadas e sistemáticas e porque nos permite contrariar a tendência geral existente no sentido da desvalorização das pessoas.

Bourdieu (1980) defende que o critério ‘idade’ implica intrinsecamente, uma redefinição das capacidades e do poder social atribuídos aos diferentes momentos do ciclo de vida. Nesta classificação identitária, a velhice é, desnaturalizada como realidade biológica intratável, para se tornar, simultaneamente, o meio e o fim de uma construção social.

Por tudo o que já foi mencionado ao longo do enquadramento do envelhecimento e velhice estes são um período de perdas mas também de enriquecimento pessoal. Com o decorrer do tempo as pessoas vão vivendo experiências positivas e negativas. As negativas é ver os entes queridos morrer, a saúde começa a dar sinais de fraqueza, as capacidades intelectuais diminui e as a ascensão profissional começa a diminuir.

A velhice é considerada uma fase da vida infeliz. Segundo Cícero no seu trabalho intitulado *De senectute* cit. por Fontaine (2000) refere que há quatro razões que contribuem para tal, sendo as seguintes:

1. A velhice inibe e limita o homem de suas atividades normais;
2. Há uma diminuição do vigor físico do homem;
3. Priva o homem de quase todos os prazeres da vida; e
4. A velhice está a um passo da morte.

A entrada para um lar de idosos leva os idosos a pensar que esta é a última etapa da vida, estando cada vez mais próximos da morte. Relativamente à temática da morte,

Cícero expõe que ma juventude não há uma preocupação com a morte, mas todos nós devemos estar preparados para isso visto que todos iremos morrer um dia, e se não há uma preparação para isso há pessoas que desesperam não conseguindo ter paz interior,

O facto de os idosos assistirem à perda dos entes queridos por falecimento vai levar o idoso a isolar-se. Aqui tem de se encontrar estratégias de maneira a evitar a solidão do mesmo.

1.2. Dados demográficos

1.2.1. O envelhecimento a nível mundial

Falar de envelhecimento e/ou do idoso é antes de mais uma questão demográfica (Oliveira, 2005). A sociedade mundial depara-se com um problema de grandes dimensões para o qual ainda não há solução – o envelhecimento demográfico. A população mundial tem vindo a aumentar sendo este crescimento gradual (Censos, 2011).

A Organização das Nações Unidas (ONU) prevê que em 2050 a população possa rondar o número de 9,1 biliões. Verifica-se que a percentagem de pessoas idosas cresceu, passando de 8% em 1950 para 11% em 2009, sendo esperado que alcance 22% em 2050 (Leão, 2011).

No início do milénio, os números indicavam que a população, com um mínimo de 60 anos de idade, fosse de 600 milhões. Passados 9 anos este grupo populacional crescera cerca de 100 milhões, passando a somar 700 milhões de pessoas, sendo que até 2050, este valor irá crescer substancialmente, prevendo-se que alcance os 2 biliões de indivíduos. A nível mundial, a população idosa cresce a um ritmo de 2,6% (Leão, 2011).

Dado a baixa natalidade e mortalidade a população tem tendência para o envelhecimento, sem que o retorno a um rejuvenescimento seja facilmente viável (Censos, 2011).

Este aumento populacional tem repercussões a nível social, económico e político. O impacto mais significativo será nas finanças públicas, uma vez que levará ao aumento das despesas públicas com pensões, assim como com cuidados de saúde (Censos, 2011).

Segundo a Comissão Europeia, a solução será, encorajar a geração “baby boom” a permanecer mais tempo no mercado, uma vez que esta é a responsável por grande parte da população entre os 45-65 anos. Segundo o Relatório *The Ageing Report*, 2012,

as despesas relacionadas com este fenómeno aumentarão em média 4% do PIB na União Europeia, até 2060. Nesta altura o número de pessoas com idade para trabalhar e de pessoas com mais de 65 anos, será de duas para uma, enquanto nos dias de hoje ainda se mantém de quatro para uma.

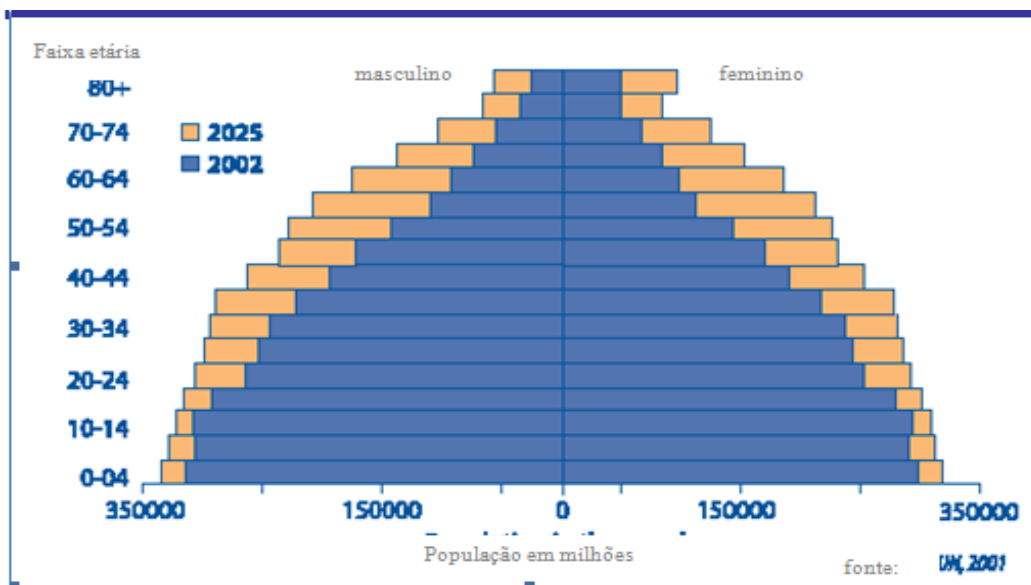


Gráfico 1 – Pirâmide da população global em 2002 e 2025.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. *Pirâmide da população global em 2002 e 2005*. Disponível em www.ine.pt.

Enquanto a proporção de crianças e pessoas jovens diminui, a proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais aumenta. A pirâmide triangular da população de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025 (Censos 2001).

Para fazer face ao problema do envelhecimento o Conselho Europeu de 8 de Março de 2010 elaborou a Estratégia Europeia 2020 aprovando prioridades relevantes para um crescimento inclusivo nomeadamente o objectivo duma taxa global de emprego de 75% para a população dos 20-64 anos e de (50%) para a população idosa com mais de 65 anos.

A Comunidade Europeia recomenda que as políticas para fazer face ao desafio do envelhecimento terão de ter em conta: a renovação demográfica; o emprego; a produtividade; o dinamismo produtivo da Europa; o acolhimento e integração efetiva de imigrantes e as finanças públicas sustentáveis (Censos 2011).

1.2.2. Dados demográficos do envelhecimento em Portugal

Como se pode verificar no gráfico 2 em 10 anos a população portuguesa envelheceu. O número de jovens diminuiu e o número de idosos aumentou (INE, 2001).

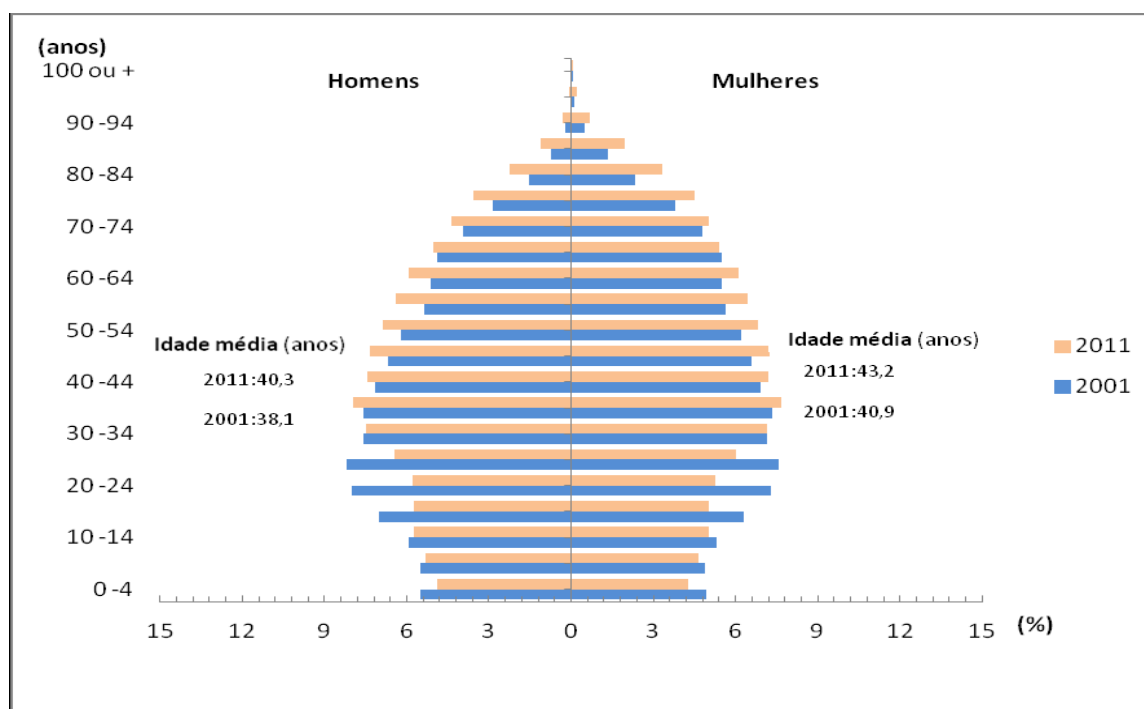


Gráfico 2 - Estrutura etária da população residente, por sexo, 2001 e 2011.

Fonte: INE . Instituto Nacional de Estatística, Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUESstema=55466&DESTAQUESmodo=2.

Contemporaneamente, em Portugal, verifica-se que há um significativo aumento da esperança de vida à nascença, de 82,6 anos de idade para as mulheres e de 76,7 anos de idade para os homens (Pordata, 2013).

Durante décadas Portugal apresentou elevadas taxas de natalidade e de mortalidade. Actualmente, tal não se verifica e está-se perante uma nova realidade que também é comum à generalidade dos países europeus realidade essa que começa a ter um impacto social relevante.

Estas alterações demográficas levaram a um envelhecimento na base da pirâmide etária, resultado das baixas taxas de natalidade e fecundidade e um envelhecimento de topo resultante do aumento de idosos e do aumento da esperança média de vida. Este duplo envelhecimento causa um desequilíbrio entre as gerações levando a problemas sociais e de saúde (Nazareth, 2009).

Segundo os Censos 2011, a população residente em Portugal aumentou cerca de 2%, perfazendo um total de 10 561 614 pessoas.

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, resultado do aumento da população idosa e da redução da população jovem, agravou-se nos últimos 10 anos, sendo que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 anos ou mais. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos.

Em 2001 este índice era de 102 (INE, 2011) ver gráfico 3.

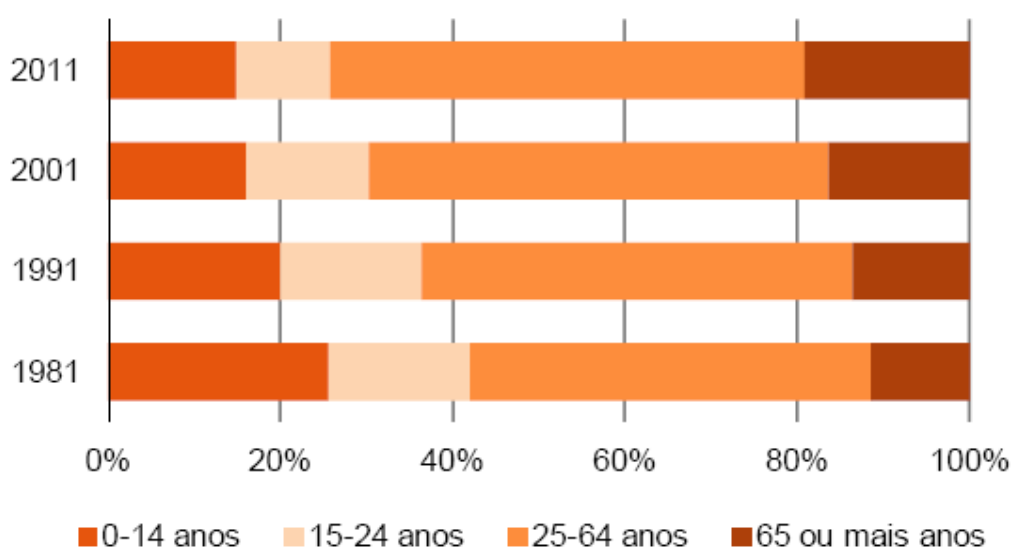


Gráfico 3 - Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. *População residente em Portugal*. Disponível em www.ine.pt.

Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respectivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4% , bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3% (INE, 2011).

O envelhecimento demográfico afirma-se, para Giddens (2001), como um fenómeno de “agrisalhamento” da população, uma vez que a percentagem de indivíduos com mais de 65 anos está a aumentar de forma progressiva e assim continuará a crescer nas próximas décadas, ou seja, o acréscimo da percentagem de idosos na população total em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade

activa. À medida que a população idosa cresce, aumentam também as exigências relativamente aos serviços prestados à referida faixa etária.

Futuras projecções mostram que em 2050 a população portuguesa estará ainda mais envelhecida, com 2,5 idosos com 65 anos ou mais para cada jovem com menos de 15 anos, segundo estimativas do Conselho da Europa (Fonseca, 2006).

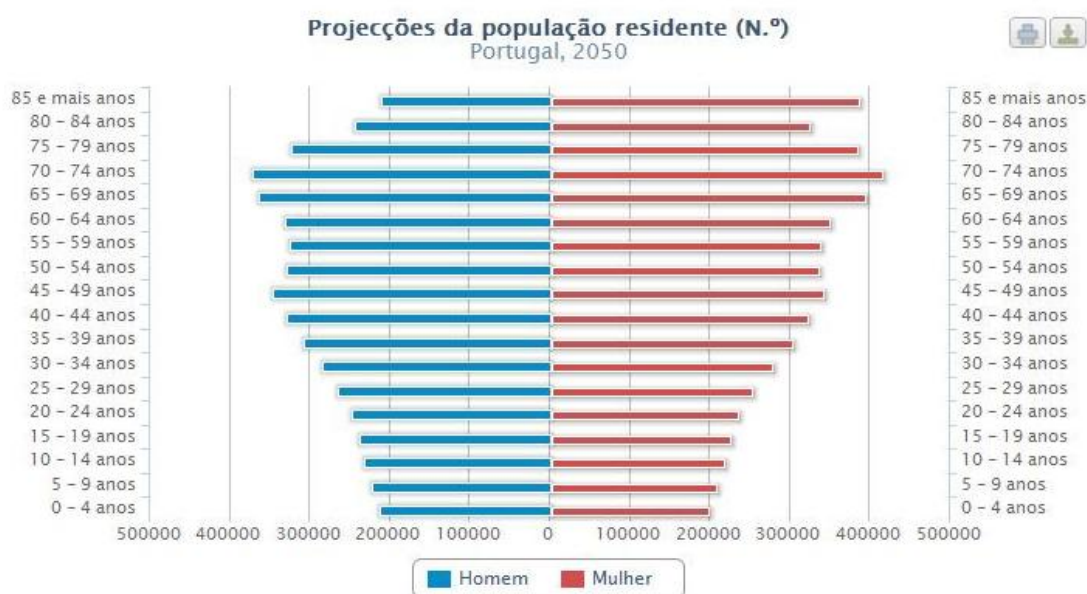


Gráfico 4 - Pirâmide Etária, Portugal – projecção da população residente em 2050.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Pirâmide Etária, Portugal projecção da população residente em 2050*. Consultado em 20 de Outubro, 2010. Disponível em www.ine.pt.

O envelhecimento da população tem especial realce nas sociedades mais desenvolvidas e as razões que contribuíram para impulsionar tal facto são: a forte redução da natalidade devido ao uso de contraceptivos, casamento cada vez mais tardio, novos valores, visto que os casais optam por ter cada vez menos filhos, o elevado custo de vida, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a falta de habitação adequada e a redução da doença e da taxa de mortalidade, devido aos avanços da medicina, e por último, a emigração (Oliveira, 2010).

Com o aumento da esperança média de vida, Portugal é cada vez mais um país envelhecido, o que tem levado à criação de equipamentos com capacidade para acolher pessoas idosas, com ou sem retaguarda familiar e que queiram ter um fim de vida com qualidade.

Como se pode verificar no gráfico 5 o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, assim como o índice de dependência nos idosos.

(A) Rácio - % (B) Proporção - %

Anos	Índice de envelhecimento (A)	Índice de dependência total (A)	Índice de dependência jovens (A)	Índice de dependência idosos (A)	Índice de longevidade (B)
1960	27,3	59,1	46,4	12,7	33,6
1970	34,0	61,7	46,0	15,6	32,8
1981	44,9	58,6	40,5	18,2	34,2
1991	68,1	50,6	30,1	20,5	39,3
2001	102,2	47,8	23,6	24,2	41,4
2011	127,8	51,3	22,5	28,8	

Gráfico 5 - Indicadores de envelhecimento (Censos 2011)

Fonte: INE, PORDATA. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-525>.

1.2.3 - Dados demográficos do envelhecimento no concelho de Viseu

Leomil é uma freguesia do concelho de Moimenta da Beira, distrito de Viseu (Região da Beira Interior).

O concelho de Viseu tem uma área de 507,1 Km², é capital de distrito e insere-se na NUT II Centro e NUT III Dão-Lafões. Este concelho é constituído por 34 freguesias das quais, 13 são predominantemente rurais (APR), 12 são predominantemente urbanas (APU) e 8 são mediantemente urbanas (AMU) (Santos, 2004).

A população do concelho de Viseu era em 1991 de 83 601 habitantes, tendo passado para 93 501 habitantes em 2001, ou seja, sofreu uma variação positiva de 11,8% (Santos, 2004).

A freguesia de Leomil é conhecida por ter sido um dos oito “concelhos” de Moimenta da Beira, tendo sido extinto como tal em 1885.

Actualmente é uma das freguesias mais habitadas do concelho. As famílias são predominantemente famílias clássicas, sendo a média do número médio de elementos por família de 2.9. O índice de envelhecimento é de 107.8%. (Diagnóstico Social do Município de Moimenta da Beira, 2006).

Com base nos Censos de 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos.

As Regiões do Centro e Alentejo, são as regiões mais envelhecidas, com índices de 163 e 178 respectivamente.

A região Centro em 2001 tinha um índice de 102 e em 2011 tem 163. Teve um aumento de 63%.

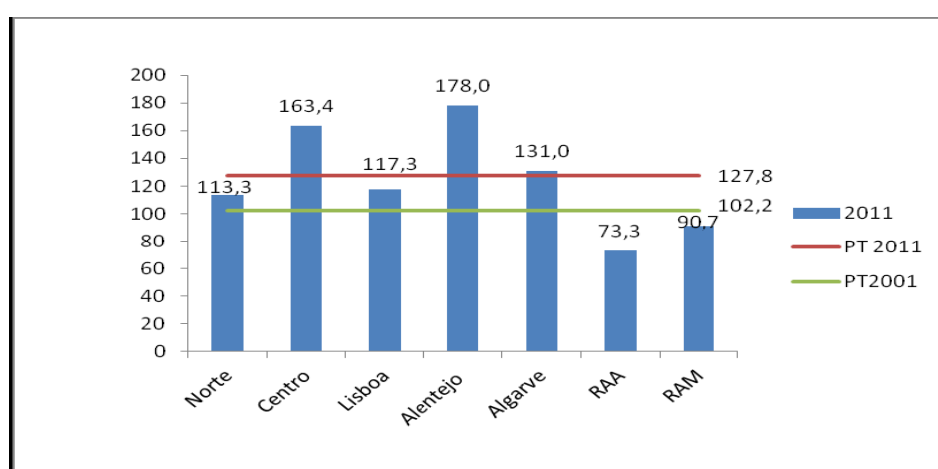


Gráfico 6 – Índice de Envelhecimento por NUTS II, 2001 e 2011

1.3. Aspectos bio-psico-sociais do envelhecimento

O Homem é um ser biopsicossocial e cultural em permanente mudança e com necessidades de várias ordens que precisam de ser satisfeitas, e em interacção com o meio ambiente que o rodeia, fazendo com que possa desfrutar de um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Machado, 2010).

O envelhecimento, tal como outras fases do desenvolvimento, abarca um conjunto de fenómenos biológicos, psicológicos, sociais e culturais sendo encarado como um fenómeno multidimensional.

Squire (2002) explana que o processo de envelhecimento possui três componentes: a componente biológica que está relacionada com as mudanças biológicas que uma pessoa vai sofrendo ao longo do tempo; a componente social diz respeito aos papéis sociais adequados às expectativas que a sociedade tem para este grupo etário, por fim a componente psicológica refere-se à auto-regulação da pessoa no campo de forças,

na tomada de decisões e opções. Assim, o envelhecimento configura-se como um processo que apesar de ser universal é também um processo individual.

A OMS (1945) define saúde como uma “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”. O conceito para além de mencionar a inexistência da doença defende um bem-estar físico, mental e social. Esta definição de saúde é um conceito holístico na medida que engloba aspectos sociais e emocionais da saúde. A saúde e a doença são processos inerentes à vida sendo condicionados pelas vivências individuais sendo a idade um factor determinante na saúde.

A idade cronológica influencia a saúde, sendo a velhice acompanhada pela deterioração gradual da saúde, um aumento das doenças e incapacidades e maiores exigências de cuidados sociais e de saúde (Squire, 2002). À medida que se vai envelhecendo vai-se perdendo capacidades funcionais (dificuldade no desempenho das actividades da vida diária e instrumentais da vida diária) e cognitivas.

À medida que se envelhece o indivíduo deve ser incentivado a promover um envelhecimento activo e saudável, de forma a prevenir doenças e retardar o seu aparecimento.

A iniciativa de promover a saúde deve ser iniciada pelo próprio indivíduo, no ambiente familiar, sendo apoiada por Instituições que forneçam condições e um acompanhamento com o intuito de retardar o aparecimento de patologias.

Actualmente as pessoas idosas são mais saudáveis do que eram há uns anos atrás; vivem mais tempo, com menos restrições, menos perdas funcionais e têm uma visão mais positiva acerca da saúde (Paúl, 2001). Quando abordamos a saúde devemos ter presente a componente física (doença), funcional (capacidade de executar as actividades da vida diária), a saúde mental (bem-estar psicológico) e a saúde subjectiva (auto-percepção da saúde).

A Carta de Ottawa (1986) define saúde como o processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Factores como tabagismo, sedentarismo, dieta desajustada (gorduras saturadas, sal e baixo consumo de fibras), obesidade, hipertensão e diabetes são considerados prejudiciais para uma promoção da saúde (Bus, 2002).

Ao longo do tempo a medicina tem feito progressos a nível da saúde, que se traduzem num aumento da esperança de vida, diminuição da taxa de mortalidade incluindo a taxa de mortalidade infantil. Relativamente à avaliação objectiva e

subjectiva da saúde, destaca-se quatro factores que contribuíram para esta concepção: primeiro, os avanços nos cuidados médicos fizeram baixar a taxa de mortalidade das doenças infecciosas agudas; segundo, a população cada vez mais se preocupa com a saúde levando a uma maior investigação e cuidado a sintomas de doença; de seguida, temos a divulgação por parte dos media das doenças gerando nas pessoas um alerta maior e por último as pessoas tomam medicação e vão ao médico por qualquer sintoma que possam ter (Squire, 2002).

Para além da idade a saúde pode sofrer várias influências, que vão desde, influências pessoais, psicológicas, fisiológicas e sociais. Nestas podem-se incluir, as experiências do passado, que se prende com o facto de terem enviuvado ou ficado incapacitados, o facto de terem uma determinada profissão que possa ter algum risco para a saúde; a Educação em que o seu conhecimento e capacidades levam o indivíduo a ter uma dieta mais equilibrada; o estado psicológico na medida se é optimista perante a vida ou se estão deprimidos por alguma razão da vida diária; o estatuto económico na medida que esta situação vai ter influência no acesso aos cuidados de saúde; o contacto social onde tem uma rede social de amigos ou se são desprovidos dessa mesma rede; capacidade física e independência na medida de terem saúde que lhes possibilita fazer uma vida normal; condições habitacionais na medida que as condições de higiene vão influenciar na saúde, havendo menos doenças e infecções e atitudes e crenças no sentido de estas terem influenciado ou não a percepção que têm acerca da sua saúde (Squire, 2002).

A saúde objectiva é a saúde vivida e sentida pela pessoa. A saúde subjectiva diz respeito à maneira como cada pessoa avalia o seu estado de saúde. A investigação tem revelado que a saúde subjectiva está associada à saúde objectiva e ao funcionamento individual, bem como à frequência com que são solicitadas consultas nos serviços de saúde (Pinquart, 2001). A saúde subjectiva é a percepção que as pessoas têm da sua saúde em determinada altura da vida, categorizando como má, razoável, boa, muito boa ou excelente (Escala de Lickert).

De acordo com o último Inquérito Europeu sobre Rendimento e Condições de Vida (Eurostat, 2008) em Portugal à medida que a idade avança a percepção acerca da saúde torna-se cada vez mais negativa, sendo pessoas entre os 15 e 24 anos aqueles que melhor percepcionem o seu estado de saúde.

Nos grupos cuja faixa etária ultrapassa os 65 anos de idade a avaliação subjectiva da saúde apresentam resultados mais negativos, principalmente no grupo de

peças com idade superior a 85 anos, onde apenas 4,3% das peças avaliam a sua saúde como boa ou muito boa. Portugal é o país da Europa com maior percentagem de peças a percepcionarem a saúde de forma negativa, 54,8% das peças avaliam a saúde com má ou muito má, sendo a média europeia de 28,7%. Esta diferença aumenta quando se trata de peças acima dos 85 anos de idade em que 61,6% avalia a saúde de uma forma negativa, enquanto na Europa o valor médio é de 37,4%.

Quanto à saúde mental, a Comissão Europeia (2002) propõe a descrição de três dimensões, sendo elas: saúde mental positiva que está relacionada com o bem-estar e com a capacidade de lidar com situações desfavoráveis; a saúde mental negativa sendo necessário haver um diagnóstico das perturbações psiquiátricas e por último o distress psicológico que está relacionado com a presença de indícios depressivos e ansiosos.

Para além da saúde física, deve-se ter em conta a saúde mental e o bem-estar psicológico nos idosos.

Segundo Ryff e Keyes (1995; cit. por Teles, 2012), o bem-estar psicológico pode ser alcançado mediante seis elementos, sendo cada um deles importante no processo de tornar o indivíduo mais satisfeito e auto-realizado. Assim, a auto-aceitação marca uma atitude adequada e aceitante em relação a aspectos do self entre o passado e o presente; a atribuição de significado à vida através de objectivos e crenças que afirmem um sentido de orientação e de pertença/significado; a autonomia corresponde a auto – direcção, no sentido de se reger por padrões internos que ao mesmo tempo sejam socialmente aceites; capacidade do self estabelecer relações ajustadas com os outros, estabelecer relações interpessoais satisfatórias, em que a empatia e intimidade são expressadas; a mestria contextual, em que o self tem a capacidade de lidar com um contexto complexo de acordo com as próprias necessidades e por último, o desenvolvimento pessoal, a partir de Insight do próprio potencial do indivíduo para auto – desenvolvimento. A saúde mental resulta da combinação de bem-estar emocional, psicológico e social.

O distress psicológico é marcado por sentimentos de desânimo, abandono e frustração, que estão relacionados com a depressão, ansiedade e a perda de controlo emocional e comportamental. À medida que a idade avança o elemento depressivo e psicológico do distress intensifica-se levando a um aumento da visão negativa sobre a saúde (Araújo, 2010).

Estudos demonstram que a percepção da saúde subjectiva declina com a idade. A base de sustentação desta teoria assenta nos seguintes fundamentos: a idade avançada

é caracterizada pela multi-morbilidade, a acumulação de condições médicas e doenças; aumento de condições crónicas e fragilidade aumenta a preocupação com as sensações do corpo e há um aumento da incidência de hipocondria com a idade (Pinquart, 2011).

Contudo, outros estudos demonstram que a percepção da saúde não se agrava com a idade. As justificações prendem-se com o facto da saúde percebida não depender unicamente das condições objectivas de saúde. Factores como a comparação da saúde individual com o estado de saúde dos conhecidos (principalmente daqueles em pior condição a esse nível); a percepção de saúde pode influenciar a longevidade, os mais velhos podem perceber melhor a saúde; as pessoas com mais problemas de saúde tendem a não participar tanto em estudos de investigação, pelo que poderá estar a ser subestimada a influência da idade na auto-percepção de saúde (Pinquart, 2001).

Atendendo ao aspecto biológico/físico, é normal que com o passar do tempo as pessoas sofram alterações a nível funcional e cognitivo. Contudo, o ritmo de envelhecimento varia de pessoa para pessoa. Baldessin (1996) afirma que “alguns parecem velhos aos 45 anos de idade e outros jovens aos 70 anos”, ou seja, há pessoas que com uma idade cronológica baixa apresentam indícios de envelhecimento maiores do que pessoas com idade mais avançada.

As principais mudanças que ocorrem a nível biológico são: os aspectos físicos – modificações externas que são perceptíveis destacando-se: pele enrugada; mais seca; aparecimento de manchas escuras na pele; as veias destacam-se sobre a pele; há um encurvamento postural devido às modificações da coluna vertebral; diminuição de estatura devido ao desgaste das vértebras e perda de cabelo o que o torna menos espesso e volumoso. Nas modificações internas temos: digestão mais difícil; a insónia aumenta; a visão de perto piora (exemplo, aparecimento das cataratas) o metabolismo fica mais lento; diminuição dos cinco sentidos (olfacto, tacto, paladar, audição e visão) e endurecimento/entupimento das artérias (Machado, 2010).

Para Schaie (1999) as competências de vida diária são a “capacidade do indivíduo idoso para funcionar de modo eficaz nas tarefas e situações de rotina do quotidiano”. A pessoa pode deparar-se com a situação de doença ficando limitada no desempenho das actividades da vida diária, necessitando da ajuda de terceiros para a realização das mesmas.

Nas mudanças a nível psicológico, geralmente, as modificações ocorrem a nível das competências cognitivas relacionadas com a idade podendo ser resumidas a diferenças entre a inteligência fluída e a inteligência cristalizada (Correia, 2003), sendo

considerado por Vaillant (2003) como estereótipo ligado ao envelhecimento, pondo em causa que declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas esteja relacionado com a idade. A inteligência fluída é a componente biológica ou genética independente da educação ou estimulação ambiental. Está subjacente à aprendizagem, à memória, ao raciocínio e às capacidades espaciais. É um processo básico de processamento da informação. A inteligência cristalizada é a capacidade para aplicar aprendizagens prévias. O seu fundamento está nas aprendizagens feitas ao longo da vida. É resultado da aquisição de conhecimentos culturais.

À medida que a pessoa envelhece ambas as inteligências diminuem mas a sabedoria aumenta à medida que se envelhece. A sabedoria é a capacidade de ajuizar adequadamente e de escolher a melhor possibilidade com base no conhecimento, experiência, compreensão entre outros (Webster Dictionary, 2001).

As alterações a nível cognitivo resultam de uma série de factores como: factores genéticos; saúde; escolaridade; actividade mental – actividades estimulantes cognitivamente levam a um melhor desempenho cognitivo; conhecimentos especializados – pessoas dotadas podem criar estratégias que permitam manter um certo nível de desenvolvimento cognitivo; personalidade e humor; meio social e cultural; treino cognitivo e diferenças entre os sexos – as alterações cognitivas são idênticas nos dois sexos, apesar de nas mulheres se evidenciarem numa idade mais baixa do que nos homens (Cancela, 2007).

As capacidades cognitivas alteram-se com o envelhecimento, havendo uma demora nas reacções e nos processos intelectuais, como no processamento de informação, aprendizagem e tomada de decisões; alterações sensoriais e perceptuais levando à demora do processamento de informação. Há diminuição de alguns tipos de memória, como é o caso, da memória Sensorial, Curto prazo, Longo Prazo e Memória de Trabalho (Birren, 1995).

A nível social há alterações nas relações familiares e interpessoais criando uma maior necessidade de instituições de apoio aos cuidados do idoso; ao nível sanitário - aumento de consumo dos cuidados primários e diferenciados, aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas e ao nível ético - relativamente à problemática do suicídio nos idosos (Paúl & Fonseca, 2005).

Através do processo de socialização as pessoas aprendem os seus papéis sociais, isto é, são os comportamentos e atitudes que se esperam de uma determinada pessoa. Na corrente funcionalistas, alguns sociólogos assumem os papéis sociais como parte

integrante e inalterável de uma determinada sociedade, tornando-os factos sociais. Acontece que não é verdade visto o ser humano não ser mecânico e eles próprios têm a capacidade de se tornarem agentes neste processo de interacção social (Giddens, 2001).

Com isto surge a questão da identidade que diz respeito àquilo que as pessoas pensam sobre elas mesmas e do que é importante. Define-se dois tipos de identidade: social e pessoal. A identidade social é aquilo que os outros pensam de nós, ou seja uma pessoa pode ter um papel social de presidente de uma instituição ser deputado. Esta identidade assemelha-nos muitas vezes a outras pessoas com os mesmos papéis sociais. A identidade pessoal permite-nos distinguir dos outros. Temos particulares que nos caracterizam e que permite distinguir de outras pessoas e sermos seres únicos por aquilo que fazemos (Giddens, 2001).

As pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos, como atitudes discriminatórias e preconceituosas que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais. Os idosos são alvo de situações de discriminação social exclusivamente baseados na sua idade, sendo um dos grupos mais vulneráveis da sociedade e vítimas de exclusão social (Giddens, 1997).

As pessoas idosas podem ter: Dificuldade em se adaptar a novos papéis; Falta de motivação ou dificuldade de planear o futuro; Perdas biológicas e sociais; Dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas; Alterações psíquicas que exigem tratamento; Possíveis sintomas de depressão, solidão, hipocondria, suicídio; Baixa auto-imagem e auto-estima; Declínio na manifestação da afectividade; Prejuízo da memória de fixação; Acentuação das características da personalidade; Apego maior aos valores já conhecidos, aos costumes e às normas já instituídas; Perda ou diminuição do interesse sexual; Diminuição da criatividade e da espontaneidade; Menor capacidade para o pensamento abstracto e Comportamentos regressivos/infantilidade (Machado, 2010).

Segundo Zimerman (2000) o envelhecimento social da população traz uma modificação de estatuto do velho e no relacionamento dele com outras pessoas em função de:

- Crise de identidade, provocada pela falta de papel social, o que levará o velho a uma perda da sua auto-estima;
- Mudança de papéis na família, no trabalho e na sociedade. Com o aumento do seu tempo de vida, o idoso deverá adequar-se a novos papéis;

- Reforma, devem estar preparados para não acabarem isolados, deprimidos e sem rumo; A passagem à reforma significa que as pessoas passam de activas para pessoas inactivas.

Segundo Sousa (2006) a ideia de uma pessoa reformada está ligada à perda de importância social e de poder.

Com a passagem à reforma assistimos a perdas diversas, que vai a desde condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e de autonomia; diminuição dos contactos sociais, que se tornam reduzidos em função das possibilidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras (Zimmerman, 2000).

A sensação de solidão e de ruptura com o meio social costuma aumentar na velhice.

Segundo D'Epina (1991) defende que a entrada na reforma não significa a entrada na velhice visto que a esperança média de vida está a aumentar e as pessoas vivem mais tempo com mais qualidade de vida. Para que tal aconteça e após a reforma as pessoas têm de reinventar a sua forma de viver encontrando actividades que as complete e as faça sentir socialmente úteis. Nesta fase da vida podem experienciar coisas que até então não tiveram oportunidades de fazer como por exemplo dedicar-se a utilizar as competências profissionais destinado para as pessoas que ao longo da vida não tiveram essa oportunidade; fazer parte de uma associação como voluntário, partilhando os seus saberes ou até mesmo dedicar-se a um hobby que durante a vida lhe foi limitado, como a música, pintura entre outras.

Segundo o mesmo autor defende que há acontecimentos geradores de perturbação tais como, a morte do cônjuge, da rede social de amigos, alteração de saúde e até a aproximação da própria morte. Face aos acontecimentos referenciados nem todas as pessoas reagem da mesma maneira e para isso vai haver influência da cultura, as trajetórias de vida, a geração, do sexo e até o meio onde se reside rural ou urbano)

Segundo Netto (2000) a solidão é uma experiência dolorosa que se tem quando as relações sociais não são adequadas. A reforma marca a entrada na velhice e previsivelmente a perda de papéis sociais activos.

Esta alteração de papéis afecta a diminuição de recursos económicos, uma quebra dos contactos sociais e por outro lado possibilita um maior tempo livre (Fonseca, 2006). A depressão no idoso implica diversas consequências: ao nível económico - com

aumento da população dependente aumentam as despesas com a saúde e com a segurança social.

Alonzo-Fernandes refere que “uma vida adequadamente vivida constitui, pelo contrário, um magnífico escudo contra os riscos psicológicos que a velhice comporta”, por outras palavras, é necessário vivermos sempre saudável e o mais felizes possíveis, pois nesta fase da vida, os nossos rancores e infelicidades irão repercutir-se acentuadamente, impedindo-nos de viver um envelhecimento activo, com a melhor qualidade de vida que consigamos obter.

Com o passar dos anos os idosos vêm a sua rede social sofrer alterações, havendo perdas de entes queridos, como o cônjuge, irmãos, amigos, vizinhos e a entrada numa instituição pode levar a um corte com essas mesmas relações mas pode também haver a criação de novos laços sociais (Paúl 1997).

A institucionalização tem um lado positivo e negativa na vertente social. O lado positivo acontece quando o idoso ainda tem capacidades intelectuais e físicas de ter uma vida para além da instituição que possibilite manter e criar novas relações sociais (principalmente as familiares). O lado negativo prende-se com a perda de privacidade, o facto de haver regras a cumprir relativamente a horários de levantar, refeições e deitar, a partilha do tempo e actividades com pessoas estranhas com quem geralmente não se criam relações de amizade nem se deseja criar (Bazo, 1991, cit. Paulos 2010).

A perda tem também a ver com o facto da entrada na instituição significar a perda de estatutos anteriores pelo idoso – pois ele é levado a assumir o estatuto de residente.

O idoso está sempre a viver um processo de socialização implicando isso a exposição a novos ambientes físicos e sociais e isso vai obrigar o idoso a reformular e a reconstruir os papéis tidos até então.

Com a entrada na reforma há um corte nas relações com os amigos da rede laboral, perda de familiares e amigos, perda de alguma independência financeira e as redes sociais vão de certo modo diminuindo e estes factos acentuam-se mais quando o indivíduo é institucionalizado, dado haver uma mudança mais profunda a nível físico e social (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Com a institucionalização os indivíduos têm de passar por uma reformulação de papéis, na medida que engloba estabelecer novas relações de amizade, encontrar novas formas de ocupar o tempo visto que muitas vezes o quotidiano da instituição não está estruturado por um programa de animação sociocultural que seja capaz de dar sentido à vida destes idosos. Têm que se adaptar a novas regras que existem sempre nos lares.

Este processo é um processo de uma profunda alteração identitária que muitas vezes nem sempre é bem conseguida pelos residentes (Pereira, 2012).

Face ao exposto é necessário haver uma reconstrução identitária. Tem que se ter em conta que se perderam alguns papéis e relações mas também se ganharam outros.

Estas alterações devem ser encaradas como normais pois são acontecimentos da condição humana num ambiente de modernidade tardia, como refere Giddens, 2001).

Quando um idoso é institucionalizado o corte do papel social mais sentido é o da família. O idoso deixa de ter o papel de pai ou avô. Em muitas famílias as pessoas mais velhas são tratadas como sendo portadores de sabedoria e ajudavam na orientação dos filhos, irmãos e outros familiares. A instituição deve ter a atenção de manter sempre contacto com os familiares do idoso para evitar o sentimento de abandono.

Conclui-se que por mais eficaz que seja o processo de acolhimento da institucionalização, por mais laços que o idoso possa criar e por mais afectuosos os cuidadores sejam nada vai substituir a família, daí a importância da articulação família – instituição (Relvas, 1996).

Para concluir a parte do papel social aquando da institucionalização esta tem como consequência negativa a solidão, a perda de identidade pessoal, a falta de respeito pela sua privacidade e diminuição dos níveis de auto-estima. Os idosos necessitam de se sentir em segurança na nova casa por isso devem estar satisfeitos com os serviços prestados. Realça-se ainda que o factor saúde e independência é importante para uma boa adaptação.

1.4. Envelhecimento activo

Face ao crescente aumento da população idosa a OMS (2001) concebeu o protótipo de envelhecimento activo definindo como “o processo pelo qual se optimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice”.

Para um envelhecimento activo deve ter-se em conta as determinantes transversais como a cultura e género, determinantes pessoais, saúde e serviço social, comportamentais, económicas, o ambiente físico e social (Gontijo, 2005). A conjugação destes factores é importante visto que têm influência no modo como as pessoas envelhecem.

Quando se fala em envelhecimento há conceitos que são importantes abordar como: Autonomia sendo definida como a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com as suas próprias regras e preferências (Gontijo, S. 2005); Independência: é a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de terceira pessoa (Ibidem); Qualidade de vida: é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupação. É um conceito complexo, que engloba a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as relações sociais, crenças e a sua relação com características do ambiente, (OMS, 1994). A qualidade de vida é determinada pela capacidade que a pessoa tem em manter a autonomia e independência.

O objectivo do envelhecimento activo consiste em promover o prolongamento da vida activa, não em termos profissionais, mas envolvendo os idosos na vida social, não como audiência passiva mas como participantes activos (Viegas, 2007).

Para um envelhecimento activo a pessoa deve manter o desejo de viver, ter auto-estima, preservar a saúde e manter-se activo, tentando envolver-se em projectos sociais que o mantenham ocupados e que possibilitem ter um envelhecimento activo (Verderi, 2002), ou seja, deve manter autonomia no desempenho das suas atividades da vida diária, embora muitas vezes recorra a pequenas ajudas que permitam ter qualidade de vida e independência.

Falar em envelhecimento activo implica abordar o conceito de actividade. Numa análise etimológica, Albuquerque (2009) refere que “a actividade, a acção humana, significa pôr em movimento, crescer, achar-se numa determinada situação ou estado, inclusive viver; (...) isto é, implica interacção do ser humano com aquilo que o rodeia, recolhe o significado de um fazer humano que implica a interacção social e cultural.”

Torres (2008) defende que é possível conseguir-se um envelhecimento saudável e bem-sucedido através de medidas preventivas e vantajosas, as quais englobam uma alimentação adequada, prática de actividade física e mental e instigação da integração social e familiar.

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (2004) surgiu com o objectivo de classificar a incapacidade, funcionalidade e saúde. Permite assim relacionar condições de saúde, factores pessoais e ambientais, com alterações orgânicas ou

funcionais (deficiências), e as suas consequências no grau de actividade e de participação dos indivíduos.

A funcionalidade engloba todas as funções do corpo, actividades e participação (CIF, 2004), relaciona-se com a autonomia na execução das actividades da vida diária, permitindo ter independência ao indivíduo.

O conceito de actividade, a OMS (2002) declara que o termo “activo” se refere ao indivíduo que para além de se encontrar fisicamente activo, participa activamente na sociedade em questões como a economia, cultura, civil e espiritual, cooperando, intervindo e contribuindo para o seu desenvolvimento de forma útil.

Assim sendo, podemos verificar que o ser humano está preparado e adaptado para o movimento e para a realização de actividades, as quais são fundamentais para a promoção e manutenção da saúde e do bem-estar, em contrapartida, a inactividade tem como consequência a perturbação do equilíbrio funcional. A inactividade na terceira idade está directamente relacionada com o sedentarismo, embora este conceito esteja mais associado à falta regular de exercício físico. Já a inactividade tem em conta outras variáveis além da anteriormente referida, abrangendo também outras vertentes, tais como a falta de actividades mentais e psicossociais. Segundo Netto (1997) o sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição da actividade física.

O fenómeno da inactividade e/ou sedentarismo tem vindo a crescer de forma avassaladora na sociedade contemporânea, contribuindo para um aumento significativo de doenças como a obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, osteoporose, entre outras (Antunes, 2005).

Rowe e Kahn (1997) tendo por base o estudo longitudinal da MacArthur Foundation, desenvolveram um modelo que a partir de 1997 adquire um carácter claramente multidimensional. Engloba 3 componentes, com uma interrelação tendencialmente hierárquica, cuja conjugação representará a plena realização de um envelhecimento bem-sucedido:

– Evitamento de doença e incapacidade – à mais habitual dimensão de presença/ausência de doença, Rowe e Kahn acrescentam a da presença/ausência e gravidade de factores de risco para doenças crónicas, permitindo assim destacar, de entre os idosos em processo de envelhecimento “habitual” (sem doenças), um subgrupo “bem sucedido” (com mais baixo risco);

– Maximização das funções cognitivas e físicas e envolvimento/compromisso com a vida – isto é a manutenção de actividades produtivas, de utilidade social, e de relacionamentos interpessoais.

Baltes e Baltes (1990), defendem uma teoria de envelhecimento bem sucedido, numa perspectiva psicológica, assente num modelo teórico – a “optimização selectiva com compensação”. Trata-se de um processo dinâmico de equilíbrio entre ganhos e perdas, envolvendo a interacção de 3 processos:

- a) Selecção - restrição e priorização de domínios/ tarefas/metast/ resultados - outcomes (em resposta designadamente à limitação de recursos);
- b) Optimização - maximização do nível de funcionamento através do aumento, enriquecimento ou manutenção dos meios/recursos relevantes para a eficácia nos domínios/metast seleccionados;
- c) Compensação - utilização de meios alternativos quando os recursos deixam de ser suficientes para atingir os resultados pretendidos.

Para Baltes e Baltes (1990) o envelhecimento bem sucedido é um processo adaptativo que, através de uma estratégia de optimização selectiva com compensação, permite ao indivíduo gerir o balanço de perdas e ganhos (tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade) e assim – de forma activa e idiossincrática – maximizar a eficácia no alcançar das metast (revistas), para si prioritárias, num contexto de inevitável redução de recursos/ capacidades.

Dado a inexistência de indicadores adequados de envelhecimento bem sucedido, os autores sugerem a utilização de critérios múltiplos, conjugando indicadores subjectivos com objectivos – e recorrendo, neste último caso, preferencialmente ao conceito de adaptabilidade, mais do que a padrões normativos que tendem a ser pouco passíveis de generalização.

A Estratégia Nacional de Envelhecimento Activo (2006) apresenta um conjunto de objectivos, actuando ao longo do ciclo da vida activa dos trabalhadores. Assim, esta Estratégia visa:

PRIORIDADE 1 – ESTIMULAR A PERMANÊNCIA DOS TRABALHADORES MAIS VELHOS NO MERCADO DE TRABALHO

Melhorar a qualidade do trabalho, de forma a combater a saída precoce dos trabalhadores do mercado de trabalho;

Promover condições mais favoráveis ao prolongamento da vida activa, reforçando os incentivos ao alargamento da vida activa dos trabalhadores e evitando a antecipação do processo para a inactividade.

PRIORIDADE 2 – VALORIZAR E PROMOVER O CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES MAIS VELHOS

Promover o acesso dos trabalhadores mais velhos à educação e formação / aprendizagem ao longo da vida, concretizando em termos estratégicos o aumento das habilitações e qualificações dos trabalhadores de modo a participarem em trabalhos onde as competências são valorizadas e fomentar a valorização da experiência profissional dos trabalhadores mais velhos, promovendo a mudança de mentalidades e das práticas das entidades empresariais no reconhecimento do Knowhow adquirido ao longo da vida pelo trabalhador.

O envelhecimento activo não se deve promover apenas quando os idosos estão institucionalizados, visto que alguns quando vão para uma Instituição já se encontram em condições de fragilidade, quer a nível físico quer psíquico, daí não se conseguir trabalhar em plenitude com estes idosos da mesma maneira que se trabalha com um idoso mais autónomo e capaz. Contudo, deve-se trabalhar com os idosos no sentido de estes manterem a sua autonomia e continuarem a ter qualidade de vida.

Pode-se dizer que estamos numa geração em que o envelhecimento é cada vez mais arrojado, isto deve-se em parte às tecnologias de informação e comunicação (TIC) que proporcionam a construção da identidade pessoal ao nível da sociabilidade.

Há vários programas existentes neste meio de comunicação. A nível internacional existe a Associação Internacional das Universidades de Terceira Idade, do International Council on Active Aging (www.icaa.org).

A nível nacional existe o projecto TIO, Terceira Idade On-Line (www.projectotio.net).

O Projecto TIO foi criado em 1999, no âmbito o Ano Internacional das Pessoas Idosas.

O Projecto TIO tem como principais objectivos: Reforçar a participação activa dos idosos na sociedade da informação; Promover a saúde e qualidade de vida dos idosos e Desenvolver o relacionamento e conhecimento intergeracional.

Este Projecto foi criado pela empresa BYWEB, que desenvolveu também os Projectos Net@vó e VIVER, ambos centrados na exploração da intergeracionalidade, enquanto forma de desenvolver a solidariedade e aprendizagem entre gerações.

Actualmente o Projecto TIO é gerido pela Associação VIDA – Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Activo.

Este Projecto serve de plataforma à criação de uma comunidade virtual de cidadãos seniores, seus familiares ou cuidadores, onde estes podem trocar experiências, divulgar trabalhos, colocar dúvidas, consultar informações, notícias e outras informações (Projecto Tio, 2008).

Ao contrário do que se possa pensar, estas novas tecnologias geram desigualdades sociais, no processo de envelhecimento, dado que, só um pequeno grupo de pessoas tem capacidades para usufruir de tais serviços, trabalhando e participando nestas actividades.

Kenneth Gergen e Mary Gergen (2003), em relação ao envelhecimento definem três tipos de ideias: o modelo da “juventude eterna”, o modelo da “capacitação” e o modelo “sybaratic” ou “epicurista”. O primeiro modelo, da juventude eterna, defende a centralidade do corpo nos processos de construção identitária e das imagens sobre o envelhecimento. Defende a ideia de que o mundo oferece formas de beleza que façam persistir a juventude. O segundo modelo, capacitação, tem como objectivo contrariar o processo de perda de identidade que afecta os idosos de maneiras diferentes. O desafio consiste em criar estratégias que possibilitem a independência dos indivíduos, possibilitando o desempenho de actividades, seja trabalho ou até uma 2.^a carreira através do voluntariado. Aqui pretende-se uma vertente de produtividade do que um trabalho remunerado. O terceiro e último modelo, Sybaratic/epicurista, prende-se com a valorização do prazer manifestando-se no desenvolvimento de actividades lúdicas e de desenvolvimento pessoal. Este modelo destina-se a pequenos grupos com possibilidades económicas (Gergen, 2003).

A actividade física é importante não só na velhice como ao longo da vida, possibilitando ao idoso uma melhoria nas suas aptidões físicas prevenindo o aparecimento de doenças. A prática regular de exercício físico ajuda a prevenir a osteoporose; mantimento do peso ideal; melhoria das habilidades funcionais; melhoria da coordenação e da aprendizagem motora; - aumento da mobilidade ao nível do aparelho locomotor; - melhoria da postura; - melhoria da aptidão para as actividades diárias (Fernandes, 2010).

Segundo Fernandes (2010) “a actividade física regular e adequada à capacidade do idoso contraria o efeito de envelhecimento, quer a nível físico, quer a nível psíquico, sendo o aparelho cardiovascular, respiratório, locomotor e neurológico, os mais

beneficiados.” As pessoas não necessitam de praticar exercício físico intenso. Contudo devem praticar de modo regular exercício físico e adapta-lo às limitações físicas. Além dos benefícios a nível da saúde isso também se reflecte a nível social como: aumenta a interacção social; aumenta os níveis de independência e autonomia; diminui o isolamento; ocupa os tempos livres; promove o bem-estar e aumenta a auto-estima. Para além da prática de exercício físico não se deve descurar o exercício mental em actividades cognitivas como exercitar os sentidos (neuróbica) - provocar a imaginação, a criatividade - aplicar o pensamento em actividades diferentes do comum (Fernandes, 2010).

CAPÍTULO II - INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Neste capítulo vamos abordar o processo de institucionalização como resposta social para a Terceira Idade. O processo de Institucionalização acarreta consequências para quem é institucionalizado.

Quando uma família decide pela institucionalização há causas que determinam a entrada num lar. Mais abaixo serão abordadas algumas causas da institucionalização.

Abordamos também o conceito de instituições totais, visto que as instituições muitas vezes só se preocupam em assegurar os cuidados primários de higiene da pessoa desvalorizando as outras necessidades, que se prendem com os afectos e atenção.

Aquando da entrada do idoso em lar deve de haver um programa de acolhimento estabelecido de modo a possibilitar uma melhor adaptabilidade ao Lar.

2.1. Institucionalização enquanto resposta social

A Institucionalização é o processo mediante o qual um conjunto de normas de comportamento, que orientam uma actividade social considerada importante, adquire regulamentação jurídica formal (Dicionário de Sociologia, 2002:205).

A Institucionalização ocorre quando o idoso já não é capaz de desenvolver as actividades básicas da vida diária sozinho e necessita de apoio especializado. Esta ajuda especializada pode passar, numa situação de dependência, pela institucionalização numa Estrutura Residencial para Idosos (ERPI). Para além da dependência física, o isolamento/solidão, as parcas condições financeiras e de habitabilidade, as ténues relações familiares também levam a uma procura de resposta especializada com alojamento, seja de carácter temporário ou permanente.

Pimentel (2001) refere que o aumento da população idosa, aliado 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, têm provocado um aumento da procura de lares da terceira idade.

Assim, uma ERPI é uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia (Chichorro e col. 2006). A Institucionalização pode em alguns casos ser feita por iniciativa da pessoa e outras vezes por vontade dos familiares, ou por inexistência de retaguarda social. Acede-se à Estrutura Residencial para se ter serviços

de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo e activo

Esta resposta social tem como objectivos principais: a) a promoção da qualidade de vida; b) o fornecimento de serviços permanentes e adequados aos problemas biopsicossociais das pessoas idosas; c) a contribuição para a estabilização e/ou retardamento do processo de envelhecimento, privilegiando a interacção com a família e/ou significativos (amigos, vizinhos) e com a sociedade, com a finalidade de fomentar a participação social, diminuindo o isolamento; d) promoção de estratégias que contribuam para o reforço da auto-estima, da valorização e autonomia pessoal e social, assegurando assim as condições de estabilidade que são necessárias para a existência de autonomia e organização das actividades da vida diária (Chichorro e col. 2006).

Para que estes objectivos se concretizem é necessário ter em consideração cada um dos idosos, os colaboradores, o funcionamento e a estrutura, devendo a partir deste conjunto, haver uma intervenção ponderada por critérios merecedores de qualidade, tais como:

- A garantia do exercício da cidadania e o acesso aos direitos humanos dos clientes, autonomia, privacidade, participação, confidencialidade, individualidade (cada individuo é diferente do outro), dignidade, oportunidades de igualdade e não discriminação (respeito pelas diferenças de género, socioeconómicos, religiosas, orientações sexuais);
- O respeito pelo projecto de vida definido por cada cliente, bem como os seus hábitos de vida, interesse, necessidades e expectativas; o desrespeito pelo cliente pode causar uma má integração e ainda várias patologias, tais como a depressão;
- Transmitir e garantir aos clientes um clima de segurança afectiva, física e psíquica durante a sua permanência na Estrutura Residencial;
- Recrutar a participação dos clientes na gestão da estrutura residencial, envolvendo-os no planeamento, monitorização e avaliação das respectivas actividades;
- Entender a individualidade e personalidade de cada cliente, para criar um ambiente que facilite a interacção, a criatividade e a resolução de problemas por parte destes (Ibidem)

Osório (2007) refere que os serviços prestados pela maioria dos lares são serviços de assistencialismo e afastados da sociedade.

Um centro afastado da vida quotidiana do bairro ou da localidade, desvinculado da sociedade que o mantém, desenraizado da cultura dos utentes, que não tem em conta os acontecimentos e as manifestações cívicas, será forçosamente um centro segregado e marginalizador que não potencializará, de todo, a participação ou a integração (Osório, 2007).

Os lares de idosos deviam ter como princípio um trabalho individualizado com os idosos de maneira a promover a cidadania, a igualdade de oportunidades, a participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural.

Independentemente das razões que levaram o idoso à institucionalização, quando isto acontece o idoso sofre uma ruptura com o seu espaço habitacional, sendo obrigado a integrar-se numa nova residência e que muitas vezes é controlado nos mais diversos aspectos da vida diária (Osório, 2007).

Quando um idoso é institucionalizado o ambiente deve ser adequado à problemática do idoso, pois se o ambiente não é favorável vai levar a uma regressão no estado de saúde e ameaçar assim a integração do idoso (Manual de Boas-Práticas, 2005).

O processo de institucionalização é moroso, abarcando um conjunto de etapas, geralmente, difícil para o idoso. A saída de casa põe em causa a questão da integridade, privacidade e independência assim como a sua ligação entre o passado e o futuro havendo alteração das rotinas e das interações sociais (Fernandes, 2010).

Sousa e col. (2006) explica que a institucionalização pode levar a situações de stress, quer para o idoso, quer para a família e até mesmo para a instituição, levando muitas vezes à rotulagem dos idosos como doentes, incapacitados, inúteis, abandonados, o que faz com que muitos idosos se acomodem. Contudo, os idosos devem ser incentivados a participar nas suas actividades, a executar as actividades físicas e mentais, para assim evitar a passividade.

A institucionalização pode gerar uma melhoria na satisfação do bem-estar do idoso, não só a nível da prestação dos serviços e cuidados básicos como a nível das interações.

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

Segundo os autores atrás mencionados o processo de institucionalização é vivido e sentido pelo idoso de uma maneira difícil, tormentoso, o que se vai repercutir em perdas a nível físico, social, relacional e psicológicas o que de certa forma vai acelerar o processo de envelhecimento.

2.2. Causas e consequências da institucionalização

A entrada de um idoso no lar é um processo que requer cuidados da parte da instituição acolhedora, visto que, deve preparar um conjunto de condições para permitir que o idoso se sinta bem naquele espaço e o considere como uma segunda casa, pois só assim a institucionalização será bem-sucedida.

O sucesso da institucionalização depende de vários factores sendo alguns deles: qual a instituição, o motivo pelo qual o idoso vai ser institucionalizado, o grau de dependência do idoso e a vontade expressa pelo mesmo.

Para evitar que o idoso fique desanimado, com sentimento de inutilidade e também por valores de cidadania e respeito deve-se: a) sempre que possível preparar a instituição e promover visitas do idoso e família à instituição para que a vejam como uma segunda casa; b) os familiares devem acompanhar o idoso no dia da admissão e fazer visitas com regularidade nos primeiros tempos da adaptação e período subsequente. Os horários das visitas deverão ser flexíveis e os familiares devem ser convidados a participar em actividades com o idoso e estimular os familiares a levar os idosos a casa nas datas festivas mais importantes; c) as regras de funcionamento não devem limitar muito o idoso; a personalização do quarto é importante na medida que o idoso vai identificar-se melhor com o local onde está; sempre que o idoso queira sair deve-se respeitar, tendo em conta o estado de saúde do mesmo; d) as relações de intimidade devem ser respeitadas e encaradas com naturalidade; e) a relação entre cuidador formal e idoso não deve ser muito distante e fria, deve de haver empatia para que o idoso se sinta à vontade para falar na sua vida pessoal, mesmo que muitas vezes sejam repetitivos, mas é uma forma que os idosos sentem que estão a ser ouvidos e têm a atenção de alguém; f) deve-se evitar atitudes ou palavras discriminatórias relativas a etnias, religião, política, estado de saúde ou outras; g) os cuidadores devem dirigir-se aos idosos com linguagem simples e clara de modo que eles percebam o que vão fazer e se o querem fazer; h) os cuidadores devem fazer a gestão do tempo visto que para os idosos há coisas que demoram muito tempo a chegar e é só percepção deles visto não terem actividades que lhes preencha o dia e por fim desenvolver dinâmicas sociais que

envolvam idosos e familiares e por fim arranjar actividades no âmbito religioso e espiritual (Pereira, 2012).

No entanto, podem-se definir algumas causas da institucionalização: Idade; Individualismo; Exclusão social; Falta de políticas de apoio ao idoso; Falta de laços de solidariedade; Nuclearização da família; Solidão (viuvez, ausência da família e/ou significativos, localização longínqua); Falta de recursos sócio – económicos e habitacionais por parte dos idosos; Dependência física / limitações nas AVD'S; Doença; Perda de autonomia; Inexistência/ insuficiência de políticas sociais gerontológicas (Guedes, 2012).

O processo de institucionalização abarca várias consequências para o idoso, nomeadamente consequências psicológicas, ao nível emocional, ao nível das suas interacções com a sociedade, a alteração dos papéis sociais desempenhados pelo idoso. Além destas consequências a institucionalização pode ainda causar conflitos intergeracionais. Ao ser institucionalizado o idoso vê-se privado de certas coisas, tais como a privacidade, intimidade e autonomia, que conduz muitos dos idosos ao agravamento do seu estado de saúde, causando muitas das vezes mágoas, stress, ansiedade, depressão e fuga a realidade (Guedes, 2012).

Resumindo as Consequências/Riscos da Institucionalização podem ser (Netto, 2000):

- ✓ **A “Perda”:** Ao ser institucionalizado o idoso passa por um processo de mudanças que envolve perdas ao nível da privacidade, da intimidade, autonomia e independência. A estas podemos ainda adicionar aquelas que o idoso já acarreta, como a perda de vigor e de saúde, capacidades funcionais, do cônjuge, do seu lar, do seu papel na família e na sociedade podendo conduzir a situações/estados de mágoa, stress, depressão, ansiedade, reacções de fuga, afastamento da realidade e desinteresse geral por viver;
- ✓ **Alteração das Redes Sociais do idoso:** Ao sair do seu espaço habitual e ao ser institucionalizado o idoso vê-se afastado de grande parte da sua habitual rede social, isto é, dos amigos, dos vizinhos, dos sítios que costumava frequentar, criando assim um distanciamento físico que enfraquece as relações, diminuindo a frequência dos contactos e dos laços de intimidade;
- ✓ **Desintegração Social do idoso:** A maioria das instituições não têm actividades ocupacionais de desenvolvimento físico e psíquicas personalizadas a cada cliente tendo em conta os gostos/preferências assim como suas necessidades. Os

seus dias tornam-se rotineiros, não existindo tempo para a estimulação intelectual do idoso o que pode levar a um estado de regressão profunda ou ao acentuar de determinada patologia e conseqüente desintegração social;

- ✓ **Falta de Privacidade do idoso:** Ao entrar na estrutura residencial o idoso vê-se obrigado a seguir uma rotina diferente da que estava habituado e a dividir o mesmo espaço com outros indivíduos, na maioria das vezes desconhecidos. Muitas instituições não têm salas privadas que possibilitem receber visitas, não podendo salvaguardar a confidencialidade dos comportamentos e dados do idoso;
- ✓ **Ausência de Papéis Sociais:** há um questionamento por parte dos idosos da sua identidade, e papel social devido a alteração de rotinas e modos de vida;
- ✓ **Imagem negativa de si próprio:** a perda de autonomia e liberdade aliados às patologias que diminuem a capacidade de auto-cuidado fazem com que o idoso se sinta um peso para a família e sociedade;
- ✓ **Conflitos Inter-geracionais:** A negação por parte dos idosos da ideia dos filhos os colocarem em instituições é grande motivo para as discussões e conflitos inter-geracionais.

De todas as causas enunciadas aquelas que assumem um papel determinante para a institucionalização são a deterioração da saúde e a dependência de terceiros, que claro está, estão interligados com os anteriormente referidos. (Conselho Económico e Social, 2004).

Por outro lado, a institucionalização tem vantagens, tais como: o combate à solidão; o oferecimento dos cuidados necessários ao idoso; a continuidade do papel activo que o idoso tem perante a sociedade; o desenvolvimento de novos laços de amizade, garante o cuidado do idoso que não consegue tomar conta de si, evita o isolamento do idoso, diminui o sofrimento por perda de algum familiar, acesso a serviços adequados às suas necessidades e capacidade financeira (Cardão, 1999).

Nos dias que correm, as pessoas têm uma visão negativa dos lares, quer sejam públicos ou privados. Estes são encarados como locais onde as famílias “entregam” os seus idosos, que são possuidores de uma enorme sensibilidade, memórias, vivências e experiências. Assim, os idosos depois de abandonados pela família, ficam à espera da morte, através dos momentos em que passam fechados nas instituições à espera que o tempo passe (Lopes, 2006). O autor declara que:

Os lares e os centros de dia, tal como funcionam, maioritariamente, em Portugal parecem interpretar o convencional “merecido descanso” da terceira idade, como se este se reduzisse a uma situação humana de seres mumificados e acamados. É uma situação perfeitamente desadaptada das necessidades da terceira idade. Para inverter esta situação, é necessário promover programas de Animação Sociocultural que respondam, a partir dos domínios:

- Social, não só através de relações interpares, mas, sobretudo, com o meio, porque a terceira idade não se pode situar à margem da sociedade;
- Cultural, potenciando e estimulando a memória viva dos idosos, e que se pode reflectir em actividades como teatro, dança, criação de canções, artesanato, histórias de tradição oral, jogos e partilha de saberes;
- Educativo, no sentido de estimular a criação e a respectiva participação em Universidades Seniores, que promovam um sistema de ensino bidimensional, assente na aprendizagem e no ensino, fruto de uma partilha de saberes entre formandos e formadores.

Goffman (1961) define as Instituições Totais como aquelas que combinam esferas separadas da vida de um indivíduo (locais de trabalho, residência e recreação) exigindo que os residentes organizem a sua vida em função de horário fixo, do convívio com as mesmas pessoas, que cumpram obrigações e regras iguais para a realização de actividades impostas limitando o intercâmbio social com o mundo exterior. Quando uma pessoa entra para uma Instituição as suas actividades básicas da vida diária passam a ser feitas em grupo e vigiadas por uma pessoa pertencente ao grupo de funcionários, que muitas vezes não prima pela simpatia, não havendo a criação de laços relacionais. Estas instituições são caracterizadas por papéis de autoridade (exercida pelos profissionais) e de submissão (exercida por parte dos utilizadores). Há uma clara divisão entre os internados (grupo controlado) e os supervisores.

Na perspectiva de Goffman, o internato tem as suas consequências que vão deixar marcas nas pessoas. As pessoas entram com uma cultura e com uma identidade que fazem parte de si. Dado que a vida do internado é controlada e determinadas tarefas são proibidas as pessoas vão perdendo a sua cultura e hábitos, o que pode ser denominado de “desculturamento”. Se a estadia for muito longa pode acontecer o indivíduo quando sair ter que reaprender a socializar-se novamente, visto que durante o internato perdeu essas capacidades. No mundo externo o indivíduo tem os seus papéis a sua individualidade a sua própria identidade. Acontece que quando entram tudo isto desaparece. Os internados começam a sofrer humilhações, rebaixamento do seu eu que vai alterar a sua carreira moral que é composta pelas mudanças que ocorrem a seu respeito e a respeito dos outros (Goffman, 1961).

Qualquer indivíduo actua em diferentes contextos da vida com diversas pessoas e em vários planos e age de determinada maneira. Ao passar a integrar uma instituição social age num local próprio, sempre com o mesmo grupo de pessoas e sob o mesmo tratamento, há imposições e regras iguais para a execução das actividades impostas e fica limitado do mundo exterior passando a viver numa instituição total cerrada do exterior.

Isto vai fazer com que a personalidade da pessoa sofra alterações, quer do ponto de vista pessoal quer do ponto de vista social.

Do ponto de vista pessoal porque o indivíduo vai ver a sua privacidade e intimidade invadida por pessoas estranhas e a ser controlado nas suas actividades com horários rígidos para tudo. A nível social porque há um corte com a rede social quer familiar, quer de amigos, visto que não há a continuidade do convívio e da interacção com os mesmos. Há um fechamento muito grande que não vai levar ao convívio.

A interacção social existente entre profissionais e utilizadores é de completa submissão. Na admissão é quase feito um teste de obediência onde lhes é comunicado que devem ser obedientes a uma regulamento institucionalizado e quais as suas obrigações e direitos o que pode levar a dois tipos de comportamentos. Pode haver aqueles que até podem obedecer ou aqueles que num acto de desafio se imponham a essas regras tendo sanções imediatas que passam pela humilhação (Goffman, 1961).

Muitas vezes, quando a institucionalização acontece há uma mortificação/desvalorização do eu, pelo que a pessoa perde a “concepção de si mesmo” e a “cultura aparente que traz consigo” e, que foram desenvolvidas durante a vida e em família não sendo agora aceites pela sociedade. Esta mortificação do eu resulta da falta de papéis sociais na vida civil e com o internamento há uma limitação na troca de saberes com o mundo exterior, bem como um corte com os bens que vai originar uma perda na identidade e segurança pessoal (Goffman, 1961).

A pessoa / o eu sente-se desvalorizado visto que não há a preocupação pelos profissionais de saber quais os gostos e interesses dos idosos.

Há um tratamento colectivo não atendendo às necessidades específicas de cada um e, claro está, isto vai trazer consequências a nível pessoal porque a pessoa vai-se sentir desvalorizada e desprezada na sua pessoa. A interacção existente entre residentes e os vigilantes é a mínima possível. Ao longo da trajectória de institucionalização

começa a haver mudanças radicais na carreira moral: nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros e que para ele são importantes.

A barreira criada com o mundo exterior é a primeira forma de mutilação do “eu”. Os horários rígidos em que são realizadas as actividades da vida diária às relações com os outros. As relações com os profissionais são relações despojadas de afecto em que a grande preocupação é a satisfação das necessidades que permitem manter a vida biológica. Acresce referir que o papel social dos idosos está completamente despojado, visto que para além de não estarem ocupados em actividades socialmente úteis, muitas das instituições proíbem aos idosos as visitas externas e o contacto com o exterior é escasso ou nulo (Goffman, 1996).

O despojamento dos bens materiais é outro indício de mortificação, visto que os bens pessoais têm uma grande importância para os idosos na preservação da sua identidade pessoal. Mesmo a aparência visual da pessoa é alvo de mudança. Tudo isto altera o íntimo das pessoas que vêm violados direitos, principalmente o direito à individualidade e privacidade (Goffman, 1996).

A mortificação do eu pode gerar uma tensão psicológica para a pessoa que se repercute ao nível da alimentação, sono e angústia.

Com o internamento há a elaboração de um dossier onde está registado toda a informação sobre o internado fazendo com que o internado se sinta desequilibrado, visto que as suas acções, autonomia e liberdade são violadas. O eu da pessoa é mortificado e alvo de degradação. Numa instituição há regras estabelecidas e rotinas que têm de ser cumpridas pelos internados. Ora, se eventualmente essas regras/rotinas são quebradas os internados sofrem uma punição, que poderá passar pela suspensão temporária ou permanente de privilégios, ficando privados de alguma regalia até então adquirida. Assim, há os opressores e os oprimidos, caracterizados pela equipe dirigente e pelo grupo dos internados. Os primeiros modelam e os segundos são objectos de procedimentos modeladores. Isto pode ser verificado nas restrições à transmissão de informação quanto aos planos dos dirigentes para os internados. Os internados não têm conhecimento de qual será o seu destino. Geram-se dois mundos sociais e culturais diferentes. Há notoriamente uma divisão entre a equipe dirigente e o internado (Goffman, 2001).

A pessoa internada pode desenvolver trabalho dentro da instituição, mas este trabalho não é valorizado. Há uma escravidão para com o internado, pelo que o seu tempo é dedicado apenas e exclusivamente à instituição, sendo a equipe dirigente a

organizar aquilo que quer que façam. Todas as necessidades dos internados são devidamente planeadas pelos dirigentes (Ibidem). A concepção de poder segundo Goffman (2001) é a de um poder essencialmente modelador, instaurado, repressivo e mutilador do eu em sua missão re-socializadora.

Posto isto, denota-se que as Instituições totais têm três problemas gerais, sendo os seguintes: o primeiro prende-se com o facto de estas instituições não darem autonomia aos internados. Estes estão sempre acompanhados por pessoas da equipe dirigente, até mesmo nas actividades básicas do quotidiano; o segundo problema acontece porque a equipe dirigente quer fazer transparecer que os ataques ao eu e a mortificação resultam de esforços para controlar a vida diária dos internados; o terceiro problema refere-se à relação entre o esquema simbólico de interacção, ou seja, uma pessoa que está desiludida com o mundo, tem sentimentos de culpa sendo que esta mortificação provoca um alívio psicológico (Ibidem).

Concomitantemente ao processo de mortificação é desenvolvido o “sistema de privilégios” no qual são descritos três elementos básicos: o primeiro está relacionado com as “regras da casa” que são um conjunto explícito e formal de proibições que demonstram as principais exigências quanto à conduta do internado na instituição; o segundo debruça-se sobre os prémios / privilégios que estão definidos, e que são dados em troca de obediência à equipe dirigente. Estes privilégios são considerados um aspecto importante da cultura dos internados; por fim, temos os castigos, sendo esta uma consequência grave da desobediência às regras estabelecidas (Goffman, 2001).

Para além dos processos de mortificação e do sistema de privilégios, Goffman (2001) também se debruçou sobre as “táticas de adaptação”. Para tal definiu quatro maneiras do internado se adaptar ao mundo da instituição e às ordens da equipe dirigente. Assim, a primeira consiste em o internado criar um afastamento, pelo que deixa de dar atenção às coisas, exceptuando as mudanças que ocorrem consigo. A segunda maneira denomina-se como “tática da intransigência” onde o internado desafia a equipe dirigente negando-se a colaborar com esta. A terceira tática de adaptação é a “colonização” onde o internado utiliza a experiência do mundo externo para convencer as pessoas que gosta da vida interna à instituição. Por último, temos a tática da conversão, onde o internado parece aceitar o seu internamento, demonstrando entusiasmo e disponibilidade para a equipe dirigente. Sendo assim, cada tática é uma forma de enfrentar a tensão entre o mundo externo e o mundo institucional.

Mallon (2000) aponta o quarto como sendo um refúgio, permitindo ao idoso encontrar-se com as suas recordações. A preservação da autonomia é importante dado que possibilita ao idoso decorar o quarto do modo que quiser, identificando-se e sentindo-se mais integrado. Assim, estas pequenas acções vão permitir preservar a identidade e auto-estima do idoso. No lar de idosos raramente o convívio é igual ao da comunidade. As actividades propostas não geram relações fortes.

É difícil determinar as *causas* que levam uma família ou um idoso a recorrer à institucionalização. Não só porque não existe uma vertente teórica que explicita todos os motivos por de trás deste acto, mas também, porque alguns dos motivos não são aparentes, encontrando-se guardados em segredos familiares, como conflitos internos, que o idoso ou a sua família insistem em esconder.

2.3. Adaptação ao processo de institucionalização

Quando um indivíduo é institucionalizado tem que se ter em consideração uma diversidade de factores, tais como: características pessoais, o plano de acolhimento inicial, o clima social, assim como as características dos colaboradores da Instituição (Manual de Boas-Práticas, 2005).

Pimentel (2001) refere que a entrada para um lar está associada a imagens negativas, representa para as pessoas idosas o abandono, a morte, a separação, o sofrimento, esta realidade institucional não é aceite de forma plena pelo idoso. “A fase da vida em que o idoso entra para uma instituição é representada como a última etapa da sua trajectória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno”. A entrada no Lar só deveria acontecer se o idoso expressasse vontade, sendo o consentimento livre e informado. O que geralmente acontece é que esta decisão é feita sob pressão e até uma certa ameaça por parte dos familiares. As estruturas residenciais devem, no entanto, informar o idoso sobre o funcionamento do quotidiano de um Lar para que este pense e consiga decidir se realmente quer ou não ingressar na Estrutura.

Na fase do acolhimento a Instituição deve dispor de recursos humanos que possam fazer o acompanhamento do idoso, nas suas diversas vertentes, desde a adaptação aos serviços, relações com os colaboradores e restantes idosos. Nesta fase inicial o idoso está mais fragilizado a nível emocional e se tiver um acompanhamento, esta fase será vivida com mais tranquilidade e segurança. Assim, deve ser feito um estudo prévio sobre a história de vida do idoso, a sua personalidade, a relação com os familiares e colectividade, os seus hábitos e gostos, as suas angústias e dificuldades.

Para este levantamento será necessário recolher informação junto do idoso e dos seus familiares e também a aplicação de escalas. Estes procedimentos devem ser feitos com o objectivo de minimizar os riscos, como por exemplo a perda dos vínculos afectivos, desenraizamento, receio da mudança, a rejeição da integração (Manual de Boas-Práticas, 2005).

Pimentel (2001) afirma que a maioria dos equipamentos seniores não valoriza os desejos e motivações dos idosos. Cingem-se simplesmente em dar resposta às necessidades fisiológicas, esquecendo-se das necessidades do nível social, afectivo e sexual. Os familiares por falta de conhecimentos deixam que os familiares vivam de acordo com as normativas impostas pelo equipamento.

Segundo o estudo realizado por Cardão (2009) na institucionalização os cuidados prestados pelos cuidadores focalizam-se nas tarefas de cuidar e não nas necessidades das pessoas, isto é, não encorajam a autonomia, não escutam o que a pessoa tem para dizer, não respeitam o ritmo individual e tal deve-se à falta de recursos humanos. A falta destes recursos têm consequências para os idosos, visto que há uma maior mecanização e impessoalidade nos cuidados já que são desenvolvidos de uma forma rápida.

Sousa (2006) comprova que quando o idoso é institucionalizado, os seus desejos, os seus direitos e autonomia são desvalorizados. Os cuidadores estão preocupados em assegurar as necessidades físicas, assumir a responsabilidade pelo seu bem-estar, gerir a vida da pessoa rotulando-os de socialmente dependentes.

Os factores que contribuem para que o processo de institucionalização seja negativo segundo Fernandes (2010), são os seguintes: falta de privacidade (despersonalização), o tratamento massificado e de forma igual para todos, a perda de responsabilidades por decisões pessoais, as rotinas rígidas, a desvinculação do núcleo familiar e da comunidade, a ausência de estimulação intelectual e a realização de actividades físicas. Estes factores podem contribuir para uma baixa auto-estima, falta de interesse por si e pelos outros causando uma regressão e desintegração social e levar a uma dependência excessiva dos cuidadores na realização das suas actividades básicas e instrumentais da vida diária.

Assim, a instituição deve centrar a sua intervenção no idoso, visto que este é o receptor e emissor de todo o processo. A equipa multidisciplinar da estrutura residencial deve estudar bem o idoso, de maneira a conhecê-lo bem, respeitar a sua individualidade e identidade. Deve ser feita uma avaliação de todos os aspectos físicos, sociais,

emocionais, comportamentais, saúde, cognitivos, formativos, profissionais com o intuito de elaborar juntamente com o residente, um projecto de vida que potencie as suas capacidades, que realce os seus pontos fortes e os valorize. Este projecto de vida deve ser reavaliado periodicamente, tendo em conta as necessidades físicas, emocionais, as motivações e capacidades do residente. Para tal, a estrutura residencial tem que corresponder com equipamentos adequados, recursos materiais e recursos humanos com formação específica e de diferentes áreas profissionais para ajudarem a construir e/ou dar continuidade ao projecto de vida (Fernandes, 2010).

A institucionalização permanente acarreta consequências ao nível da saúde física e psíquica. Para tentar evitar estas consequências negativas da integração, a estrutura residencial deve estar organizada de uma forma mais parecida possível com a casa de uma família, acolhedora, simpática, com um ambiente pacífico, agradável para viver e sentir-se feliz.

Assim, como refere Sousa (2006), a readaptação a um novo local de residência torna-se mais complicada, nesta fase da vida, quando as capacidades estão mais diminuídas para a realização das actividades de vida diária.

As equipas multidisciplinares têm um papel fundamental na integração do idoso, fazendo respeitar os princípios e valores do cuidar do outro como dignidade, respeito, individualidade, autonomia, capacidade de escolha, privacidade, confidencialidade e a participação. A família também tem um papel importante na integração dos idosos no Lar, visto que uma família mais presente vai possibilitar uma melhor integração do idoso.

Sousa (2006) refere ainda que as estruturas e redes formais têm como objectivo garantir a satisfação de tarefas de cariz técnico, enquanto as estruturas informais satisfazem as necessidades a nível emocional.

Para além da elaboração dos planos individuais deve-se incentivar os idosos a participar em actividade dentro e fora da instituição.

Sousa (2006) concluiu que o idoso só se sente integrado dependendo de três factores: as razões que o levaram à institucionalização, se tiver sido por vontade própria, ou num estado passivo de demência a sua adaptação será mais facilitada do que se for por pressão ou resignação. Outro factor está relacionado com a opinião do próprio em relação ao lar, se é um bom lar, se corresponde às expectativas e desejos da pessoa idosa. Por fim, a continuidade alcançada após a mudança para o lar, ou seja, se a

instituição garante e oferece os princípios e valores como a dignidade, a autonomia, a privacidade, o direito de escolha e a independência.

Cada idoso vive a adaptação à institucionalização à sua maneira. Cada um tem defesas e mecanismos diferentes, assim a equipa multidisciplinar deve preocupar-se em saber se o idoso está satisfeito com os serviços prestados e se este não se estiver a adaptar bem deve-se criar mecanismos que proporcionem bem-estar ao mesmo.

Parte-se do princípio que os lares de idosos existem para responder às necessidades das pessoas, desde as suas necessidades mais básicas às mais complexas tendo como objectivo o empowerment do indivíduo de maneira a que este fique capacitado para desempenhar as actividades da vida diária.

Na realidade, muitos lares desvalorizam a vontade dos idosos não havendo ninguém que se preocupe com o bem-estar dos mesmos. Os lares muitas vezes funcionam com rotinas que nada estão relacionadas com as necessidades dos utentes mas sim com o benefício do serviço.

Não há uma preocupação em fomentar os laços sociais de modo a preservar a sua identidade e permitir trocar saberes com outros.

Groger (1995) defende que são necessários três factores para que o idoso sinta o lar como a sua segunda casa, sendo eles: circunstâncias da institucionalização, na medida em que se o idoso tiver uma preparação psicológica para a transição esta será mais fácil do que se este for apanhado de “surpresa”. Se o idoso tiver a possibilidade de contactar com o lar tempos antes da institucionalização vai permitir igualmente uma maior adaptação; definições subjectivas do lar dizem respeito à ideia que os idosos têm acerca dos lares. Ainda há um desconhecimento acerca da vivência em lares e quando os idosos associam independência e saúde à sua própria casa acabam por negar ir para o lar, daí esta ideia ter de ser mudada. Por fim temos a continuidade alcançada após a mudança para o lar, ou seja, após a entrada no lar o ambiente familiar de casa desaparece, criando-se outros laços. Se a família não tiver a preocupação de visitar, telefonar para estar e falar com os idosos estes vão-se sentir abandonados e a adaptação será dificultada. A instituição poderá autorizar que o idoso leve pertences pessoais com que se identifique e realizar tarefas que vão de encontro às suas preferências.

Assim, os lares de idosos devem ter como linha de orientação laboral a valorização do “eu” da pessoa e não mortifica-lo. Esta mortificação acontece quando não são dadas oportunidades às pessoas de liberdade, de convívio, de participação nas actividades a desempenhar e como já foi referido os lares preocupam-se mais na

vigilância, limpeza das instalações e no bem-estar e dignidade da pessoa ninguém se preocupa.

Algumas instituições continuam muito fechadas à comunidade, não aceitando a interferência de terceiros visto que de certa forma vai alterar o plano mecanizado que está traçado para a instituição.

O clima social é entendido como o ambiente que é criado pelas pessoas residentes da Instituição. Há ambientes sociais mais agradáveis do que outros, dependentes das relações que os residentes estabelecem entre si. Nos factores pessoais deve-se fazer um levantamento da história do indivíduo, das características sócio-demográficas, do estado de saúde, da parte cognitiva bem como a capacidade funcional. Os factores pessoais e ambientais influenciam as respostas de *coping* de uma pessoa e isso vai influenciar a adaptação do indivíduo à resposta social. Para que esta adaptação seja bem-sucedida as actividades sócio-culturais são importantes na medida que mantêm o indivíduo ocupado e há uma estimulação para que o mesmo se sinta útil. Este sentido de responsabilidade vai fazer com que o indivíduo tenha uma melhor adaptação, visto que se vai sentir útil, mas isto só é possível para os residentes que tenham capacidades de saúde para tal. O envolvimento dos residentes em actividades, quer no seu planeamento, quer na sua execução, aumenta a sua auto-confiança (Moss & Lemke, 1994).

Gerontologistas defendem que os factores pessoais e ambientais determinam o comportamento.

Lawton (1982) defende que para uma boa integração do indivíduo à residência são necessários três factores: exigências ambientais, competência pessoal com as respostas emocionais e o comportamento adaptativo. Descreve a competência pessoal como um conjunto de características que engloba a capacidade funcional do indivíduo, desde a saúde física, mobilidade e capacidade cognitiva. O ambiente deve activar o comportamento dos residentes. Assim, uma categoria ambiental tem qualidade quando influencia o comportamento de um grupo de pessoas (Moss & Lemke, 1994).

O modelo proposto por Lawton (1982) defende que cada pessoa tem uma determinada exigência ambiental que lhe vai dar conforto e desempenho. As exigências correspondentes à capacidade de uma pessoa estável procuram gerar afectos positivos e consequentes comportamentos adaptativos; as exigências muito fracas ou muito fortes provocam comportamentos menos adaptativos. As pessoas com menos recursos pessoais são mais vulneráveis às exigências ambientais podendo ter uma boa adaptação

ao ambiente. Uma questão controversa no modelo de Lawton (1982) é o facto de haver um declínio no funcionamento. Isto pode ocorrer quando o ambiente é muito rico em recursos ou locais e exige muito pouco do indivíduo (Moss & Lemke, 1994).

Carp e Carp (1984) defendem que os recursos ambientais e as competências individuais interferem no modo como o indivíduo realiza as actividades da vida diária necessárias à manutenção da vida. As pessoas com mais competências têm mais facilidade em desempenhar estas tarefas e assim a terem uma melhor adaptação. As pessoas com limitações na mobilidade precisam de um ambiente com condições físicas para assim possibilitar uma boa adaptação.

Kahana (1982) apresenta sete áreas onde os aspectos ambientais podem ser adequados às necessidades pessoais. Três destas áreas baseiam-se nas características contextuais formuladas por Kleemeier (1961) e debruçam-se sobre o nível de autonomia que se pode ter no ambiente, a homogeneidade e o modo como o pessoal incentiva as pessoas para terem a sua autonomia. Cada pessoa é única, tem limitações e potencialidades pelo que as suas necessidades variam e assim cada pessoa deve ver satisfeitas as suas necessidades. As restantes dimensões defendem que os factores pessoais variam com a idade.

Carp e Carp (1984) combinam a competência-exigência e necessidades-recursos com vista ao bem-estar das pessoas. O modelo proposto por estes autores considera a competência e os recursos em relação às necessidades de manutenção da vida. Assim, depreende-se que as capacidades funcionais das pessoas influenciam as trocas pessoa-ambiente, mesmo das pessoas com limitações. As necessidades pessoais diferem das capacidades, uma vez que não estão directamente relacionadas com uma melhor adaptação, ou seja, pessoas com maior necessidade de autonomia ou de afiliação não têm obrigatoriamente um melhor bem-estar.

Face ao modelo proposto por Carp e Carp (1984), Lawton (1989), reformulou o seu modelo e propôs incidir sobre a interacção entre os recursos pessoais e ambientais e a pró-actividade ambiental. Esta reformulação encara a pessoa de uma forma activa na procura de oportunidades de satisfação pessoal. A pessoa com mais capacidades tem mais habilidade para usar os recursos ambientais e assim encontrar situações geradores de bem-estar.

Segundo Cohen, Bearison e Muller (1987) é importante que os indivíduos tenham estimulação cognitiva e interacção social visto ter influência no aumento da auto-estima.

CAPÍTULO III - ESTUDO EMPÍRICO

3.1. Âmbito geral do projecto e objectivos

O presente trabalho é parte integrante de um projecto de investigação mais alargado intitulado “Avaliação Crítica das Formas de Institucionalização dos Idosos no grande Porto – Análise Comparativa” a decorrer no Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

3.2. Objectivos

Os objectivos específicos deste trabalho são:

1. Descrever as variáveis demográficas da nossa amostra de idosos (idade, género, estado civil, nível de instrução, profissão e situação profissional dominante);
2. Estimar os meses de permanência na instituição e as causas que levaram ao internamento em lar, bem como o número de idosos que partilha o seu quarto com outros idosos;
3. Estimar o grau de funcionalidade dos idosos;
4. Estimar o tipo de actividades relatadas pelos idosos, desenvolvidas dentro e fora da instituição (Nível de Actividade e Integração na Comunidade);
5. Estimar o grau de saúde (objectiva e subjectiva) dos idosos;
6. Analisar as relações entre as Habilidades Funcionais, o Nível de Actividade, a Integração na Comunidade e a Saúde;
7. Analisar a relação entre as Habilidades Funcionais, o Nível de Actividade, a Integração na Comunidade e a Saúde com as variáveis demográficas (idade, género).

3.3. Caracterização da Estrutura Residencial para Idosos da Casa do Povo de Leomil

A Casa do Povo de Leomil, actualmente com sede na Avenida Leontino da Fonseca Martins nº6, vila e freguesia de Leomil, concelho de Moimenta da Beira e distrito de Viseu, foi criada por alvará do Secretário de Estado do Trabalho e Previdência em 27 de Janeiro de 1942, sendo uma das primeiras do distrito de Viseu. Todavia, por motivos desconhecidos, a primeira Comissão Administrativa, apenas tomou posse a 22 de Abril de 1948, conferida pelo então Presidente da Câmara de

Moimenta da Beira, o Sr. Dr. José Gomes Machado, por delegação do Exmo. Sr. Delegado do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência de Viseu.

Esta instituição foi criada como Associação de Utilidade Pública com Personalidade Jurídica, com o objectivo primordial de ser um organismo de cooperação social e um elemento primário da organização cooperativa do trabalho rural, tendo como princípios gerais o desenvolvimento económico/social da comunidade local, a promoção social, cultural, moral, profissional e valorização física dos seus associados, a organização de cooperativas e o fomento da habitação e política de crédito à activação agrícola e aos trabalhadores rurais.

Além de desenvolver a sua actividade na freguesia de Leomil, a área de acção desta instituição englobava as freguesias de Alvite, Sarzedo e Sever de Paçô. Era a vertente associativa, na altura, aquela que mais preocupava a instituição.

Em 1964, depois de ter sido criada a Federação Nacional Para Alegria no Trabalho, a Comissão Administrativa da Casa do Povo decidiu formar uma comissão cultural/desportiva com a finalidade de ocupar os tempos livres dos associados. Desde os seus primórdios que a Casa do Povo de Leomil nunca descorou a preocupação com o desenvolvimento social e cultural da freguesia e áreas limítrofes.

Em 1995 foi criado o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário da Casa do Povo de Leomil, tendo em vista as carências da terceira idade, com a entrega diária das duas principais refeições, para além da prestação dos cuidados de higiene pessoal, tratamento de roupas, higiene da habitação e acompanhamento ao médico sempre que necessário. A valência de Centro de Dia funcionou apenas no primeiro ano, por ter sido considerado que o Apoio Domiciliário era mais vantajoso para os idosos.

Este serviço representa uma resposta social com capacidade de atendimento para sessenta clientes, consistindo na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio aos indivíduos e suas famílias, quando por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou simplesmente as suas actividades de vida diária.

O primeiro acordo de cooperação com a Segurança Social contemplava trinta clientes, tendo sido ampliado para cinquenta em 1999. No mesmo ano criou-se o Atendimento de Tempos Livres (ATL) e o Prolongamento do Pré-Escolar, com almoço e transporte para as crianças oriundas da Beira Valente, Sarzedo, Paraduça e Semitela, com o objectivo de minimizar as dificuldades sentidas com os mais jovens.

Pelo Despacho de 24 de Julho de 2000, da Subdirectora - Geral da Acção Social, a Casa do Povo de Leomil foi equiparada a Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), com o mesmo estatuto de direitos, deveres e beneficiários.

Hoje, além dos mencionados serviços, a Casa do Povo de Leomil possui a valência de Estrutura Residencial para idosos com capacidade para albergar 40 idosos, de ambos os sexos, temporária ou permanentemente, sem distinção de cor, etnia ou religião, meio social e familiar, desfavorecidos e não autónomos. Deste modo, a Estrutura Residencial para Idosos de Leomil, assegura a prestação dos seguintes serviços:

1) Residência para pessoas idosas, serviço de refeições, lavandaria, limpeza, higiene, acompanhamento às consultas, transporte e cuidados de saúde; e

2) Realização de actividades adaptadas à realidade sociocultural do meio onde a Estrutura Residencial para Idosos está inserida, que constam no Plano Anual de Actividades, o qual é composto por um subplano correspondente a cada mês do ano.

Sendo a Acção Social o objectivo prioritário da instituição, nunca foi perdida a matriz associativa que lhe deu origem, contando hoje com mais de quinhentos associados.

A casa do Povo de Leomil tem como missão acolher pessoas idosas, apoiando na satisfação das suas necessidades básicas, diligenciando acções interactivas que visem o retardamento do processo de envelhecimento.

Em relação à visão desta instituição, esta pretende prestar um serviço qualificado e certificado, visando a satisfação das necessidades do cliente, tendo como base o cumprimento da legislação em vigor. Por fim, os valores que esta considera e, tem como principais para o seu bom funcionamento, são os seguintes: Solidariedade – Acolher com carácter solidário todos os que recorrem aos seus serviços, respondendo às suas necessidades e especificidades; Orientação Moral e Espiritual – Atender à condição moral do cliente e respeitá-lo, independentemente da sua religião; Respeito/Ética – Ter sempre em consideração os direitos da pessoa idosa, saber respeitá-la e agir eticamente, através da promoção de autonomia e dignidade; Confiança – Criar um ambiente de confiança mútua, entre a Direcção, Funcionários e Clientes, inspirando-se na generosidade, partilha e respeito pelas especificidades de cada um (Material fornecido pela Casa do Povo de Leomil, 2012).

3.4. Metodologia

Os procedimentos tidos em conta neste trabalho foram em grande parte os procedimentos tidos em conta no projecto alargado acima mencionado, os quais explicitamos nos pontos seguintes.

Ao longo da recolha de dados foram aplicados todos os instrumentos contidos no Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais (*Sistema de Evaluacion de Residências de Ancianos – SERA*), ou seja, o Inquérito relativo às Características Físicas e Arquitectónicas (ICFA); o Inquérito relativo às Características de Organização e Funcionamento (ICOF); o Inquérito relativo às Características do Pessoal e dos Residentes (ICPR); a Escala de Apreciação Ambiental (EAA); a Escala de Clima Social (ECS); o Diagnóstico de Necessidades (DN), o Inquérito Relativo à Satisfação (IS) e o Questionário de Informação Pessoal. Para o presente estudo usámos apenas este último instrumento.

3.4.1. Instrumento de Avaliação

3.4.1.1. Questionário de Informação Pessoal (QIP)

O Questionário de Informação Pessoal (QIP, Fernández-Ballesteros, 1995; Maia e col., 2013) é um dos oito instrumentos de avaliação que compõem o Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais (*Sistema de Evaluacion de Residências de Ancianos – SERA*). Este sistema de avaliação multidimensional foi construído com base no *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (MEAP), desenhado por Moos e Lemke (1994), ao qual se introduziram outros dispositivos de medida originais.

O QIP é um instrumento de auto-relato. Para efectuarem o preenchimento do QIP, os idosos necessitam de possuir um estado mental e funcional intactos, que lhes permita compreender o que lhes é pedido no instrumento. Contudo, nos casos em que se justifique este instrumento pode ser preenchido mediante o uso de entrevista, em que cada item do questionário é explicado ao idoso.

O QIP tem como objectivo avaliar as variáveis pessoais potencialmente relevantes nos lares de idosos.

Contém 44 itens que nos permitem calcular quatro dimensões específicas: **Habilidades Funcionais, Nível de Actividade, Integração na Comunidade e Saúde.**

A dimensão **Habilidades Funcionais** avalia o nível de independência dos idosos residentes. A informação permite-nos conhecer o grau de autonomia do idoso na

execução das actividades diárias, como por exemplo: cuidado pessoal, comer, vestir ou despir, andar, levantar, entre outros.

A dimensão **Nível de Actividade** avalia todas as actividades realizadas por iniciativa do próprio idoso no lar, como por exemplo: ver televisão, ouvir música, ler o jornal/livro, escrever cartas, tratar das plantas, entre outros.

A dimensão **Integração na Comunidade** é medida através das actividades desempenhadas pelo idoso fora do lar, como por exemplo, visitar os familiares, sair numa excursão, assistir a actos religiosos, fazer piqueniques, assistir a actos desportivos entre outros.

A dimensão **Saúde** avalia a saúde dos idosos, mais especificamente a saúde física e a saúde psicológica. Avalia-se, por um lado, a saúde objectiva, registando-se a informação sobre o número de doenças (número de doenças que o idoso padece no momento actual), número de visitas médicas (consultas médicas realizadas no último mês), número de medicamentos usados (total de medicamentos tomados pelo idoso no momento actual, com ou sem prescrição médica), entre outros. Por outro lado, avalia-se a saúde subjectiva, perguntando ao idoso como considera ser a sua saúde (escala Likert de 5 pontos: má, regular, normal, boa e excelente). Nesta dimensão, também são tidos em conta os indicadores do funcionamento psicológico (como queixas de memória e depressão).

Este questionário também inclui questões relativas a informação sociodemográfica, como sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão anterior, antiguidade no lar e motivo de admissão. Estas questões não constavam do questionário original e foram introduzidas por duas das investigadoras do projecto geral (Prof. Doutora Sidalina Almeida e Prof. Doutora Marielle Gros).

A adaptação para a população portuguesa de todos os questionários que compõem o manual SERA está ainda em curso. Esta foi uma das razões tidas em conta para usar neste trabalho este instrumento específico. Na análise das características psicométricas, o QIP apresenta boas propriedades psicométricas. Maia e col. (2013) encontraram um coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha=.911$ para a dimensão Habilidades Funcionais e de $\alpha=.750$ para a dimensão Nível de Actividade; indicador de uma boa consistência interna. Ambos os coeficientes encontrados são superiores ao mínimo recomendado para os coeficientes de consistência interna em geral (.7). De salientar que o alfa encontrado para a dimensão Habilidades Funcionais, de .9, superior ao encontrado na versão espanhola (.67), está de acordo com os critérios mais exigentes.

Também os alfas da dimensão Integração na Comunidade e da dimensão Saúde foram superiores aos encontrados na versão espanhola (.64 e .57, respectivamente). Os resultados da análise de correlações entre as subescalas de cada uma das dimensões do QIP, levadas a cabo com o fim de comprovar o grau de independência das dimensões, mostram, uma clara co-variação entre quase todas as dimensões analisadas, ou seja, o Nível de Actividade e a Integração na Comunidade apresentam uma correlação positiva moderada com as Habilidades Funcionais, a Saúde apresenta uma correlação baixa negativa com as Habilidades Funcionais, Nível de Actividade e Integração na Comunidade. Por último, o Nível de Actividade apresenta uma correlação positiva moderada com a Integração na Comunidade. Os dados do QIP foram obtidos utilizando uma amostra de 799 sujeitos para a dimensão Habilidades Funcionais, 843 sujeitos para a dimensão Nível de Actividade, 826 sujeitos para a dimensão Integração na Comunidade e 806 sujeitos para a dimensão Saúde (num total de 44 lares de idosos).

3.4.2. Entrevistadores, treino e controlo de qualidade

Antes de começar o processo de aplicação do SERA foram realizadas sessões conjuntas de treino, não apenas na administração e cotação dos instrumentos, mas também sobre o modo mais adequado para abordar a directora do lar, os diferentes técnicos e os idosos. O treino foi dado pelos professores envolvidos no projecto de investigação “Avaliação Crítica das Formas de Institucionalização dos Idosos no Grande Porto – Análise Comparativa” (Berta Rodrigues Maia, Marielle Gros e Sidalina Almeida). Realizaram-se também sessões que serviram para esclarecer dúvidas relativamente à cotação dos itens e que pretendiam assegurar que os itens estavam devidamente cotados.

3.4.3. Procedimentos

Antes de iniciar o estudo, foi elaborado um pedido de autorização à Direcção da Casa do Povo de Leomil.

Após a obtenção da autorização por parte da directora técnica do lar, deu-se início ao processo de aplicação dos questionários. O anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos foram garantidos.

Estando este estudo integrado num projecto mais alargado (que inclui oito questionários, sendo que quatro deles são aplicados a idosos e 2 são aplicados a funcionários), e dada a extensão de alguns dos questionários, optámos por entrevistar

todos os idosos para recolher a informação. Todas as entrevistas individuais foram realizadas respeitando a privacidade do idoso, numa sala própria. A aplicação dos questionários administrados a cada idoso teve uma duração aproximada de 1 hora, tempo que corresponde ao determinado pelos autores originais.

3.4.4. Análise Estatística

Para execução do trabalho recorreremos ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21. Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e medidas de assimetria e achatamento. Uma distribuição foi considerada normal quando os índices de assimetria e de achatamento não se mostraram superiores à unidade, ou seja, entre -1 e 1 (Pallant, 2007). Neste trabalho usaram-se testes não paramétricos e paramétricos, consoante as distribuições se revelaram normais e simétricas. Foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson (r) e de Spearman (ρ) para explorar as relações das variáveis em estudo, consoante se aplicasse a opção paramétrica ou não paramétrica. Analisou-se a direcção das correlações significativas e finalmente a magnitude dos coeficientes seguindo os critérios de Cohen (Pallant, 2007) em que um coeficiente entre .10 e .29 é considerado baixo, um coeficiente entre .30 e .49 é considerado moderado e um coeficiente entre .50 e 1.0 é considerado elevado. Usámos ainda o teste Mann-Whitney U para analisar o efeito das variáveis idade e género nas diferentes dimensões do QIP.

3.4.5. Amostra

A Estrutura Residencial para Idosos da Casa do Povo de Leomil acolhe 40 idosos, sendo que destes 40, apenas 35 preenchem os critérios de inclusão para fazer parte deste estudo (possuir um estado mental e funcional intactos). Dos cinco idosos que não integraram a nossa amostra, quatro sofriam de doença de Alzheimer em fase avançada e um apresentava défices cognitivos provocados por uma infecção bacteriana.

No quadro 1 encontram-se descritas as variáveis demográficas deste grupo de idosos. Dos 35 idosos que compõem a nossa amostra, 27 são do sexo feminino (77.1%) e 8 são do sexo masculino (22.9%). Todos os idosos têm mais de 65 anos, sendo que as idades variam entre os 65 e os 93 anos ($X=80.20$; $DP = 6.263$). Relativamente ao estado civil, quatro idosos são solteiros (11.4%), sete são casados (20%) e vinte e quatro são viúvos (68.6%). No que concerne às habilitações literárias, o 1.º ciclo é o nível de escolaridade máximo desta amostra, com uma percentagem de 62.9%.

Quanto à situação profissional podemos concluir que 4 dos inquiridos estiveram ligados à agricultura (11.1%), dois à área do comércio (5.6%), um foi condutor (2.8%) transportes efectuados por passageiros para França e Suíça, um foi mecânico (2.8%) e um talhante (2.8%). Como a maior parte das inquiridas foi do sexo feminino há uma elevada percentagem de domésticas (69.4%).

Quadro 1: Variáveis Demográficas

Variáveis demográficas	n (%)
Idade (M=80.2; DP=6.263; variação= 65-93)	
65 – 74 anos	6 (17.1)
75 – 84 anos	20 (57.1)
85 – 93 anos	9 (25.7)
Sexo	
Feminino	27 (77.1)
Masculino	08 (22.9)
Estado civil	
Solteiro (a)	04 (11.4)
Casado (a)	07 (20.0)
Viúvo (a)	24 (68.6)
Habilitações académicas (M=2.34; DP=.906)	
Não sabe ler nem escrever	10(28.6)
Sabe ler e escrever sem grau	03 (8.6)
1º Ciclo do ensino básico	22 (62.9)
Profissão	
Agricultor	4 (11.1)
Comerciante	2 (5.6)
Condutor	1 (2.8)
Doméstica	25 (69.4)
Mecânico	1 (2.8)
Talhante	1 (2.8)
Sem informação	1 (2.8)
Total	35 (100)

4. RESULTADOS

Quadro 2: Meses de Permanência na Instituição e Motivos da institucionalização

	n (%)
Meses de permanência na instituição	
0-4	2 (5.7)
4-8	2 (5.7)
8-12	3 (8.6)
12-16	2 (5.7)
16-20	7 (20.0)
20-24	10 (28.6)
Sem informação	9 (25.7)

Motivos da institucionalização	
Problemas económicos	1 (2.9)
Motivos familiares	3 (8.6)
Medo da solidão	4 (11.4)
Problemas de saúde	23 (65.7)
Motivos familiares/medo da solidão	1 (2.9)
Medo da solidão/problemas de saúde	3 (8.6)
Total	35 (100)

No quadro 2 estão descritos os meses de permanência na instituição e os respectivos motivos. A grande generalidade dos idosos está institucionalizada entre os 16 e os 24 meses (48.6%).

No que diz respeito aos motivos pelos quais os idosos foram institucionalizados, verifica-se que 65.7% apontam os problemas de saúde. Contudo, há outros motivos apontados, como problemas económicos (2.9%), motivos familiares (8.6%) e medo da solidão (11.4%). Ainda em relação aos motivos da institucionalização, há idosos que ingressaram no lar devido a mais do que um motivo. Assim, um idoso (2.9%) ingressou no lar devido a problemas familiares e por medo da solidão e um outro idoso ingressou no lar por medo da solidão e por problemas de saúde (8.6%).

Quadro 3: Partilha do quarto

	n (%)
Sim	25 (71.4)
Não	9 (25.7)
Sem informação	1 (2.9)

Quanto à partilha do quarto, a maior parte dos idosos partilha o quarto com terceiros (71.4%), enquanto 25.7% possuem um quarto individual (ver quadro 3).

Quadro 4: Habilidades Funcionais

Tipo de ajuda	Muita ajuda	Alguma ajuda	Nenhuma ajuda
	n (%)	n (%)	n (%)
Cuidado Pessoal	8 (22.9)	9 (25.7)	18 (51.4)
Comer	0 (0)	4 (11.4)	31 (88.6)
Vestir e despir	7 (20)	10 (28.6)	18 (51.4)
Andar	6 (17.1)	4 (11.4)	25 (71.4)
Levantar e deitar	8 (22.9)	10 (28.6)	17 (48.6)

Tomar banho	11 (31.4)	14 (40.0)	10 (28.6)
Administrar dinheiro	10 (28.6)	11 (31.4)	14 (40.0)
Usar o telefone	6 (17.1)	16 (45.7)	13 (37.1)
Ir às compras	13 (37.1)	10 (28.6)	12 (34.3)

A Dimensão 2 do QIP, Habilidades Funcionais, retrata a autonomia relativamente às actividades da vida diária. Mais de metade dos idosos não necessita de qualquer ajuda para realizar as seguintes tarefas: cuidado pessoal, comer, vestir e despir e andar, sendo que mais de metade dos idosos necessita de muita ou de alguma ajuda para realizar tarefas como levantar e deitar, tomar banho, administrar o dinheiro, usar o telefone e ir às compras (ver quadro 4).

Quadro 5: Nível de Actividade

	Sim n (%)	Não n (%)
Ver televisão	34 (97.1)	1 (2.9)
Ouvir música	18 (51.4)	17 (48.6)
Ler um jornal ou livro	7 (20)	28 (80)
Escrever (cartas, poemas)	1 (2.9)	34 (97.1)
Coser ou bordar	2 (5.7)	33 (94.3)
Jogar às cartas, damas, xadrez ou dominó	3 (8.6)	32 (91.4)
Jogar bilhar, bingo ou similares	1 (2.9)	34 (97.1)
Desenhar ou pintar	18 (51.4)	17 (48.6)
Tirar fotografias, carpintaria	0 (0)	35 (100)
Cuidar de plantas, jardinagem	3 (8.6)	32 (91.4)
Visitar outros residentes	0 (0)	35 (100)
Sair à rua	18 (51.4)	17 (48.6)
Dar um passeio	14 (40)	21 (60)

No que diz respeito à dimensão 3, Nível de Actividade, verifica-se que a quase totalidade dos idosos vê televisão (97.1%) e que mais de metade ouve música (51.4%), desenha ou pinta e sai à rua (51.4%). A grande maioria dos idosos não realiza actividades como: ler um jornal ou livro, escrever, coser ou bordar, jogar às cartas, damas, xadrez ou dominó, cuidar de plantas/jardinar. Actividades relacionadas com fotografia e carpintaria não são desempenhadas por nenhum dos idosos (ver quadro 5).

No que diz respeito à Integração na Comunidade verifica-se que poucos são os idosos que se dedicam a actividades fora da Instituição uma vez por semana ou mais 11.4% visitam amigos ou parentes e 2.9% assistem a actos desportivos. Apenas os actos religiosos têm uma larga adesão, de 88.6% (quadro 6). A percentagem de actividades realizadas uma ou duas vezes por mês é igualmente baixa, sendo que à excepção das actividades ‘assistir a actos religiosos’ e ‘visitar amigos ou parentes’, a grande maioria dos idosos raramente ou nunca desempenha qualquer uma das actividades referidas fora da instituição.

Quadro 6: Integração na Comunidade

	Raramente Nunca n (%)	Poucas vezes ao ano n (%)	Uma ou duas vezes por mês n (%)	Uma vez por semana ou mais n (%)
Visitar amigos ou parentes	15 (42.9)	10 (28.6)	6 (17.1)	4 (11.4)
Ir de viagem ou excursão	21 (60.0)	14 (40)	0 (0)	0 (0)
Assistir a algum acto desportivo	23 (65.7)	5 (14.3)	6 (17.1)	1 (2.9)
Fazer piquenique	28 (80)	7 (20)	0 (0)	0 (0)
Assistir actos religiosos	0 (0)	1 (2.9)	3 (8.6)	31 (88.6)
Assistir funeral ou aniversário	23 (65.7)	10 (28.6)	2 (5.7)	0 (0)
Comer a um restaurante	34 (97.1)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)
Assistir concerto ou representação	35 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ir ao cinema	26 (74.3)	9 (25.7)	0 (0)	0 (0)
Ir a alguma reunião	34 (97.1)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)
Realizar trabalho voluntário ou pago	34 (97.1)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)
Sair à noite	34 (97.1)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)
Visitar alguma instituição de idosos	34 (97.1)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)

Por fim, na dimensão Saúde, apenas 20.6% dos idosos tiveram 2 ou mais consultas médicas no mês transacto à aplicação dos questionários e 17.6% teve apenas uma consulta. Mais de metade destes não teve qualquer consulta médica (61.8%). Relativamente à toma da medicação, verifica-se que só um idoso não toma medicação (3.4%), sendo que os restantes tomam acima de 2 medicamentos por dia (96.6%). No que diz respeito à hospitalização ou necessidade de estar de cama, verifica-se que 90.9% não esteve hospitalizado, mas esteve de cama por um período inferior a 30 dias. Apenas

6.1% esteve mais de 5 dias de cama, não fazendo internamento hospitalar e apenas 3% esteve mais de 5 dias de cama e sofreu internamento hospitalar (ver quadro 7).

Quadro 7: Variáveis relacionadas com a saúde objectiva

	n (%)
Consultas médicas	
0 consultas	21 (61.8)
1 Consulta	6 (17.6)
2 ou mais consultas	7 (20.6)
N.º de medicamentos	
0 Medicamentos	1 (3.4)
1 Medicamento	0 (0)
2 ou mais medicamentos	28 (96.6)
Dias de cama/hospitalizado	
Estar de cama menos de 5 dias e 0 dias no hospital	30 (90.9)
Estar de cama mais de 5 dias ou estar algum dia hospitalizado	2 (6.1)
Estar de cama mais de 5 dias e ter estado algum dia hospitalizado	1 (3.0)

No que concerne aos problemas de saúde a maior parte dos idosos reporta dificuldades de mobilidade (79.4%) e 35.3% dos idosos reporta problemas de foro psicológico, como depressão (67.6%) (ver quadro 8).

Quadro 8: Problemas de saúde

Problemas de saúde	Sim n (%)	Não n (%)	Não sabe n (%)
Dificuldade na mobilidade	27 (79.4)	7 (20.6)	
Respiratórios (asma, bronquite)	11 (31.4)	23 (65.7)	
Aparelho circulatório	12 (35.3)	22 (64.7)	
Digestivos	4 (11.8)	30 (88.2)	
Endócrinos	9 (26.5)	25 (73.5)	
Urinários	4 (11.8)	30 (88.2)	
Outros	3 (8.8)	31 (91.2)	
Problemas cognitivos			
Memória	13 (38.2)	21 (61.8)	
Depressão	11 (32.4)	23 (67.6)	
Problemas auditivos e oculares			

Utilizar aparelho para ouvir ou deveria usá-lo	21 (60)	10 (28.6)	5 (11.4)
Dificuldade nos olhos, mesmo com óculos	15(42.9)	15 (42.9)	5 (11.4)

Quadro 9: Saúde Subjectiva

	Total n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Idades		
				65-74 anos n (%)	75-84 anos n (%)	85-93 anos n (%)
Excelente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Bom	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Normal	13 (37.1)	8 (22.9)	5 (14.3)	3 (8.6)	8 (22.9)	4 (11.4)
Regular	5 (14.3)	4 (11.4)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mau	16 (45.7)	14 (40.0)	2 (6.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Regular / Mau	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0)	3 (8.6)	12 (34.3)	5 (14.3)

Face à percepção subjectiva de saúde verifica-se que 45.7% percepciona a saúde como má, 14.3% como regular e 37.1% como normal. Tal como se verifica no quadro 10, apenas dois idosos do sexo masculino reportam ter uma saúde má comparativamente a 14 idosos do sexo feminino. Interessa também salientar que nenhum dos idosos, de ambos os géneros, percepciona a sua saúde como boa ou excelente (0%). Através da análise do quadro 9 podemos perceber que os idosos jovens percepcionam a sua saúde de forma mais positiva do que os idosos velhos ou muito velhos.

Quadro 10: Coeficientes de correlação de *Spearman* e *Pearson* entre as diferentes dimensões do QIP

	Habilidades Funcionais ^b	Nível de Actividade ^a	Integração na Comunidade ^a	Saúde ^a
Habilidades Funcionais				
Nível de Actividade	NS			
Integração na Comunidade	NS	.448**	NS	NS
Saúde	NS	NS	NS	NS

*0.05; **0.01; ^a *Pearson*; ^b *Spearman*; NS: Não significativo

A dimensão Nível de Actividade apresenta uma correlação positiva significativa, com uma magnitude moderada, com a dimensão Integração na

Comunidade ($r=.448^*$). Nenhuma das outras dimensões do QIP apresentou correlações significativas (ver quadro 10).

Quadro 11: Coeficientes de correlação de *Spearman* e *Pearson* entre as diferentes dimensões do QIP e a idade e o género

	Dimensões do QIP			
	Habilidades Funcionais ^b	Nível de Actividade ^a	Integração na Comunidade ^a	Saúde ^a
Idade	NS	NS	NS	NS
Género	.383*	NS	NS	.414*

*0.05; ^a *Pearson*; ^b *Spearman*; NS: Não significativo

A variável género apresenta uma correlação positiva e significativa com a dimensão Habilidades Funcionais e com a dimensão Saúde, ambas com magnitudes moderadas ($\rho=.383^*$ e $r=.414^*$, respectivamente). A variável idade não apresenta uma relação significativa com alguma das dimensões do QIP.

Efeito da Idade e do Género nas diferentes dimensões do QIP

Para percebermos qual o efeito do género e da idade nas dimensões do QIP realizámos um teste Mann-Whitney U, que revelou uma diferença significativa nos níveis de Habilidades Funcionais entre homens (Md=10.94, n=35) e mulheres (Md=20.09, n=35), $U=51.5000$, $z=-2.232$, $p=0.26$ e uma diferença significativa nos níveis de Saúde entre homens (Md=8.69, n=25) e mulheres (Md=15.03, n=25), $U=33.500$, $z=-2.028$, $p=0.43$. Ou seja, as mulheres reportam precisar de mais ajuda nas actividades da vida diária e reportam menor saúde comparativamente aos homens.

Não foram encontradas diferenças significativa entre homens (Md=21.06, n=35) e mulheres (Md=17.09, n=35) na dimensão Nível de Actividade, $U=83.500$, $z=.992$, $p=.321$. O mesmo se verificou para a dimensão Integração na Comunidade (homens Md=19.75, n=35; mulheres Md=17.48, n=35), $U=94.000$, $z=-.557$, $p=.578$.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No presente capítulo teceremos algumas considerações acerca das opções metodológicas usadas, dos resultados encontrados, referindo as limitações deste trabalho, bem como apontaremos algumas implicações, focando o melhoramento das práticas que consideramos cruciais para promover um envelhecimento activo dos nossos idosos.

4.1. Instrumentos

Neste estudo utilizámos o Questionário de Informação Pessoal (QIP, Maia e col. 2013), tendo em conta que a solução factorial recentemente explorada apresenta boas qualidades psicométricas (como referido na secção relativa aos instrumentos).

4.2. Amostra

Consideramos que a amostra tem um tamanho adequado ($N=35$) para as análises a que nos propusemos. Segundo Júnior (2009) um N igual ou superior a 30 é representativo de uma amostra fiável, e consequentemente de resultados confiáveis.

4.3. Dados demográficos

A nossa amostra é composta por pessoas com mais de 65 anos ($X=80.2$ anos; $DP=6.263$). Neste estudo 57.1% dos idosos têm entre 75 e 84 anos e 25.7% dos idosos têm entre 85 e 93 anos de idade. Apenas 17.1% dos idosos têm entre 65 e 74 anos. Deste modo, a nossa amostra é maioritariamente representada por idosos velhos (dos 75 aos 84 anos de idade) e por idosos muito velhos (a partir dos 85 anos).

Verificamos que a percentagem de mulheres é bastante superior à percentagem de homens (77.1% versus 22.9%). De acordo com os últimos Censos (2011), há um envelhecimento notório superior nas mulheres comparativamente aos homens, envelhecimento associado ao envelhecimento da população idosa e justificando-se pela maior longevidade feminina (Censos 2011). Deste modo não é de estranha a distribuição de género da nossa amostra.

Quanto às habilitações literárias, o 1.º ciclo é o grau académico mais elevado. Isto pode justificar-se por estarmos numa zona predominantemente rural onde as pessoas tinham poucos recursos para prosseguirem os estudos e o meio de subsistência predominante era a Agricultura.

4.4. Motivos da Institucionalização

No que diz respeito aos motivos pelos quais os idosos ingressaram no lar, a maioria refere que a institucionalização foi uma opção tendo em conta os problemas de saúde (65.7%) que apresentavam. Seguidamente foram referidos problemas familiares (8.6%), o medo da solidão (11.4%) e, por fim, os problemas económicos (2.9%).

Cardão (2009) refere a este respeito que a comunidade não apresenta os recursos necessários para fazer face às necessidades vivenciadas pelos idosos e, deste modo, estes vêm-se obrigados a serem institucionalizados. Adicionalmente, a família, muitas vezes, não tem condições para cuidar do idoso e os programas de prestação de serviços ao idoso dependente são raros (Imaginário, 2004).

Num estudo relativamente recente, Fernandes (2010) com uma amostra de 18 idosos institucionalizados em lar (com idades entre os 81 e os 90 anos de idade; maioritariamente viúvos), verificou que a principal razão de ingresso no lar era a pressão familiar, seguida do medo da solidão, de doença e das condições habitacionais.

Num estudo anterior de Vaz (2009), que avaliava sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados, foram identificados como factores de risco para a institucionalização o aumento da idade, a menor função cognitiva e demência, a menor participação nas actividades da vida diária, a menor capacidade funcional física, ser-se do sexo feminino, não ser casado ou morar sozinho, a ausência de um cuidador formal ou informal e doenças e lesões.

4.5. Partilha do Quarto

No que diz respeito à partilha do quarto, verifica-se que 71.4% dos idosos da nossa amostra partilha o quarto com outrem e apenas 25.7% possui quartos individuais.

Mallon (2000) refere a este respeito que o quarto é um refúgio, que permite ao idoso encontrar-se consigo mesmo e com as suas recordações. Goffman (1974) defende que o quarto é um santuário inviolável. É sabido que a preservação da identidade dos idosos institucionalizados é importante, na medida em que vai facilitar a sua integração e que a partilha do quarto vai de certa forma invadir a privacidade da pessoa. Muitas vezes a vivência em grupo e a partilha do quarto pode ameaçar a identidade pessoal, facto que pode, pelos resultados encontrados, estar presente nos idosos que avaliamos. Face a isto, o indivíduo cria mecanismos psicológicos para se proteger e cria estratégias de uma melhor integração no seio do grupo (Mallon, 2000).

4.6. Habilidades Funcionais

Segundo os últimos Censos (2011) cerca de 17.2% da população geral declarou ter muita dificuldade na realização, de pelo menos, 6 actividades diárias como, ver, ouvir, andar, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender. Resultado que corrobora o encontrado no nosso trabalho, já que mais de metade dos idosos reportou precisar de muita ou de alguma ajuda em cinco das tarefas da vida diária avaliadas.

4.7. Nível de Actividade

Neste estudo denota-se que os idosos, em geral, não participam ou participam pouco nas actividades desenvolvidas. Tal pode dever-se ao facto das actividades realizadas não irem de encontro às necessidades e expectativas dos idosos.

Verificou-se que 97.1% dos idosos vêem televisão, 51.4% ouvem rádio e 51.4% desenha ou pinta. As saídas para o exterior da instituição são praticadas por metade dos idosos (51.4%), sendo que estas saídas consistem em dar um passeio nos arredores da instituição.

Guedes (2012), no seu estudo com idosos institucionalizados, também concluiu que a maior parte dos idosos estão inactivos. A autora refere que em contexto de lar, verifica-se uma preocupação com a higiene pessoal e limpeza do quarto, porém as outras actividades são esquecidas. Poucos idosos ocupam o tempo de forma personalizada, desenvolvendo actividades como ler, ouvir música, passear. Poucos resistem à inactividade e passam o dia num estado de adormecimento.

A este propósito, Mallon (2000) refere que a maioria dos idosos espera pela morte, sentados numa sala, tendo como painel de fundo uma televisão. Grande parte do dia é passado nessa sala, ausentando-se apenas para as refeições. Cada pessoa tem o seu lugar, raramente falam uns com os outros e as conversas travadas são de pessoas com capacidades cognitivas limitadas.

4.8. Integração na Comunidade

Os idosos apesar de possuírem alguma autonomia praticam e participam em pouquíssimas actividades socioculturais, assim como nas actividades da comunidade.

Resultados semelhantes foram encontrados por Almeida (2008), o autor, numa amostra de 93 idosos institucionalizados, referiu que o nível de actividade dentro e fora da instituição era diminuto. Num estudo posterior, Fernandes (2010), com uma amostra de 18 idosos institucionalizados, concluiu que os idosos após a institucionalização não

têm actividades de ocupação e deixaram de fazer as actividades que faziam quando estavam em casa. Concluiu que os idosos raramente saem da instituição, já que os familiares os visitam no lar.

A não participação dos idosos nas actividades realizadas pode estar ligada ao facto de não se sentirem responsáveis e dinamizadores das actividades. Deve haver uma preocupação de todos os intervenientes (idosos e colaboradores) na construção do Plano Individual, com o objectivo de traçar as necessidades, os interesses, os objectivos, as metas a atingir, de modo a assegurar que as actividades de animação estão de acordo com as expectativas do idoso (Pimentel, 2001).

Na nossa amostra, e analisando o item relativo às visitas que os idosos fazem a amigos ou parentes, podemos afirmar que não há laços sociais persistentes, já que apenas 17.1% dos idosos visita os familiares ou parentes, uma ou duas vezes no mês.

Paúl (2001) refere que as redes sociais são ligações humanas que se organizam em sistemas de apoio (ajudam na manutenção e promoção da saúde das pessoas) e em recursos que são partilhados entre os membros desse sistema. As redes sociais assumem muita importância na vida dos idosos, na medida em que os idosos gostam de se sentir amados, valorizados e gostam de sentir que fazem parte de um grupo.

A existência de redes sociais é importante, pois medeiam os efeitos do stresse e contribuem para o bem-estar físico e psicológico e para uma maior satisfação com a vida. Nos idosos mais dependentes, as redes sociais também desempenham um papel importante na manutenção dos cuidados necessários para uma melhoria da qualidade de vida (Martins, 2005; Paúl, 2001).

Na nossa amostra, os actos religiosos têm uma participação muito activa, visto que 88.6% dos idosos assistem a actos religiosos, uma ou mais vezes por semana. A religião é muito importante na vida dos idosos. A missa é celebrada semanalmente na capela do lar, onde todos os idosos, incluindo os mais dependentes podem assistir. Os idosos mais autónomos deslocam-se ao domingo à Igreja Paroquial.

A este respeito e como referido por Cardoso e Ferreira (2009) a religião tem-se revelado como um factor capaz de contribuir para a promoção e para a manutenção do bem-estar dos idosos, seja por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou pelas regras de conduta moral e espiritual que ela estabelece. Estes autores, no seu estudo, com uma amostra de 256 idosos (197 mulheres e 59 homens, $X = 69.12$ anos e $DP = 6.42$), verificaram que a participação religiosa em missas e a religiosidade apresentou uma correlação positiva e significativa com a qualidade de vida, ou seja, o

idoso que participava em actividades religiosas apresentava um maior bem-estar na velhice.

4.9. Saúde (objectiva e subjectiva)

Relativamente à percepção de saúde, verifica-se que as mulheres percebem a sua saúde de forma mais negativa, classificando-a como má, do que os homens (40% versus 6.1%). Tal pode ser devido ao facto das mulheres aceitarem com mais dificuldade o processo de envelhecimento, comparativamente aos homens (Salgueiro, s.d.). Algumas características de personalidade poderiam também ajudar a clarificar esta questão. No que diz respeito aos problemas cognitivos (memória e depressão) verificámos que 61.8% dos idosos não relata problemas de memória e 67.6% não apresenta sintomas depressivos.

Squire (2002) encontrou uma associação entre a idade cronológica e a saúde, na medida em que pressupõe que a velhice seja acompanhada por uma deterioração gradual da saúde, um aumento de doenças e incapacidades e maiores exigências de cuidados sociais e de saúde. É uma definição negativa de saúde, contudo, parece ir de encontro aos resultados obtidos neste estudo, visto que com o avançar da idade os problemas de saúde começam a surgir.

No estudo recente de Prieto-Flores e col. (2011) com 499 pessoas idosas residentes na comunidade, as mulheres com idade avançada percebiam a sua saúde mais negativamente, sendo que as habilidades funcionais iam piorando com o avançar da idade.

Relativamente à saúde objectiva, os idosos relatam maioritariamente problemas de mobilidade (79.4%), problemas respiratórios (31.4%) e problemas do aparelho circulatório (35.3%).

Ao analisar os indicadores da saúde objectiva concluímos que com o avançar da idade os problemas de saúde são cada vez mais evidentes, sendo os problemas de mobilidade e respiratórios os mais salientes. Os problemas de memória e os sintomas depressivos também se começam a evidenciar, assim como os problemas auditivos e oculares, o que pode limitar o desempenho das actividades da vida diária e instrumentais da vida diária. Os mesmos resultados foram encontrados num estudo de Araújo (2011) sobre saúde e distress psicológico, com idosos com 80 e mais anos, residentes na comunidade.

4.10. Correlações entre as dimensões do QIP

No nosso estudo o Nível de Actividade apresentou uma correlação positiva moderada com a Integração na Comunidade. O mesmo resultado foi encontrado no estudo geral de Maia e col (2013). Nenhuma outra correlação foi encontrada, ao contrário do esperado. Tal pode ser justificado pelas características da nossa amostra, que é substancialmente menor (35 versus 844 idosos) e pelo contexto (rural versus urbano).

4.11. Correlações entre as dimensões do QIP e a Idade e Género e efeito da Idade e Género

A dimensão Habilidades Funcionais apresenta uma correlação positiva e significativa com o género (magnitude moderada), apresentando as mulheres maiores dificuldades na execução autónoma das tarefas da vida diária.

A dimensão Saúde também apresenta uma correlação positiva e significativa, com a variável género, sendo que as mulheres percebem de forma mais negativa a sua saúde comparativamente aos homens.

4.12. Limitações

Este estudo avalia e estuda os idosos de uma única instituição, por isso os nossos resultados não são representativos da população portuguesa.

Outra limitação deste estudo prende-se com o facto de os participantes do estudo pertencerem ao lar de idosos do meu local de trabalho. Contudo, no início de cada questionário, foram comunicados aos idosos os objectivos do estudo, e foi-lhes pedido para serem o mais sincero possível nas suas respostas, visto que estas iriam permitir ‘diagnosticar’ potenciais falhas/necessidades e traçar estratégias com vista ao seu melhoramento.

4.13. Implicações

Promover o envelhecimento activo é prioritário. No nosso estudo percebemos que apesar da grande maioria dos idosos institucionalizados não apresentar níveis muito elevados de dependência, o seu nível de actividade é francamente pobre. Tal pode dever-se ao facto das actividades realizadas não irem de encontro às necessidades e às expectativas dos idosos. Contrariamente aos resultados obtidos relativamente ao Nível de Actividade na instituição, as saídas para o exterior da instituição são praticadas por

metade dos idosos (51.4%), sendo que estas saídas consistem em dar um passeio nos arredores da instituição. Assim, aquando da admissão do idoso devem ser tidos em linha de conta alguns procedimentos, como, um levantamento das necessidades dos idosos, como é que estes costumavam ocupar o seu tempo, com quem e com que regularidade, que actividades gostavam de ver desenvolvidas na instituição, quais são os seus verdadeiros interesses, de modo a que os profissionais possam traçar um plano de actividades que vá de encontro às necessidades e expectativas dos idosos, possibilitando assim a sua participação activa. Os idosos devem participar na planificação das actividades, visto que assim sentir-se-ão responsabilizados pelas actividades, o que poderá conduzir a uma maior participação.

Outra prioridade passa por não cortar as ligações destes idosos com o exterior e por isso, as actividades exteriores à instituição devem ser promovidas para que este sinta que continua a pertencer à sua comunidade, à sua família, aos seus amigos, aos seus lugares.

Apesar da maioria dos idosos da nossa amostra não estar na sua maioria funcionalmente dependente, é sabido que à medida que se envelhece, vão-se perdendo capacidades funcionais. Contudo, esta situação tem de ser contornada, e deve-se educar para a saúde e para a sua promoção. A educação para a saúde consiste em desenvolver actividades que permitam ao indivíduo ter ferramentas para combater e retardar os efeitos da doença. Deve-se elucidar e mudar estigmas acerca de doenças nos idosos, de modo a evitar a perda das capacidades funcionais e cognitivas para assim terem uma maior qualidade de vida (Tones, 1990, cit. por Squire (2002).

Na análise dos nossos resultados são também evidentes os fracos laços sociais dos idosos. As relações inter-geracionais devem ser também promovidas. Deve-se inculcar na família e na restante rede social de apoio a responsabilidade de visitar os idosos, sempre que possível o seu familiar; participar em datas e acontecimentos significativos, como aniversários e festividades e sempre que possível proporcionar terapia familiar de modo a amenizar os problemas que possam surgir (Pereira, 2012). Deve-se também promover-se encontros com jovens, na medida em que a troca de saberes entre as gerações é uma mais-valia. Faz parte de qualquer estratégia que vise promover as redes sociais não apenas o fortalecimento das redes sociais já existentes, mas também o estabelecimento de relações novas que atenuem os efeitos provocados por situações stressantes.

“O país perdeu a inteligência e a consciência moral. Os costumes estão dissolvidos, as consciências em debandada, os caracteres corrompidos. A prática da vida tem por única direcção a conveniência. Não há princípio que não seja desmentido...”

Eça de Queirós “As Farpas”

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, C. (2009). *Caderno teórico de apoio de Terapias Ocupacionais*. Lamego: Edição do autor.
- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: activo? Bem-sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise... *Fórum Sociológico*, 17 (II), 17-24.
- Azevedo, Z. e col. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicosoma (1.ª Ed).
- Araújo, L. (2010). *Saúde e Distress Psicológico em Pessoas com 80 e mais anos residentes na comunidade*. Tese de Mestrado apresentada na Universidade de Aveiro.
- Araújo, L. & Ribeiro, O. (2009). Assessment of the Impact of Physical Condition on the Health and Functional Status of Community Dwelling old people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* – Paris, 5-9 July 2009: Abstract Book, 13, S 604.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective, optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes, *Successful Aging – Perspectives from the behavioural sciences*, (pp. 1-34). Canada: Cambridge University Press.
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, VI. 2.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice, Nova fronteira*. Rio de Janeiro.
- Birren, J. (1995). *New models of aging: comment on need and Creative efforts*. Canadian journal on aging.
- Birren, K.W. & Schrorots, J.F. (1995). History, concepts and theory in the psychology of aging. In: Birren, J.E. & Schaie, K.W. (Eds). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic Press.
- Birren, J. & Cunningham, W. (1985). *Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory*. In J. Birren & K.W. Schaie (1999.), *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Bourdieu, P. (1980). *Questions de Sociologie*. Paris: Ed. du Minuit.
- Bourdieu, P. (1993), *A Miséria do Mundo*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Cabral, Villaverde (coord.) – *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa, 2013.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Casagrande, M. (2006). *Actividade física na terceira idade*. Trabalho de finalização licenciatura: Bauru. Universidade estadual paulista faculdade de ciências departamento de educação física (pp. 26-27).
- Cappelliez, P., e col. (2004). *Physical health, subjective health, and psychological distress in older adults: reciprocal relationships concurrently and over time*. *Ageing International*, Summer 2004, Vol. 29, No. 3, pp. 247-266.
- Chichorro, A. Marques, C. & Ferreira, S. (2006). *Respostas sociais – nomenclaturas/conceitos*. Ed: Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança. Lisboa.
- Cohen, F. Bearison, D. Muller C. (1987). *Psychology and Aging*. American Psychological Association.
- Conselho Económico e social. (2004). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e do trabalho.
- Leitão, A. (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade*. OMS – Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
- Correia, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Daniel, F. (2006). *O Conceito da velhice em transformação*. *Interacções*. N.º 10. pp. 113-122.

De Singly, F.; Mallon, I (2000), “*A Protecção de Si no Lar de Idosos*”, In DE SINGLY, (2000). *Livres Juntos. O Individualismo na Vida Comum*, Lisboa, D. Quixote.

D’Epinay, C. (1991). *Viellir ou la vie à inventer*. Paris, L’Harmattan.

Ewles, L. Simnett, I. (1999). *Promoting health: a practical guide*. Baillière Tindall, London (4th Ed).

Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos*. Um Estudo de Caso. Tese de Mestrado apresentada Departamento de Ciências da Educação e do Património.

Fernández-Ballesteros (1990). *Modelos ambientales sobre la vejez. anales de psicologia*. 181-198.

Fernández-Ballesteros (1995). *Sistema de Evaluacion de Residencias de Ancianos* – SERA. Ministerio de Trabajo Y Assuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. IMSERSO.

Fernandez-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social. Una Introducción*. In R. Fernandez-Ballesteros (2000) (Dir). Madrid. Ediciones Pirámide.

Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Universidade Católica Editora. Campus do Saber.

Fonseca, AM (2005). *O envelhecimento bem-sucedido*. In Paúl C & Fonseca AM. (2005) *Envelhecer em Portugal*. Climepsi.

Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Universidade Católica Editora: Lisboa (2^a Ed).

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa. Climepsi.

Gergen, M, Gergen, K. (2003). *Social Construction – A Reader*. Sage Publicacions. London.

Giddens, A. (1997). *Sociologia*. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.

Giddens, A. (2001), *Modernidade e Identidade Pessoal*. Oeiras: Celta Editora.

Goffman, Erving, (1996), “Manicómios, Prisões e Conventos”. Editora Perspectiva: S. Paulo.

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

Groger, L. (1995). *A nursing home can be a home*. *Journal of Aging Studies*. 9 (2), 137-153;

Guerreiro, T.; Rodrigues, R. (1999). *Envelhecimento bem sucedido: Utopia, realidade ou possibilidade? Uma abordagem transdisciplinar da abordagem cognitiva*. Unati/Uerj, Rio de Janeiro.

Guillemard, A. (1972). *La retraite une morte social*. Mouton-La Haye: Paris.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra. Edição Formasau – Formação e Saúde.

Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos (Actividades)*. Porto: Âmbar.

James, B. R. (2004). *Probabilidade: um curso em nível intermediário*. IMPA: Rio de Janeiro.

Júnior, C. (2009). *Questões em Bioestatística: o tamanho da amostra*. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*, v. 1, n. 1.

Kahana, E. (1982). *A congruence modelo of person-environment interaction*. In M.P. Lawton, P. Windley & T. Byerts (Eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches*. New York: Springer.

Lawton, M. (1991). *A multidimensional view of quality of life in frail elders*. In J. Birren, J. Lubben, J. Rowe, & D. Deutchman, *The concept and measurement of quality of life*.

Leão, C. (2011). *Globalização do Envelhecimento – o caso português*. Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade: Lisboa.

Lenoir, R. (1985). *Object sociologique et probleme social, Initiation à la pratique sociologique*. Dunod, Borda. Paris.

Lidz, T. (1983). *A Pessoa - Seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Editora Artes Médicas.

Lopes, Marcelino Sousa (2006), *Animação Sociocultural em Portugal*, 1ª Edição,

Chaves, Intervenção.

Machado, S.(2009). *Caderno teórico de apoio de Geriatria e Gerontologia*. Lamego: Edição do autor.

Instituto da Segurança Social (2005). *Manual de Boas Práticas.*, I.P.

Moss, R. Lemke, S. (1994). *Group Residences For Older Adults. Physical Features, Policies, and Social Climate*. New York: Oxford University Press.

Nazareth, J. Manuel (2009). *Crescer e Envelhecer – Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença. 1.ª Edição.

Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento – Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus editora.

Netto, M. (2000). *Tratado de Gerontologia*. Atheneu: São Paulo (2ª Ed).

Netto, F. (2004). Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar a Prática* 7: 75-84.

Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Livpsic (4ª Ed.).

Oliveira, C. (2011). *Como gerir bem a sua instituição*. Omnisinal: Porto (1º Ed.).

Organização Mundial de Saúde. (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direcção-Geral de Saúde: Lisboa.

Osório, A.; Pinto, F, (2007). *As pessoas idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Pallant J. (2011). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS* (4th Ed.). Allen & Unwin.

Palmeirão, C. M. (2002). *Derrubar para Mudar*. In D.D. *Educação, Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social*. Porto: Universidade Portucalense.

Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores: Lisboa (1ª Ed.).

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos, Família e Meio Ambiente*. Almedina: Coimbra.

Paúl, C. (2006). *Psicogeriatria*. Ed: Horácio Firmino. Psiquiatria clínica.

Paúl, C., Fonseca, A (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Climepsi Editores: Lisboa (2ª Ed).

Paulos, C. (2010). *Gestão de Instituições para Idosos – Qualidade, Humanidade e Eficiência em Cuidados Geriátricos*. Verlag Dashofer Edições Profissionais.

Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia – um guia para cuidadores de Idosos*. Psicossoma: Viseu. 1.ª Edição;

Pimentel, L. (2001), *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e trajetórias*. Quarteto: Coimbra.

Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414 - 426.

- Prieto-Flores, M. e col. (2011). *The Relative Contribution of Health Status and quality of Life Domains in Subjective Health in Old Age*. Springer Science+Business Media B.V.
- Ryff C. D. & Keyes C. L. M. (1995). *The structure of psychological well-being revisited*. Journal of Personality and Social Psychology, 69 (4), 719-727.
- Rego, A. (2010). *Comunicação Pessoal e Organizacional*. Edições Sílabo. Lisboa (2ª Ed.).
- Relvas, A. (2006). *O ciclo vital da família – perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento: Porto (4ª Ed.).
- Rocha, A. (2007). *O Autoconceito dos idosos*. Dissertação de Mestrado: Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rowe, J. W.; Kahn, R. L. (1997) Successful Aging, *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Schaie, K. (2001). *Internacional Encyclopedia of the social & behavioral sciences*. Elsevier Science, Ltd.
- Salgueiro, G. (s.d.), *As mulheres e o envelhecimento*. Coleção informar as mulheres. N.º 8.
- Santos, L. (2004). *Caracterização Sócio- Económica dos Concelhos Concelho de Viseu*. Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano.
- Sant’anna, R.; Câmara, P.; & Braga, M. (2003). *Mobilidade na Terceira Idade: como planejar o futuro? Textos sobre Envelhecimento*.(2). UNATI, Rio de Janeiro.
- Soczka, L. (2005). *Contextos humanos e ambiental*. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 2ª edição. Porto: Âmbar.
- Squire, A. (2002). *Saúde e bem-estar para Pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática*.
- Souto, M., Lapa, E. (2006). *Diagnóstico Social de Moimenta da Beira*. Câmara Municipal de Moimenta da Beira. Governo da Republica Portuguesa – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Teles, C. (2012). *Relações entre a Regulação Emocional, a Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, o Bem-estar/Distress Psicológicos e a Sintomatologia*. Universidade de Lisboa.
- Torres, M. (2008). *Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo*. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- Vaillant, G. (2003). *Aging well: Surprising Guide points to a Happier life from the Landmark – Harvard Study of Adult Development*. EUA. ED. Little, Brown and Company.
- Verderi, É. (2002). *A questão do envelhecimento para que esta envelhecendo*. Pep-programa de Educação Postural.
- Viegas, S., Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. Âmbar: Porto. Coleção Idade do Saber.
- Zimerman, G. I. (2000), *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Artmed Editora: São Paulo.

FONTE COMPUTORIZADA

Autor Desconhecido. (2011). *Censos 2011 – resultados definitivos – norte*. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156638623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1. Consultado a 12 de Fevereiro de 2013.

Autor Desconhecido. (2008). *Projecto Tio*. Disponível em <http://projectotio.net/>. Consultado em 12 de Fevereiro 2013;

Autor Desconhecido. (2013). *Índice de Longevidade*. Disponível em <http://www.pordata.pt/>. Consultado a 10 de Novembro 2012.

Autor Desconhecido (2001). Webster Dictionary. Disponível em <http://dictionary.reference.com/>. Consultado em 02 de Fevereiro, 2013.

Autor Desconhecido (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/ronlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>. Acedido em 10 de Março de 2012.

Autor Desconhecido. (????). *Estratégia nacional de envelhecimento activo*. Disponível em http://www.socialgest.pt/dlds/ENEA_Estrategia_Nacional_Envelhecimento_Activo.pdf. Acedido em 17 de Março 2012.

A Psicologia da Velhice. (s.d.). Disponível em <http://www.formate.com/mediateca/download-document/3227-psicologia-do-envelhecimento.html>; Consultado em 16 de Novembro, 2012.

Bus, P. (2002). *Promoção da Saúde da Família*. Disponível em http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23%281%29021.pdf. Consultado a 27 de Fevereiro 2013.

Cancela, D. (2007). *O Processo de envelhecimento*. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Consultado em 12 de Novembro de 2012.

Cardoso, M. Ferreira, M. (2009). *Envolvimento religioso e bem-estar subjectivo em idosos*. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n2/v29n2a13.pdf>. Consultado em 20 de Maio 2013.

Carvalho, A. (2005/2006). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.; Disponível em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf. Consultado em 22 de Maio de 2013.

Carta de Ottawa. (1986). *Promoção de Saúde – Carta de Ottawa*. Disponível em <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>. Consultado dia 20 de Fevereiro 2013.

Comissão Europeia. (s.d.) *Emprego, Assuntos Sociais e Igualdade de Oportunidades*. Disponível em <http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=en>. Consultado em 22 Janeiro 2012.

Espadaneira, Raquel (2008). *Diferentes Formas de Envelhecer*. Disponível em: <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>. Consultado em 14 de Dezembro, 2012.

European Commission-Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *The 2012 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf. Consultado em 22 de Fevereiro 2013.

Eurostat. (2012). *Active ageing and solidarity between generations - A statistical portrait of the European Union 2012*. Disponível em

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>. Consultado em 10 de Janeiro de 2013.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Destaque – Informação à comunicação social, censos 2011 – resultados provisórios*. Disponível em www.ine.pt. Consultado em 17 de Julho de 2012.

Ichimura, K., Bosi, M. (2002). *Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde*. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>. Consultado a 12 de Março 2013.

Kuwano, V. Silveira, A. (2002). *A influência da atividade física sistematizada na autopercepção do idoso em relação às atividades da vida diária*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>. Consultado em 05 de Maio de 2013.

Martins, R. (s.d) *O idoso na sociedade contemporânea*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>. Consultado a 17 Maio, 2011.

Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>. Consultado a 21 de Maio 2013.

Pereira, F. (2008). *Gerontólogo: A construção de uma nova profissão na área da saúde*. Disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/402.pdf>. Consultado a 15 de Agosto 2013.

Oliveira, DLC, e col. (2005). *O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbfis/v10n1/v10n1a12.pdf>. Consultado em 05 Maio de 2013.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2001). Definição de idoso. Disponível em <http://www.who.int/en/>. Acedido em 14 de Janeiro, 2012.

Santos, L. (2004). *Caracterização Sócio- Económica dos Concelhos - Concelho de Viseu*. Disponível em <http://especial.imgs.sapo.pt/multimedia/pdf/local/Viseu.pdf>. Consultado em 03 de Janeiro 2013.

Socialgest (s.d.). *Envelhecimento*. Disponível em: <http://www.socialgest.pt/cgi-bin/registos/scripts/redirect.cgi?redirect=EkkZkFVIVAliycHuGe>. Consultado em 16 de Novembro, 2012.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÃO PESSOAL – QIP

De seguida, encontrará uma série de perguntas relativas à sua vida actual. Existirão questões referentes à ajuda que necessita para realizar tarefas da vida quotidiana, ao seu estado de saúde, às actividades em que participa e o seu grau de implicação na instituição. Responda, por favor, de forma o mais completa possível.

1- Dados gerais

Sexo: _____ Idade: _____

Estado Civil:

Solteiro (a) _____

Casado (a) _____

Viúvo (a) _____

Sep/div. _____

Que estudos tem?

	Idoso	cônjuge
Não sabe ler nem escrever	_____	_____
Sabe ler e escrever sem grau	_____	_____
1.º Ciclo do ensino básico	_____	_____

Onde nasceu?

Concelho _____ Freguesia _____

Condição perante o trabalho predominante ao longo da vida

	Idoso	cônjuge
Exerceu profissão	_____	_____
Ocupou-se das tarefas do lar	_____	_____
Estudante	_____	_____
Qual foi a sua profissão dominante?	_____	
Qual foi a profissão dominante do seu cônjuge?	_____	

Situação da profissão dominante ao longo da vida

	Idoso	cônjuge
Empregado por conta de outrem	_____	_____
Trabalhador por conta própria	_____	_____
Trabalhador familiar remunerado	_____	_____
Trabalhador familiar não remunerado	_____	_____
Patrão com menos de 10 pessoas ao serviço	_____	_____

Por que motivos veio para esta instituição?

- Problemas económicos _____
- Motivos familiares _____
- Medo da solidão _____
- Problemas de saúde _____
- Outros motivos (especificar) _____

Partilha o seu quarto?

– SIM – NÃO

Se sim, com quantas pessoas? _____

2. Habilidades funcionais

Por favor, marque com um “X” o grau de ajuda de que precisa para realizar cada uma das actividades que estão a seguir mencionadas.

	Não necessito de ajuda	Necessito de alguma ajuda	Necessito de muita ajuda
1. Cuidado pessoal (pentear ou barbear)	_____	_____	_____
2. Comer	_____	_____	_____
3. Vestir e despir	_____	_____	_____
4. Andar	_____	_____	_____

5. Levantar e deitar _____
6. Tomar banho _____
7. Administrar dinheiro _____
(pagar facturas) _____
8. Usar o telefone _____
9. Ir às compras _____

3. Nível de actividade

Por favor, indique as actividades que realizou na semana passada:

- 1- Ver televisão _____
- 2- Ouvir música _____
- 3- Ler um jornal ou livro _____
- 4- Escrever (cartas, poemas, etc) _____
- 5- Coser ou bordar _____
- 6- Jogar às cartas, damas, xadrez ou dominó _____
- 7- Jogar bilhar, bingo ou similares _____
- 8- Desenhar ou pintar _____
- 9- Tirar fotografias, carpintaria, cerâmica ou algum outro entretenimento _____
- 10- Cuidar de plantas, horticultura ou jardinagem _____
- 11- Visitar outros residentes _____
- 12- Sair à rua _____
- 13- Dar um passeio _____

Em geral, com que frequência realiza as seguintes actividades fora da instituição? Marque com um “X” a opção que mais se ajusta ao seu caso: “ muito raramente ou nunca”, “poucas vezes ao ano”, uma ou duas vezes por mês” e “uma vez por semana ou mais”.

	Raramente/ Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma ou duas vezes por mês	Uma vez por semana ou mais
1. Visitar amigos ou parentes	_____	_____	_____	_____
2. Ir de viagem ou excursão	_____	_____	_____	_____
3. Assistir a algum acto desportivo	_____	_____	_____	_____
4. Fazer um piquenique	_____	_____	_____	_____
5. Assistir a actos religiosos	_____	_____	_____	_____
6. Assistir a algum funeral ou aniversário	_____	_____	_____	_____
7. Comer num restaurante	_____	_____	_____	_____
8. Assistir a algum concerto ou representação	_____	_____	_____	_____
9. Ir ao cinema	_____	_____	_____	_____
10. Ir a alguma reunião	_____	_____	_____	_____
11. Realizar algum trabalho voluntário ou pago	_____	_____	_____	_____
12. Sair à noite (jantar, espectáculos)	_____	_____	_____	_____
13. Visitar alguma instituição de idosos	_____	_____	_____	_____

i. Auto – Questionário de Saúde Física

1- Quantas vezes foi ao médico para tratar de um _____
problema de saúde durante o último mês?

2. Quantos medicamentos está a tomar actualmente? _____
3. Quantos dias permaneceu na cama por doença no último ano? _____
4. Quantos dias permaneceu hospitalizado no último ano? _____
5. De qual (ais) dos seguintes problemas sofre actualmente?
- Dificuldades de mobilidade (andar) _____
- Respiratórias (asma, bronquite) _____
- Aparelho circulatório (má circulação, hipertensão) _____
- Digestivos _____
- Endócrinos _____
- Urinários _____
- Outros problemas (especificar) _____
6. Tem problemas nas seguintes áreas?
- Memória _____
- Depressão _____
7. Tem algum tipo de dificuldade nos olhos que o impede de ler, inclusive com óculos? – SIM – NÃO
8. Utiliza algum aparelho para ouvir ou deveria usá-lo? – SIM – NÃO
9. Em geral, como pensa que é o seu estado de saúde actual? Por favor, assinale com um “X” qual das seguintes categorias lhe parecerá mais adequada para defini-lo?
- Excelente----- Bom ----- Normal ----- Regular ----- Mau -----

ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Apresentação

Sou a Carine Magalhães, aluna do curso de Mestrado de Gerontologia Social do ISSSP, Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Estou a realizar o trabalho final de Mestrado sobre “*a Implementação da Qualidade na Estrutura Residencial para Idosos da Casa do Povo de Leomil*” e venho, por este meio, pedir a sua colaboração.

Para realizar o meu estudo preciso que responda, por favor, a quatro questionários: 1.º) escala de clima social; 2.º) diagnóstico de necessidades; 3.º) inquérito relativo à satisfação; 4.º) questionário de informação pessoal.

Ao decidir colaborar neste estudo, deverá, antes de mais, indicar que aceita na declaração que se segue (Consentimento Informado).

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração para com este estudo.

Leomil, ____ de _____ de 2013

A Mestranda de Gerontologia Social,

Carine Magalhães

Consentimento Informado

Declaração

Declaro (ao **colocar uma cruz no quadrado**, que se encontra no fim da presente declaração), que **aceito participar** na Dissertação no Âmbito do Curso de Mestrado de Gerontologia Social do ISSSP, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, da mestranda Carine Magalhães.

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir.

Especificamente, fui informado/a do objetivo, da duração esperada e dos procedimentos do estudo, assim como do anonimato e da confidencialidade dos dados, e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Sim, aceito.