

“Projectos”

Projectos são passos soltos
Notas no ar, a correr,
Tentando escutar na brisa
Uma música por nascer

Projectos são ideais
São esperas, desafios
Que residem estoicamente
A todos os calores e frios

Projectar é construir
Antes mesmo de o fazer
Os alicerces de um sonho
Que a esperança fará nascer

Any Onofre de Ataíde

À minha família pelos momentos que a privei da minha companhia.

AGRADECIMENTOS

Com a apresentação deste trabalho, queremos expressar os nossos sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma o tornaram possível.

Em particular, à Orientadora desta dissertação, Professora Doutora Fernanda Delgado Cravidão, o nosso profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos, pela orientação e pertinência das suas observações.

Ao Co-Orientador desta dissertação, Professor Doutor António Jorge Ferreira, o nosso reconhecimento pelas suas sugestões e disponibilidade demonstrada na realização deste trabalho.

Aos professores do Mestrado na pessoa do seu Coordenador Professor Doutor Salvador Massano Cardoso.

Aos idosos que prontamente colaboraram no nosso estudo, o nosso muito obrigado.

A todos que connosco colaboraram, de uma forma ou de outra, tornando possível a sua realização, agradecemos com amizade.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	16
 PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	19
1.1 – ENVELHECER EM PORTUGAL.....	22
2 – ENVELHECIMENTO	27
2.1 – O IDOSO INSTITUCIONALIZADO.....	30
3 – QUALIDADE DE VIDA	34
3.1 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....	39
4 – LAZER E QUALIDADE DE VIDA	40
 PARTE II – ESTUDO EMPIRICO	
1 – MATERIAL E MÉTODOS	47
1.1 – TIPO DE ESTUDO.....	48
1.2 – HIPÓTESES FORMULADAS.....	48
1.3 – POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA.....	50
1.4 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	54
1.5 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	60
1.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	65
1.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DE DADOS.....	66
2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	67
2.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA.....	70
2.2 – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONOMICA.....	73
2.3 – CARACTERIZAÇÃO RECURSOS COMUNITÁRIOS.....	81
2.4 – CARATERIZAÇÃO SATISFAÇÃO.....	83
2.5 – TESTE DE HIPÓTESES.....	96
3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	104
CONCLUSÃO	114
 ANEXOS	
Anexo I – Direitos dos Idosos.	

Anexo II – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados nas instituições.

Anexo III – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados ao Director do Centro de Saúde.

Anexo IV – Questionário de caracterização sócio-demográfica da amostra.

Anexo V – Índice de Katz.

Anexo VI – Questionário de avaliação da Qualidade de Vida – SF-36.

Anexo VII – Escala de Satisfação com a Vida.

Anexo VIII – Entrevistas realizadas a duas Assistentes Sociais.

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Representação do número de itens e perguntas por cada dimensão do SF-36	56
Quadro 2 – Representação da recodificação dos valores dos códigos atribuídos às respostas do 1 item do “Estado Geral”	57
Quadro 3 – Representação da recodificação dos valores dos códigos atribuídos às respostas ao item 7 do “Saúde e Actividades Diárias”	57
Quadro 4 – Consistência interna total e por escala SF-36	59
Quadro 5 – Distribuição dos idosos segundo a instituição de apoio social que frequentam	68
Quadro 6 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização	69
Quadro 7 – Estatística descritiva do tempo de institucionalização dos idosos segundo o regime de institucionalização	69
Quadro 8 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o género	70
Quadro 9 – Estatística descritiva da idade dos idosos segundo o regime de institucionalização	70
Quadro 10 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o grupo etário	71
Quadro 11 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o estado civil	71
Quadro 12 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a freguesia de residência	72
Quadro 13 – Distribuição dos idosos em centro de dia segundo o local onde residem	73
Quadro 14 – Distribuição dos idosos em centro de dia segundo com quem residem	73
Quadro 15 – Distribuição dos idosos em lar segundo se pudessem escolher onde residir, o que fariam	74
Quadro 16 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o relacionamento com os filhos	75

Quadro 17 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e as habilitações literárias	76
Quadro 18 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a profissão	77
Quadro 19 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se foram emigrantes	78
Quadro 20 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a origem do rendimento mensal	78
Quadro 21 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o valor da pensão	79
Quadro 22 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se tem outra fonte de rendimento	79
Quadro 23 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se professam alguma religião	80
Quadro 24 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se necessitam com regularidade de cuidados de que pessoas/instituições	81
Quadro 25 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o tipo de serviços mais utilizados	82
Quadro 26 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e como classificam a sua qualidade de vida	83
Quadro 27 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e na sua opinião o que é ter uma “boa vida”	84
Quadro 28 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a ocupação de tempos livres	85
Quadro 29 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se viajam para destinos turísticos	86
Quadro 30 – Distribuição dos idosos que viajam para destinos turísticos segundo o regime de institucionalização e quais os destinos turísticos das viagens	86
Quadro 31 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a frequência das viagens	87
Quadro 32 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e quem organiza as viagens	87
Quadro 33 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a existência de animador cultural na instituição	88

Quadro 34 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se praticam actividade física	88
Quadro 35 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o tipo de actividade física que praticam	89
Quadro 36 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se frequentam termas	89
Quadro 37 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o motivo da institucionalização	90
Quadro 38 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a evolução da sua qualidade de vida após a institucionalização	91
Quadro 39 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a opinião sobre a instituição onde estão	92
Quadro 40 – Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o nível de dependência	93
Quadro 41 – Estatística descritiva dos resultados da satisfação geral com a vida percebida pelos idosos	94
Quadro 42 – Estatística descritiva dos resultados da variável dependente (qualidade de vida) segundo o tipo de institucionalização dos idosos	95
Quadro 43 – Coeficiente de Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e a idade dos idosos	97
Quadro 44 – Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, ao sexo e a qualidade de vida dos idosos	98
Quadro 45 – Resultado da aplicação do teste de análise de variância (Anova), relativamente a qualidade de vida e ao estado civil dos idosos	99
Quadro 46 – Coeficiente de Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e o nível de dependência para realizar as actividades vida diárias dos idosos	100
Quadro 47 – Resultado da aplicação do teste de análise de variância (Anova), relativamente a qualidade de vida e ao rendimento mensal dos idosos	101
Quadro 48 – Coeficiente de Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e o grau de satisfação com a vida dos idosos	102
Quadro 49 – Resultado da aplicação do teste t student para amostras independentes, a prática de actividade física por parte dos idosos e a sua qualidade de vida	103

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – A transição demográfica	20
Gráfico 2 – Pirâmides etárias da população residente total	24
Gráfico 3 – Indicadores demográficos que ilustram o duplo envelhecimento demográfico em Portugal	25
Gráfico 4 – Projecção da pirâmide etária da população residente em 2050	26

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Mapa de Portugal – localização da área em estudo	51
Figura 2 – Mapa do concelho de Mação	53

SIGLAS

APD – Associação Portuguesa de Demografia

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

Km² – Quilómetros Quadrados

DGS – Direcção Geral da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional Saúde das Pessoas Idosas

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais

NUT I – Continente

NUT II – Região Centro

NUT III – Pinhal Interior Sul

SPSS – Statistical Program for the Social Science

RESUMO

O envelhecimento da população é uma das maiores conquistas e também um dos maiores desafios, para o idoso e para a sociedade onde está inserido.

A institucionalização da pessoa idosa em regime de lar ou em centro de dia é uma das respostas sociais disponíveis de apoio aos idosos. A avaliação sobre a qualidade de vida tem dado importância à percepção das pessoas sobre as suas experiências e satisfação em relação a determinadas áreas que compõem a natureza humana.

A institucionalização tem um impacto na qualidade de vida das pessoas dado que provoca alterações nas rotinas diárias (higiene e alimentação e outros) e pode comprometer alguns aspectos relevantes da vida tais como a prática de actividades lúdicas e de lazer. Estas promovem a estimulação física, sensorial e socioemocional, de forma a alcançar um bem-estar biopsicosocial do idoso, sendo por demais importante a sua manutenção à medida que a idade avança. Conhecer o impacto da institucionalização, sobre cada um destes aspectos, possibilita planejar e implementar acções e direccionar estratégias no suporte social que levam a prevenção e promoção da saúde, resultando na melhoria da qualidade de vida.

O presente estudo tem como objectivos: analisar o impacto que a institucionalização tem na qualidade de vida do idoso; conhecer o nível de dependência do idoso institucionalizado; identificar as necessidades/limitações de actividades de lazer no idoso institucionalizado.

A amostra foi constituída por idosos institucionalizados em regime de lar e centro de dia no concelho de Mação. Com base nos objectivos acima referidos foram definidas as seguintes variáveis; Variável dependente – Qualidade de Vida e variáveis independentes – idade, sexo, estado civil, nível de dependência, rendimento mensal, o grau de satisfação do idoso e a prática de actividade física.

Estudo transversal, realizado com 120 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos institucionalizados, no período de 4 a 30 de Maio de 2009. Os dados foram recolhidos por meio de um instrumento contendo as variáveis sócio-demográficas e de outro para a avaliação da qualidade de vida o SF-36, V.1. Para além desta escala, consideramos pertinente a utilização do Índice de Katz, que avalia o nível de dependência do individuo e da escala Satisfação com a Vida, que avalia a percepção do individuo sobre a qualidade da própria vida.

Com base no estudo por nós efectuado, podemos constatar que os idosos com idade avançada e com elevado nível de dependência, tendem a perceber uma

menor qualidade de vida. O estado civil do idoso institucionalizado influencia a sua qualidade de vida e quanto maior é o seu grau de satisfação com a vida, melhor é a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Os idosos institucionalizados em centro de dia percebem uma melhor qualidade de vida do que os idosos institucionalizados em lar.

É evidente que os idosos institucionalizados são da opinião que a saúde é um bem essencial para uma vida com qualidade.

Palavra-chave: Qualidade de vida, lazer, envelhecimento.

ABSTRACT

The aging of the population is one of the largest conquests and also one of the largest challenges, both for the elderly and for the society he/she belongs to.

Placing elderly people in institutions, following the system of homes or day care, is one of the social answers available to support the elderly. The assessment of the quality of life has given some importance to people's perception of their experiences and satisfaction in relation to certain areas that make up human nature.

Institutionalization has an impact on the people's quality of life because it causes change in daily routines (hygiene, eating habits and others) and it can compromise some relevant aspects of life such as the practise of entertainment and free time activities. These promote physical, sensorial and social-emotional stimulation, so as to achieve a bio-psycho-social wellbeing of the elderly person, being their maintenance as age advances, of extreme importance. Knowing the impact of institutionalization, on each of these aspects, allows for planning and implementing actions and directing strategies on the social support that lead to prevention and advance of health, resulting in improvement of the quality of life.

The present study has as its goals: to analyse the impact that institutionalization has on the elderly person's quality of life; to know the level of dependency of the institutionalized elderly person; to identify the needs/ limitations of free time activities of the institutionalized elderly person.

The sample was composed of institutionalized elderly people in the home and day care systems of the Municipality of Mação. Based on the goals mentioned above, the following variables were defined; Dependency variable – Quality of Life and independent variables – age, sex, marital status, level of dependency, monthly income, the level of satisfaction of the elderly person and the practise of physical activity.

Transversal study, done with 120 institutionalized people aged 65 or more, of both sexes, during the period of 4th to 30th May, 2009. The data was gathered by means of an instrument containing the social-demographical and another variables, for the assessment of the quality of life, the SF-36, V.1. Besides this scale, we considered the use of the Katz Index pertinent, which assesses the level of dependency of the individual; and the scale of Satisfaction with Life, which assesses the perception of the individual of the quality of his/ her own life.

Based on the study carried out by us, we can see that people of an advanced age and with a high level of dependency tend to perceive a lesser quality of life. The

marital status of the institutionalized elderly person influences their quality of life and the larger their degree of satisfaction with life, the better the quality of life of the institutionalized elderly person.

The elderly people institutionalized in day care perceive a better quality of life than the elderly people institutionalized in homes.

Obviously institutionalized elderly people are of the opinion that their health is fundamental for a life with quality.

Key words: Quality of life, free time, ageing.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo lento e gradual e ocorre em diferentes ritmos de indivíduo para indivíduo e com consequências múltiplas, diversas e difusas.

Actualmente, ocorre um aumento progressivo da população idosa, devido principalmente ao aumento da esperança de vida que nos últimos anos se tem verificado. Tal aumento fica a dever-se também à redução das taxas de mortalidade, à melhoria das condições de vida e aos avanços da medicina nas últimas décadas. Este envelhecimento da população acarreta implicações sociais, económicas e políticas, numa sociedade em constante mudança e desenvolvimento, como aquela em que hoje se vive (Coimbra e Brito, 1999). Relacionada com estas implicações está a qualidade de vida da população idosa, dado que a longevidade é, na maioria das vezes acompanhada de declínio funcional, doenças crónicas, maior dependência, perda de autonomia e isolamento social.

Como profissionais de saúde a desenvolver actividades junto da comunidade de Mação, verificamos que a faixa etária que mais consome cuidados de saúde nesta comunidade, é a dos 65 e mais anos e que o concelho de Mação possui oito equipamentos de resposta e suporte social a pessoa idosa.

Perante estes factos, consideramos necessário o desenvolvimento de estudos que permitam uma maior compreensão sobre a oferta destes equipamentos de apoio e solidariedade social, bem como do nível de qualidade de vida percebida pelos idosos utilizadores dos mesmos, tentando assim conhecer os serviços prestados a nível de conforto, segurança e suporte social/actividades de lazer, no sentido de tornarmos mais eficaz todo o tipo de intervenções e deste modo ajudar a melhorar a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Consideramos fundamental compreender o impacte do lazer e os seus contributos no processo de envelhecimento, dado que ele é considerado como um dos elementos que pode influenciar a qualidade de vida, sendo importante a sua adopção ao longo da vida.

Foi com estas preocupações e motivações que partimos para o presente estudo de investigação, que esperamos possa vir a ser um contributo fundamentado para a melhoria da qualidade de vida do idoso institucionalizado.

A reflexão sobre esta realidade permitiu-nos formular a questão central para a orientação desta investigação – Qual a percepção dos idosos institucionalizados, sobre a sua qualidade de vida?

Tendo como fio condutor a questão de partida, para o desenvolvimento deste trabalho traçamos os seguintes objectivos:

- Analisar o impacte que a institucionalização tem, sobre a qualidade de vida do idoso;
- Conhecer o nível de dependência do idoso institucionalizado;
- Identificar as necessidades / limitações de actividades de lazer no idoso institucionalizado.

Para a realização deste estudo, seleccionámos os idosos institucionalizados no concelho de Mação, com idade igual ou superior a 65 anos.

Em termos metodológicos, a nossa opção recaiu no paradigma da investigação quantitativa descritivo-correlacional de nível II, como refere Fortin (1999, p.174) “...o investigador explora e determina a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas relações”.

Para o desenvolvimento desta investigação recorreremos a vários instrumentos de colheita de dados: questionário de caracterização da amostra, índice de Katz e questionário que permite avaliar a Qualidade de Vida SF-36 e a escala de satisfação com a vida.

O presente trabalho está dividido em duas partes, contendo cada uma diversos capítulos.

A primeira parte visa enquadrar teoricamente o problema de pesquisa, através de uma identificação dos temas mais relevantes para a sua discussão.

O primeiro capítulo aborda a questão do envelhecimento demográfico, no qual abordamos os aspectos demográficos do envelhecimento e o envelhecimento demográfico em Portugal.

O segundo capítulo dedica-se a questão do envelhecimento humano como uma fase da vida marcada por grandes transformações; fazemos também algumas considerações ao idoso institucionalizado.

No terceiro capítulo, abordamos a qualidade de vida, no seu sentido amplo de expressão, e a qualidade de vida relacionada com a saúde. Por último, um quarto capítulo identifica o impacto do lazer na qualidade de vida.

Na segunda parte do trabalho, procedemos à conceptualização do estudo empírico. O primeiro capítulo centra-se no enquadramento do objecto de estudo, na formulação da questão de investigação e hipóteses e na apresentação do modelo de investigação descritivo analítico. No segundo capítulo, apresentamos e interpretamos os resultados da investigação. Neste capítulo relacionamos os resultados da investigação com os pressupostos teóricos, onde exploramos os resultados mais evidentes, as principais conclusões e algumas sugestões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento demográfico afecta a dimensão e proporção dos diversos grupos populacionais, alterando as relações de dependência entre jovens e idosos em relação a população activa. A dependência dos jovens é quase sempre inferior à dos idosos na mesma comunidade, mas ambas afectam a dinâmica da população.

Em todo o mundo, tem-se observado nas últimas décadas um progressivo declínio das taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade, associado a um aumento da longevidade, o que leva a mudanças nítidas da composição etária da população, verificando-se um aumento substancial do número de pessoas com idade superior a 65 anos, assim como as de idade acima dos 80 anos e os centenários.

Neste contexto, ao fenómeno do envelhecimento da população está associado a evolução e desenvolvimento das sociedades modernas, o que leva ao desenvolvimento das ciências médicas, assegurando assim um melhor estado de saúde às populações, o que proporciona uma descida das taxas de mortalidade em geral.

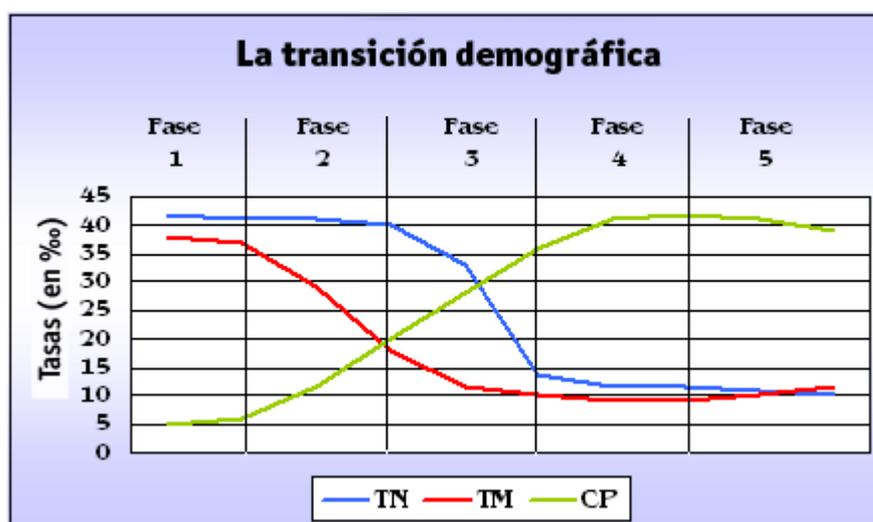
A diminuição das taxas de natalidade/fecundidade na segunda metade do século XX, mais propriamente a partir da década de setenta, é apontado como factor decisivo neste processo. Este fenómeno é referenciado como efeito “regulador” do casamento (os casamentos cada vez mais tardios), compreendendo-se assim, rapidamente, que alguns países desenvolvidos tivessem deixado de renovar as suas gerações.

Como o aumento generalizado da população idosa é cada vez mais importante, uma reestruturação dos cuidados de saúde primários e diferenciados, sendo necessário direccionar o atendimento primário para uma eficaz resposta às necessidades observadas e afectadas desta “nova” população com origem na transição demográfica cada vez mais acentuada.

De acordo com Bandeira (1996) a transição demográfica surge da passagem das sociedades agrárias tradicionais ao estágio da modernidade o que implica uma fase de transição dos comportamentos demográficos - transição demográfica.

O envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos (INE, 2002).

Gráfico 1 – A transição demográfica



Fonte: Wikipédia, 2009

TN – Taxa de natalidade
 TM – Taxa de mortalidade
 CP – Crescimento da população

O envelhecimento da população mundial é uma realidade e tenderá a acentuar-se seriamente a curto prazo e médio prazo. Todos os países, e em particular os menos desenvolvidos, nas últimas décadas vêm manifestando um progressivo declínio nas taxas de mortalidade.

Neste contexto, o envelhecimento da população pode ser referenciado como o envelhecimento da base, este tipo de envelhecimento é caracterizado pela diminuição da proporção de jovens na população, em contrapartida verifica-se o aumento da proporção de idosos o que conduz ao envelhecimento do topo.

Entre 1960 e 2000, a nível mundial, verifica-se que a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu cerca de 37% para 30% e continuará a diminuir, prevendo-se os 21% do total da população em 2050, enquanto a população com 65 e mais anos

regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e prevendo-se 15,6% em 2050 (INE, 2002).

Perante estes factos, podemos afirmar que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem, estamos perante um envelhecimento demográfico que gera novos desafios no decorrer do século XXI, o que leva a uma reflexão sobre os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade e sobre a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde.

Contudo, o envelhecimento deve ser considerado como um aspecto positivo do desenvolvimento da própria espécie humana e todos os países com significativa população de pessoas idosas, vão percebendo o seu envelhecimento demográfico e encontrando alternativas para o bom encaminhamento deste fenómeno sócio-demográfico.

Um envelhecimento saudável, com autonomia e independência é presentemente um desafio, sendo que a promoção do envelhecimento saudável, diz respeito aos diferentes “actores” nomeadamente à saúde, segurança social e educação.

No entanto Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) referem que, a saúde e a educação para a saúde são dois pilares fundamentais, que devem de ser encarados como uma vertente pedagógica, didáctica e de investigação.

Os promotores da saúde devem de adoptar uma abordagem positiva face aos cuidados de saúde das pessoas idosas, concentrando-se na reestruturação da doença na velhice, em vez de promoverem um estilo de vida mais saudável. Face a esta evidência cada indivíduo é responsabilizado pelo papel inevitável de actor e educador de saúde. Mas, contudo, o que se verifica é que a maioria das pessoas idosas são capazes de permanecer activas e de fazerem mudanças no seu estilo de vida e manter estilos de vida mais saudáveis, na medida em que demonstram capacidades de percepção e de autonomia suficientes para desenvolverem actividades para além das actividades de vida diárias (por exemplo, natação, ciclismo, caminhada).

Toda estas transições demográficas trazem implicações a diversos níveis, nos quais se levantam questões políticas que devem de ser reformuladas e desenvolvidas, Squire (2005, p.6) afirma que estas “...implicações são político-económicas significativas no futuro aprovisionamento dos serviços sociais e de saúde.”

Os mais idosos e os mais novos são vistos como os maiores utilizadores dos serviços sociais e de saúde, mas no entanto a população idosa é vista pelo sistema

social e saúde como um encargo económico crescente para os membros da sociedade mais jovens e economicamente activos.

Assim, se por um lado nos deparamos com questões em torno do envelhecimento demográfico da população, por outro, confrontamo-nos com a noção e importância que a condição de velho assumem no contexto das sociedades actuais.

1.1 – ENVELHECER EM PORTUGAL

Com a alteração de alguns factores tais como o declínio da taxa de crescimento natural e com o aumento do tempo médio de vida das pessoas, o perfil etário da população portuguesa encontra-se a envelhecer, manifestando-se pela diminuição da população jovem e por um aumento do peso da população idosa.

O envelhecimento é um processo contínuo, dinâmico e diferencial. O processo de envelhecimento inicia-se muito antes de atingirmos a idade adulta e a velhice constrói-se ao longo da vida, assim sendo a DGS (2004, p.3) define o envelhecimento humano "...como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida."

O crescente envelhecimento da população acarreta questões no que respeita aos seus efeitos sobre as relações familiares, a equidade entre gerações, os estilos de vida e a economia das nações.

Portugal apresenta um perfil demográfico semelhante ao europeu, prevê uma proporção de idosos para 2050 de 2,7 milhões em valores absolutos. Este processo de envelhecimento caracteriza-se pelo aumento progressivo da população idosa em detrimento da população jovem.

As alterações demográficas têm provocado na nossa sociedade alterações muito profundas a nível sócio-económico e caracterizam a 2ª metade do séc. XX, representando aquilo que os epidemiologistas designam como "transição epidemiológica"

Na perspectiva de Bandeira (1996) a teoria da transição demográfica também podia ser vista como a teoria da fecundidade, ou seja a descida da fecundidade torna-se irreversível, na procura de um novo equilíbrio demográfico, regulado não pela nupcialidade restrita, mas pela vontade dos indivíduos.

Ao longo do tempo, verificou-se um declínio dos níveis de fecundidade e de mortalidade e conseqüentemente o envelhecimento da população portuguesa,

começa a ser notório. Muito embora os movimentos migratórios tivessem contribuído com a sua cota parte, para modificar a composição da estrutura etária da população portuguesa, no entanto esta modificação como a evolução dos comportamentos relativos à fecundidade e mortalidade que convergiram para a progressiva transformação do perfil etário da população portuguesa, no sentido de que o envelhecimento se “instalasse” como uma tendência pesada da sociedade (Rosa, 1999).

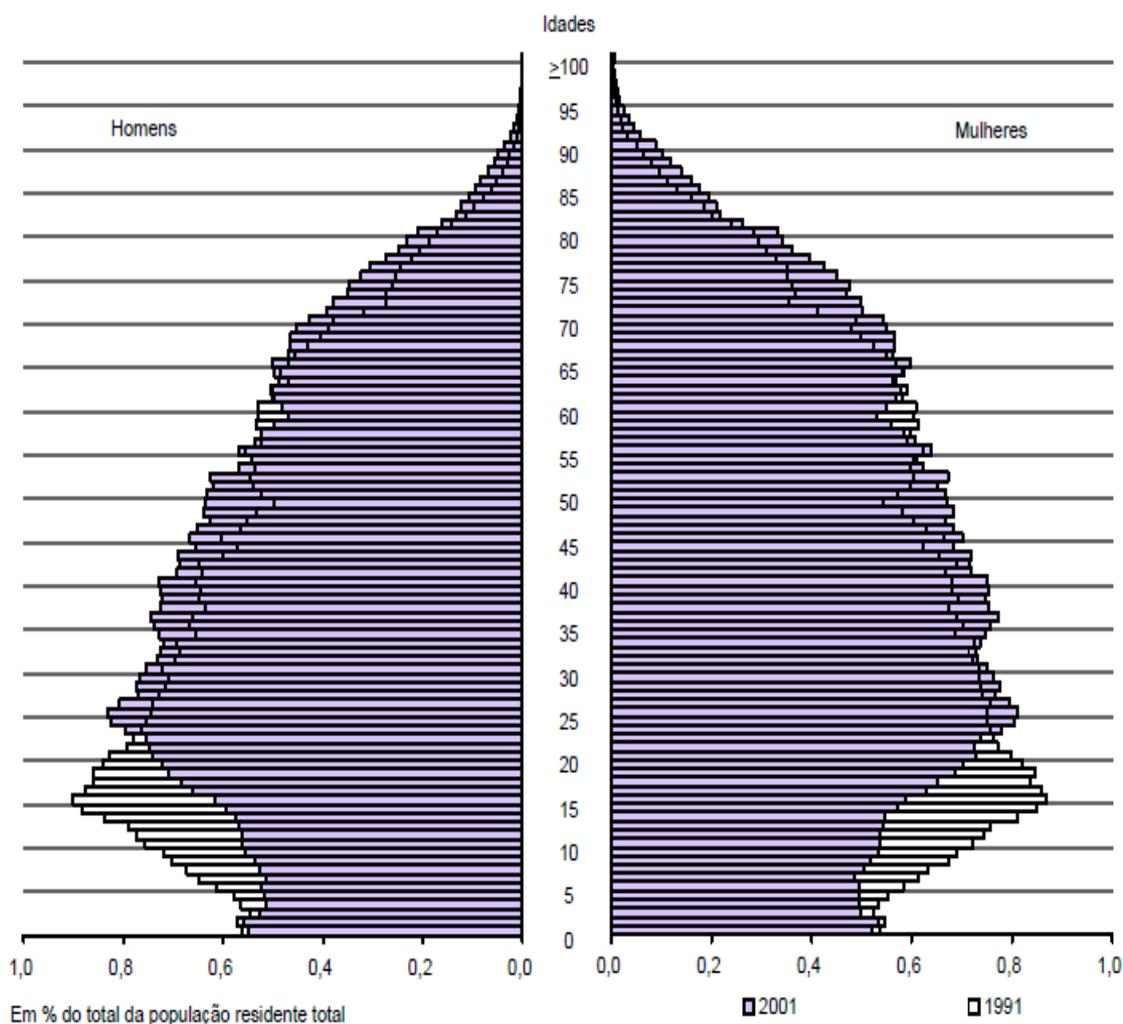
As alterações demográficas do século XX, traduziram-se na modificação e, em alguns casos, na inversão das pirâmides etárias, o que reflecte o envelhecimento da população, colocando aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (DGS, 2004). A elaboração das pirâmides tem como objectivo uma melhor visualização da população residente em qualquer continente, distrito ou concelho.

Tendo por base a observação das pirâmides podemos verificar que existe uma tendência para um sobenvelhecimento, com um aumento em 2001 dos indivíduos com 80 e mais anos.

O duplo envelhecimento, caracterizado pela diminuição das taxas de natalidade de mortalidade, bem como o aumento da esperança média de vida, torna o envelhecimento muito mais significativo e encontra-se bem presente nas pirâmides etárias representativas da população residente em Portugal, segundo os censos de 1991 e 2001.

Através da observação das pirâmides etárias, podemos identificar um estreitamento da base da pirâmide etária de 1991 para 2001, acompanhado de um alargamento do topo, acompanhada de uma redução da população activa.

Gráfico 2 – Pirâmides etárias da população residente total

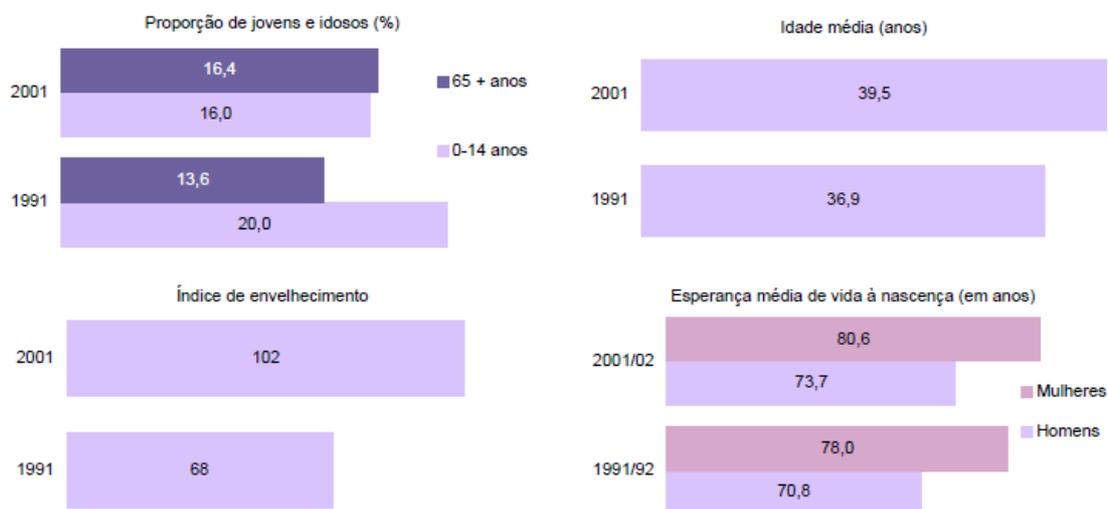


Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População, 1991 e 2001

Segundo Carrilho e Gonçalves (2004, p.4), com base na apresentação das pirâmides afirmam que *“evidenciam um estreitamento na base, apesar de uma ligeira recuperação nos níveis de fecundidade entre 1999 e 2000, visíveis nas idades mais baixas, e alargamento no topo, reflectido especialmente a partir dos 65 anos e mais forte nas mulheres.”*

Entre 1991 e 2001 a proporção de jovens diminuiu de 20% para 16%, enquanto os idosos subiu de 13,6% para 16,4%. Assim, segundo os resultados da última operação censitária, a proporção de idosos suplantou a de jovens INE (2004).

Gráfico 3 – Indicadores demográficos que ilustram o duplo envelhecimento demográfico em Portugal



Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População, 1991 e 2001 e Estimativas da População Residente

São alguns os indicadores demográficos que caracterizam o duplo envelhecimento populacional, seguidamente irão ser apresentados alguns desses indicadores dos quais destacamos a esperança média de vida a nascença, da qual podemos verificar que em 2001 as mulheres podiam esperar viver mais do que 80 anos enquanto que os homens não mais do que 74 anos.

O índice de envelhecimento, que relaciona a população com 65 ou mais anos com a de jovens com menos de 15 anos, aumentou de 68 idosos em 1991, para 102 em 2001, ou seja passam a existir cerca de 40 idosos para cada 100 jovens.

As previsões demográficas para Portugal apontam para o agravamento deste duplo envelhecimento, segundo Campos (2008), em 2050 irá ser um dos países da União Europeia com mais elevada percentagem de idosos, ou seja, perto de 2,7 milhões de pessoas com 65 ou mais anos. De acordo com o cenário mais plausível das projecções demográficas, em 2050, as mulheres podem esperar viver em média até aos 84,7 anos e os homens até cerca dos 79 anos (INE, 2004).

Gráfico 4 – Projecção da pirâmide etária da população residente em 2050

Fonte: INE, 2009

Cravidão e Matos (1990) são também da opinião que o envelhecimento da população portuguesa é um envelhecimento duplo, logo mais acentuado, com o aumento de idosos e diminuição dos jovens. Também para estes autores, a melhoria da qualidade de vida que previsivelmente irá acontecer levará, ainda que de uma forma mais lenta, ao aumento progressivo do número de idosos e uma redução dos jovens, aumentando o envelhecimento generalizado da população. Contudo, podemos afirmar que Portugal apresenta pouco dinamismo demográfico, dado que possui uma estrutura etária cada vez mais envelhecida, reduções no número médio de pessoas por agregado familiar e ritmos de crescimento próximos de zero.

Assim sendo, Portugal tem demonstrado que “a resignação com a vida e com o destino é um sentimento muito comum entre os portugueses, especialmente entre os idosos” (Paúl, 1997, p.166).

Porém, as consequências do envelhecimento da população portuguesa serão sentidas em vários aspectos, os autores acima referidos realçam a diminuição da população escolar, o agravamento dos níveis de dependência, o abrandamento do ritmo de crescimento demográfico, maiores custos sociais, necessidade de criar maior número de estruturas de apoio aos idosos, aumento do consumo e das actividades turísticas relacionadas com a terceira idade e a importância crescente para o poder político, como grupo de eleitores.

Sendo o envelhecimento da população uma aspiração natural de todas as sociedades, estando estas continuamente a desenvolver esforços para prolongar a vida humana, é de todo importante oferecer condições adequadas aos idosos para que estes possuam uma óptima qualidade de vida e de bem-estar (Imaginário, 2004).

Em síntese, poderemos dizer que as alterações que caracterizaram Portugal neste último século, só são compreensíveis numa perspectiva multidisciplinar. Pois existe um elo entre a evolução demográfica e a situação sócio-económica: as condições de trabalho, o estatuto social, o nível de vida, a educação e o estado de saúde, são estes factores que podem influenciar a fecundidade, a mortalidade e a morbilidade.

2 - ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população é um dos maiores desafios da humanidade, coloca-se como um dos fenómenos mais importantes da actualidade, dado que as suas consequências são múltiplas, diversas e difusas.

O aumento do crescimento da população com mais de 65 anos, associada à diminuição da proporção de crianças e jovens, constituem actualmente um dos pontos de análise em termos políticos, sociais e de saúde no seio dos países desenvolvidos.

O progressivo envelhecimento da população e as consequências que advêm do mesmo, conferem uma responsabilidade acrescida aos profissionais de saúde, serviço social e à comunidade em geral, que devem delinear estratégias de intervenção articuladas face aos problemas mais prementes deste grupo. De facto, a prestação de cuidados às pessoas idosas alcançou nas sociedades actuais uma preocupação e importância crescente por parte dos diversos actores sociais.

O envelhecimento é um processo natural, sendo considerado uma das etapas da nossa vida, não pode ser visto como sinónimo de ausência de saúde ou início da doença. Todo este processo de envelhecimento é multifactorial o que provoca uma deterioração fisiológica do organismo, assim e segundo Berger e Poirier (1995) identifica que no desenrolar do processo de envelhecimento ocorre uma deterioração das estruturas e das capacidades funcionais do organismo o que progressivamente delimita a actividade do indivíduo.

Envelhecer é também aceitar o inaceitável, ou seja a perda gradual de funções estruturais e funcionais, a mutilação, a separação, o sofrimento e o confronto com o desconhecido a morte.

O envelhecimento ocorre de diferentes maneiras e com ritmos diferentes, varia entre as diferentes comunidades e pessoas, o que pode ser denominado por “envelhecimento diferencial”. Contudo, durante todo este processo existe diferença de indivíduo para indivíduo, de comunidade para comunidade e entre diferentes agregados populacionais.

Envelhecer é um fenómeno normal e universal, mas ao envelhecimento estão associados os factores externos como o estilo de vida, actividades/ambiente e dos factores internos destacamos o código genético e o estado de saúde.

Contudo a senescência é um processo natural que se caracteriza pela diminuição da capacidade de adaptação do organismo às alterações do meio ambiente, por vezes isto agrava-se quando associado a uma doença crónica.

O processo de senescência pode também ser denominado por envelhecimento primário. O envelhecimento **primário** acontece quando as qualidades necessárias a vida e à sobrevivência modificam-se e são substituídas por outras.

O envelhecimento **secundário** ocorre quando existem lesões associadas às diferentes alterações normais do processo de envelhecimento, o que altera ainda mais a capacidade de adaptação do indivíduo. (Berger e Poirier, 1995)

O conceito de **velhice** caracteriza-se pelo modo como uma determinada sociedade encara o envelhecimento, pela percepção individual do idoso a respeito de si próprio (embora nem sempre corresponder à sua condição). A forma como a sociedade vê e respeita o idoso, determina como ele se adaptará e assumirá a sua velhice (Silva et al., 2006).

O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e inerente à própria vida, equivalente à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação. Este é um processo contínuo, dinâmico e diferencial. O nosso envelhecimento inicia-se muito antes de atingirmos a idade adulta e a nossa velhice constrói-se ao longo da vida. “O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2004, p.3)

O declínio das capacidades sensoriais e motoras interfere, com o quotidiano do idoso e com a capacidade deste em lidar eficazmente com as adversidades do meio em que se insere. Concomitantemente ao processo de envelhecimento, aumenta a prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, tanto a nível físico como psíquico, com conseqüente perda de autonomia. Neste sentido, actividades como a mobilização, a higiene, a alimentação e a comunicação ficam seriamente comprometidas, necessitando de intervenção atempada e dirigida. Segundo o Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI, 2004), 12% dos idosos referem, necessitar de ajuda para o exercício das actividades de vida diária.

As modificações fisiológicas que se desenvolvem no decurso do envelhecimento resultam de interacções complexas entre vários factores intrínsecos e extrínsecos, ainda segundo Berger e Poirier (1995, p. 126) *“As alterações anatómicas e fisiológicas ligadas à velhice...começam a manifestar-se progressivamente a partir dos quarenta anos e continuam até à morte, isto é, até que o organismo se deixe de poder adaptar”*, são estas mudanças estruturais e funcionais que fazem parte do processo de envelhecimento.

Nas alterações estruturais destaca-se o envelhecimento das células e dos tecidos, bem como a composição global do corpo e peso corporal.

As alterações funcionais estão directamente relacionadas com todos os sistemas que compõem o organismo: sistema cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal, nervoso, endócrino, reprodutor e imunitário, para além destes podemos ainda referenciar os ritmos biológicos e sono.

As gerações mais velhas, devido a sua longevidade, estão mais sujeitas à ocorrência de situações incapacitantes ou de dependência relacionadas como o envelhecimento biológico associadas a problemas decorrentes de doenças crónicas contraídas ao longo da vida.

No entanto, foi verificado e exposto no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS, 2004), que existe uma “insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e da independência” Ministério da Saúde (MS, 2004, p.33), indicando que “a esperança de vida, sem incapacidade, acima dos 65 anos, é inferior à média estimada para os países da União Europeia, devendo-se, entre outros determinantes à pouca prática de actividade física regular” (MS, 2004, p.33), dado transporte para as informações presentes no PNSPI:

“embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção.” (DGS, 2004, p.1)

O aumento do número de idosos está intimamente relacionado com o aumento da procura de cuidados de saúde, como busca de uma resposta para os seus problemas. O facto de se viver mais anos, não é um problema, antes uma conquista histórica e não tirar partido desta seria uma enorme perda para todos. A sociedade civil e política vê-se assim obrigada a repensar o papel do idoso, de uma forma positiva, com um papel activo e como um cidadão a quem é necessário garantir a plenitude dos seus direitos e assegurar dignidade e qualidade de vida.

2.1 – O IDOSO INSTITUCIONALIZADO

O aumento contínuo do segmento da população, com idades mais avançadas exige alguns cuidados específicos, em resultado das limitações que lhe estão associadas, o que implica uma resposta da sociedade no desenvolvimento de estruturas de apoio ao idoso e família. É preciso integrar os idosos na sociedade e na família,

garantindo-lhes os meios e os recursos necessários a uma vida que se prevê ser cada vez mais longa e que se deseja com qualidade.

A família tem cada vez menos possibilidades de responder às necessidades dos idosos, devido às novas solicitações do dia-a-dia, às condições de vida, à limitação de espaço nas habitações, à participação cada vez maior das mulheres no mundo actual do trabalho.

A família encontra actualmente grandes dificuldades para o desempenho das funções tradicionais, de educadora das crianças e cuidadora dos mais velhos. Se as instituições para idosos se destinavam a idosos dependentes, presentemente, na sociedade marcada pelo envelhecimento, passam a ter uma nova missão: cuidar de idosos necessitados de cuidados a múltiplos níveis devido a perdas funcionais que tornam problemática a vida a sós ou com a família (Pereira, 2005).

Até meados do século passado os idosos viviam a sua velhice em casa, no seio da família, actualmente deparamo-nos cada vez mais com o envelhecimento fora de casa, perdendo a ligação com as gerações mais novas.

De acordo com Carboni e Reppetto (2007), o idoso espera da família o cumprimento do papel estabelecido pela sociedade, o que vai de encontro ao Decreto-Lei 496/77 de 25 de Novembro, que acredita que a família é o seu apoio final e que lhe pode dar a atenção necessária para enfrentar as dificuldades que a vida lhe impõe nesta fase. Este sentimento encontra-se aliado pela intensidade das relações familiares. A perda de forças, o aparecimento de doenças, as dificuldades inerentes ao envelhecimento colocam os idosos numa situação de dependência, da qual pode resultar o abandono, muitas vezes relacionado com o desinteresse da família em investir na saúde do idoso.

O envelhecimento traz encargos referentes a assistência médica e também social, o que leva ao aparecimento de sistema de apoio social. Os primeiros equipamentos destinados a idosos eram denominados de asilos ou albergues, que surgiram no início do século XV. A partir do século XX, houve uma tentativa por parte da sociedade e do estado de melhorar os asilos, que então passam a ser denominados de lares de idosos.

Verifica-se, no entanto que muitos idosos passam a viver em instituições, onde constituem mais um entre muitos outros, esforçando-se por se adaptar e sobreviver fora do seu ambiente. Esta é uma tarefa exigente para o equilíbrio biopsicossocial, cultural e espiritual de qualquer ser vivo, quanto mais, para um ser fragilizado.

Os idosos estão ligados às suas casas, por laços afectivos e por associação a memórias do passado.

As conclusões de um estudo levado a cabo por Paúl (1997) sobre “residências para idosos” mostram que:

“a insatisfação com a casa em que habitam ou a zona de residência em que está inserida nunca nos surgiu ao longo das inúmeras entrevistas que realizamos junto da população idosa. Já os problemas de saúde, que limitam o funcionamento dos idosos e a falta de recursos económicos para fazer face a reparos necessários à manutenção da casa, apareceram-nos inúmeras vezes como o factor próximo que antecedeu a institucionalização”.

De facto a casa é o lugar privilegiado para se exercer actividades após a reforma, nas quais se gasta a maior parte do tempo, para além de existir nas pessoas idosas uma diminuição das capacidades de adaptação a um novo meio ambiente. Podemos constatar que a casa pode assumir um valor simbólico na construção da identidade social do idoso, a casa assume uma importância significativa surgindo por vezes problemas da manutenção do idoso na comunidade e esta separação verifica-se quando o idoso passa a viver na casa de um filho ou é institucionalizado num novo ambiente denominado “Lar”.

Sabemos que o conjunto de equipamentos que a sociedade oferece aos idosos tem como principal objectivo melhorar as suas condições de vida. A institucionalização surge normalmente com a última alternativa, mas na verdade a perda de autonomia física é um factor determinante nesta opção, e a maioria dos idosos residentes em lares são fisicamente dependentes (Pimentel, 2001).

Outro motivo que também leva a institucionalização de alguns dos nossos idosos é o isolamento, ou seja a inexistência de uma rede que facilite a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efectivo em caso de maior necessidade.

Independentemente das razões que levaram o idoso à institucionalização, Paúl (1997) afirma que, analisar o seu ingresso é rapidamente perceber que no mínimo lhe é exigido o abandono do seu espaço conhecido e vivido, obrigando-o a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controle de muitos aspectos da sua vida.

Todas estas dificuldades sentidas pelos idosos, são muitas vezes agravadas pelo facto de as instituições não apresentarem direcções técnicas nos seus estabelecimentos, e num elevado número de casos, o pessoal da prestação directa de cuidados é admitido sem qualquer formação inicial, sendo a sua integração assumida por pessoal de igual categoria, para além de que na actualidade os equipamentos sociais para idosos devem englobar duas componentes, o apoio

social e o apoio sanitário, que inclui os serviços de enfermagem, médicos e terapêuticos.

Considera-se institucionalização do idoso quando este permanece todo o dia ou parte dele entregue aos cuidados de uma instituição que não é a sua família. Em Portugal serão mais de 208450 idosos (Carta Social, 2006).

Idosos institucionalizados residentes são os que vivem vinte e quatro horas por dia numa instituição, lar ou residência e são oficialmente, perto de 63520, e cerca de 60270 idosos usufruem de um conjunto de serviços que contribuem para a sua manutenção no seu meio sócio-familiar, os centros de dia e o apoio domiciliário (Carta Social, 2006).

Podemos ainda com base na Carta Social (2006), constatar que a grande maioria (72,7%) das respostas sociais em Portugal para os idosos é executada pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social, associações privadas sem fins lucrativos. Sendo os restantes (27,3%) por associações privadas lucrativas.

Os apoios sociais e financeiros dirigidos aos idosos são insuficientes, mas é relevante salientar alguns dos equipamentos disponíveis, Grácio (1999):

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

Centros de Dia constituem um tipo de apoio dado através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo objectivo fundamental é desenvolver actividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio, sócio-familiar.

Centros de Convívio encontram-se a nível local e pretendem apoiar o desenvolvimento de um conjunto de actividades sócio-recreativas e culturais destinadas aos idosos de uma dada comunidade. Tem como principal objectivo promover o lazer e ocupação dos tempos livres.

As respostas sociais tendem para uma crescente preocupação com a implementação de medidas inovadoras, destacando-se:

O Apoio Domiciliário tem por base a prestação de serviços, por ajudantes no domicílio dos idosos, quando estes por motivo de doença são incapazes de assegurar temporária ou permanentemente a realização das suas actividades de vida diárias, tendo como principal objectivo contribuir para a qualidade de vida dos

idosos, e também pode ser visto como uma tentativa de retardar a institucionalização.

Acolhimento Familiar é efectuado por famílias consideradas idóneas que acolhem temporariamente idosos, quando estes não têm família natural.

A Colónia de Férias e o Turismo Sénior assenta em prestações sócias, que comportam um conjunto de actividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e quebrar a rotina, o que proporciona ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social.

Por fim o **Termalismo** é uma medida que visa permitir aos idosos em férias tratamentos naturais, reduzindo assim o consumo de medicamentos e promove ainda, a troca de experiências que quebram o isolamento social.

Neste sentido, o PNS alerta que “os cuidados de saúde, a todos os níveis, não estão organizados de forma a darem melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida e são apoiados por pessoal com insuficiente formação específica (incluindo os prestadores formais e informais)” (MS, 2004, p.33).

Actualmente podemos constatar que os governos começam a organizar-se para que o suporte aos idosos dependentes não seja apenas da responsabilidade das estruturas familiares, promovendo cuidados de apoio domiciliário, cuidados continuados, e criando serviços mais específicos, nomeadamente na área dos cuidados paliativos.

Assim sendo Campos (2008, p.110) afirma que “*A reforma recorre ao que de mais generoso tem para oferecer a sociedade civil, seja instituições privadas e de solidariedade social, seja pela comunidade, seja simplesmente pelas famílias, que poderão agora, sem sacrifícios sobrehumanos, ajudar a cuidar melhor dos seus entes queridos quando necessitam deste tipo de cuidados.*”

A política de cuidados de saúde refere que as pessoas idosas devem orientar-se para a promoção da autonomia e independência pessoal, a partir da integração dos cuidados nas áreas social e de saúde; abrangendo determinados grupos, como pessoas idosas, ou outras dependentes a necessitar de cuidados preventivos, curativos, de reabilitação ou paliativos, que são prestados quer em instituições quer no domicílio, sendo este o local a privilegiar, podendo ser formais ou informais, onde incluimos os cuidadores familiares e ser da responsabilidade do estado, da sociedade civil, do mercado e da família.

Segundo Castellón (2003), a associação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. O conceito qualidade de vida é, aliás, considerado como um

conceito nuclear no campo da atenção aos idosos, constituindo um dos principais indicadores que se deve ter em atenção na hora de avaliar a condição de vida dos idosos. A este propósito, Fernández (1998, p.57) realça que a principal característica da qualidade de vida reside na sua multidimensionalidade, isto é, “à semelhança da própria vida, a qualidade de vida tem muitos ingredientes”.

Os baixos recursos económicos, associados a baixas pensões, dificultam muitas vezes satisfação de determinadas necessidades básicas, facto que origina também uma real diminuição na qualidade de vida deste grupo etário em relação à sociedade. Torna-se importante criar um clima de dinamismo dentro da população idosa, visando o melhoramento da qualidade de vida e um envelhecimento saudável possibilitando assim uma óptima adaptação a uma vida comunitária.

3 – QUALIDADE DE VIDA

A noção de qualidade de vida, para a maioria das pessoas saudáveis, refere-se a conceitos como a riqueza, lazer, autonomia, liberdade, isto é, tudo o que está relacionado com um quotidiano agradável. Mas a noção de qualidade de vida para uma pessoa doente, já é relativa e depende do nível de satisfação em função das suas possibilidades actuais, condicionada pela doença e tratamento, dependendo também das suas expectativas face a estes factores.

A qualidade de vida tornou-se um objectivo prioritário dos cuidados de saúde, tanto a nível da prevenção de doenças, obtenção de cura ou alívio dos sintomas bem como, o prolongamento da vida humana o que tem ganho grande importância na pesquisa clínica, tendo em vista o resultado da doença e o tratamento (Ferreira, 1994).

Ao longo da história, o conceito de qualidade de vida tem sido destinado a diversas áreas como a sociologia, economia, política, psicologia e saúde, que atribuem ao termo múltiplos significados, relacionados com o conhecimento e valores individuais ou colectivos divergentes em diferentes épocas, locais e histórias (Holmes, 2005).

Inicialmente, qualidade de vida era considerada como oportunidade de aquisição de bens materiais. Posteriormente, foi apresentada como forma de avaliação do desenvolvimento económico de determinada sociedade e, mais tarde, como medida de desenvolvimento social.

A noção de qualidade de vida raramente foi referida até ao Século XX, no entanto esta, já era uma questão de inquietação na Antiguidade, quando era preconizado por Aristóteles o conceito “boa vida” estando relacionada com as virtudes, com o bem maior, o bem supremo (Nordenfelt, 1994).

Após a 2ª Guerra Mundial, as Nações Unidas debruçaram-se na avaliação das condições de vida de comunidades diversas e distintas e observou-se a utilização do termo qualidade de vida em discursos de cunho científico e político, desde a década de 1960 (Maciel, 2006).

Em 1964, o termo foi utilizado por Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos da América, ao declarar que “os *objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*”, despertando assim, o interesse das ciências sociais, filósofos e políticos, levando a um movimento que vai além de parâmetros como por exemplo, a diminuição das taxas de mortalidade, procurando uma valorização para parâmetros mais amplos (Fleck, 1999, p.21).

A partir da década de 60, houve um aumento do interesse sobre os níveis de qualidade de vida, surgindo diferentes expressões como bem-estar, condições de vida, ou qualidade de vida, englobando aspectos como a satisfação, felicidade, autonomia, entre outros, sendo já incluído os indicadores sociais e psicológicos na avaliação da qualidade de vida. (Pimentel, 2006)

Na Assembleia Mundial de Saúde realizada em 1977, “*Saúde para todos no ano 2000*” que se fundamenta nos determinantes de saúde (resultante da biologia humana, meio ambiente, estilo de vida, forma de organização da assistência à saúde) e conclui que, para se ter resultados promissores, é preciso trabalhar na origem dos problemas.

Vários momentos importantes ajudaram na ampliação do conceito da Promoção da Saúde como campo de saber e de intervenção, como a *1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde*, em Alma Ata no ano de 1978, onde a saúde é reconhecida como direito de todos, e a melhor forma de actuação em saúde é intersectorial.

Decorridos pouco mais de vinte anos da divulgação da *Carta de Ottawa* (WHO, 1986) que definiu 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*. Subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida.

Promover saúde tem um significado que vai para além do facto de prevenir doenças e aumentar os anos de vida. Segundo Buss (2000), é garantir condições que proporcionem o desenvolvimento de capacidades pelos indivíduos para optar por uma vida saudável e aumentarem o seu padrão de bem-estar.

O interesse e aplicabilidade da expressão qualidade de vida na área da saúde decorreu provavelmente da definição de Saúde assumida pela OMS (1948), entendendo-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença. Esta definição implica que as iniciativas de promoção de saúde não sejam apenas dirigidas ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da esperança média de vida, mas valorizando igualmente aspectos como o bem-estar e a qualidade de vida.

O envelhecimento populacional e o conseqüente aumento das doenças crónicas nas últimas décadas contribuíram para a substituição dos indicadores de mortalidade e esperança média de vida, por um maior interesse relativo à qualidade de vida. Também o aumento da esperança média de vida, consequência do progresso científico e tecnológico, conduziram à necessidade de prestar mais atenção à qualidade de vida dos indivíduos.

A qualidade de vida é uma percepção pessoal, sendo o seu significado e definição variável de pessoa para pessoa, de acordo com o que cada uma considera normal, inserido no grupo sócio-cultural em que se integra, assim como das suas próprias experiências. Trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Nesse sentido, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da própria pessoa e não só a visão de profissionais de saúde. Assim sendo, segundo Lopez, Mejia e Espinar, (1996) é portanto, um conceito que abrange aspectos multidimensionais, proporcionando assim, nos últimos anos uma tendência para a avaliação global desta pelo indivíduo.

Neste contexto, Ganopa (2001) refere que a qualidade de vida a nível da saúde depende da satisfação de todos os elos da cadeia, tornando-se assim difícil de gerir, pela complexidade dos mesmos, dado que estes englobam as dimensões física, psicológica, social e espiritual.

A selecção do tipo de tratamento, com alguns efeitos colaterais indesejáveis, sofre a influência dos conceitos que doentes e técnicos de saúde têm acerca da qualidade de vida, não sendo estes de menosprezar. A utilização de questionários sobre qualidade de vida tem sido, cada vez mais, aplicada nos estudos clínicos, e

decorre da necessidade de avaliar a qualidade de vida, com o objectivo de medir os problemas que de alguma forma interferem no bem-estar e no estilo de vida dos doentes. Estes têm progressivamente, ocupado um espaço importante como medidas efectivas na avaliação de grupos de doentes, na eficácia terapêutica e caracterização geral das populações estudadas.

Actualmente, assiste-se a uma valorização crescente da qualidade de vida nas ciências biomédicas, podendo mesmo afirmar que a qualidade de vida “está na moda”. (Pimentel, 2006)

As avaliações de qualidade de vida vêm sendo cada vez mais incorporadas às práticas do sector da saúde, têm emergido como um atributo importante da investigação clínica e da formulação de políticas de saúde. Assim, viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida; a longevidade pode ser um problema, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social.

O termo “boa qualidade” tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. É por isso, que existem inúmeros conceitos de qualidade de vida e cada indivíduo tem o seu próprio conceito. Assim, qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista, e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. O conceito também varia no mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo.

Actualmente ainda não existe uma definição clara do conceito qualidade de vida, existindo várias propostas de definição o que levanta um problema epistemológico e filosófico (Pimentel, 2006).

Uma das referências mais antigas e que se assemelha com uma definição de qualidade de vida é de Aristóteles (384-322 a.C.);

“ Quer a pessoa mais modesta ou a mais refinada...entende vida boa ou estar bem como a mesma coisa que estar feliz. Mas o que é entendido como felicidade é discutível...uns dizem uma coisa e outros, outra e a mesma pessoa diz coisas diferentes em tempos diferentes: quando está doente pensa que a saúde é a felicidade; quando está pobre felicidade é a riqueza” (Fayers, Machin; 2000, p.404).

A qualidade de vida só pode ser medida e descrita em termos individuais, segundo Calman (1984), depende do estilo de vida actual, bem como das experiências passadas, das esperanças, sonhos e ambições de cada um. Devem ser incluídas todas as áreas de vida e as experiências, tendo em consideração o impacto da doença e do tratamento. Pode-se concluir que existe uma boa qualidade de vida,

quando os desejos individuais são satisfeitos pelas experiências de vida e vice-versa.

A qualidade de vida é um objectivo de todas as pessoas, desde a infância até a velhice, cada um à sua maneira dependendo da idade e experiência, sonhos e expectativas e altera-se ao longo do tempo.

A OMS através do Grupo de qualidade de vida (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1403), define o termo qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”*.

Outros autores, Martins, França e Kimura (1996, p.7), relatam que *“a qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjectividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual”*.

Para Souza et al., (1997), o conceito de qualidade de vida depende de todo um contexto de vida pessoal, e relacionando-se os factores como sexo, idade, inserção social, padrão cultural, entre outros.

Pesquisadores como Rocha et al., (2000), observaram que conceituar qualidade de vida é um desafio contínuo e que avaliá-la assume contornos ainda mais pretensiosos, sendo que a viabilidade da vida exige o mínimo de qualidade e que esta é mais de estilo cultural, que tecnológico, artístico, produtivo, sábio e/ou científico.

3.1 – DEFINIÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

A qualidade de vida relacionada com a Saúde é uma parte da qualidade de vida geral do indivíduo, e pode ser definida como constituída pelos componentes da qualidade de vida de um indivíduo relacionada com a saúde, doença e terapêutica. Devem ser incluídos os seguintes aspectos:

- sintomas produzidos pela doença ou tratamento;
- funcionalidade física;
- aspectos psicológicos;
- aspectos sociais;
- aspectos familiares;
- aspectos laborais;
- económicos.

Todos eles estão inter-relacionados e influenciam-se mutuamente (Patrick e Berger, 1990).

Segundo Secchi e Strepparava (2001), a qualidade de vida relacionado com a Saúde é um constructo multidimensional, composto por vários domínios: físico; psicológico; social e espiritual, sendo influenciado pelo tipo de personalidade do doente e pelos seus aspectos cognitivos. É também um constructo subjectivo, relacionado com a atribuição que o doente faz em relação à sua doença, sendo dinâmico e que muda ao longo do tempo.

O termo qualidade de vida relacionado com a Saúde tem sido utilizado com objectivos semelhantes à conceptualização mais geral. No entanto, inclui aspectos mais directamente associados às doenças ou às intervenções em saúde (Saes, 1999).

O avanço científico do mundo desenvolvido e os grandes problemas da humanidade contemporânea tornam indispensável o estudo da qualidade das condições de vida das comunidades e os estilos de vida dos indivíduos para entender e proteger a saúde e a felicidade do homem, no sentido de nos aproximarmos de uma existência digna, saudável, livre, com equidade, moral e feliz, através da interacção do homem com o meio ambiente. É um conceito multidimensional, subjectivo e individual, mas pode ser descrita de uma forma funcional, tendo por base a percepção que cada doente tem sobre as suas capacidades em quatro grandes dimensões: bem-estar físico e actividades quotidianas; bem-estar psicológico; relações sociais e sintomas. (Pimentel, 2006)

4 – LAZER E QUALIDADE DE VIDA

Lazer e trabalho sobrepõem-se ou anulam-se conforme os conteúdos linguísticos e sociais. Na sociedade contemporânea, o lazer e o tempo livre, estão interligados mas não podem ser confundidos.

O tempo livre pode ser visto como o tempo que resta fora do trabalho formal, ou como o tempo não incluído no trabalho, nas deslocações ou nas obrigações domésticas.

Lazer é algo de positivo que fazemos no tempo livre, dado que podemos identificar várias formas de ocupação de tempo. Do tempo total podemos identificar o trabalho dispensado a ocupação profissional e o tempo livre, no tempo livre observamos o

tempo dispendido para outras obrigações, tais como deslocações, assistência à família e práticas sociais e o tempo de lazer.

O conceito de lazer apresenta uma certa ambiguidade, pelo carácter idealista que o encerra, como tal Dumazedier (1962) identifica três funções principais do lazer: a descontração, o divertimento e o desenvolvimento.

O lazer pode ser ainda analisado como o tempo de recreação, de desenvolvimento de actividades lúdicas ou de ócio, ou seja de falta de acção ou de dinamismo.

Podemos contudo identificar uma evolução do conceito e lazer ao longo dos anos, segundo Umbelino (1999) que o lazer surge resultado do Renascimento, e mais tarde foi melhorado pela crescente produtividade proporcionada pela Revolução Industrial e pelos valores democráticos. Com a ocorrência das duas guerras mundiais o que leva a uma depressão económica, toda esta instabilidade prejudicou o desenvolvimento de actividades de lazer.

Nos anos cinquenta ocorre um grande crescimento económico, bem como a criação da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948, Artº 24), que estipulava que *“Todo o homem tem direito ao descanso e ao lazer, especialmente a uma limitação razoável da duração do trabalho e a férias remuneradas”*.

A partir dos anos 70 e tendo por base a austeridade económica e o impacte da causa ecológica, leva ao surgimento de um interesse renovado pela natureza, como fonte inspiradora do lazer, que ainda se verifica na actualidade, quando associado a mobilidade possibilita um convívio directo com a natureza.

Contudo é fundamental a conjugação do tempo e de espaços próprios à prática do lazer, para isso é necessário, conhecer as localizações, as distribuições e as acessibilidades, uma vez que são estes os condicionantes que proporcionam a expressividade dos locais de lazer, segundo (Santos e Gama, 2008 p.147) os lazeres contemporâneos são *“a assimilação socioespacial de um portfólio de lugares de proximidades diversas”*.

Desta forma Requixá (1980) define o lazer como uma ocupação não obrigatória, de livre escolha do indivíduo, cujos valores propiciam condições de recuperação psicossomática e de desenvolvimento pessoal e social.

As ocupações a que o indivíduo se entrega de livre vontade entre as quais repousar, divertir, recrear e entreter, tendo com objectivo aumentar o seu nível de formação, ou informação, a sua participação voluntária ou social sem obrigações profissionais, familiares ou sociais, são consideradas actividades de lazer Dumazedier (1980).

A tomada de consciência e as opções de escolha sobre a forma de como ocupa/utiliza os seus tempos e recursos do meio que cada indivíduo desenvolve a sua personalidade. Não é uma questão de educação, mas sim um equilíbrio entre as várias actividades de recuperação, de desenvolvimento e recreação. A escolha das actividades levará o indivíduo a estabelecer uma hierarquia, com o objectivo de melhorar a sua participação consciente e voluntária na vida da sociedade.

Segundo Dumazedier (2000, p.265) o lazer *“poderá vir a ser uma ruptura, num duplo sentido: a cessação de actividades impostas pelas obrigações profissionais, familiares e sociais e, ou mesmo tempo, o reexame das rotinas, estereótipos e ideias já prontas que concorrem para a repetição e especialização das obrigações”*. Por vez estas actividades são desvalorizadas, pelas análises da gerontologia social, sendo associadas negativamente ao tédio e ao vazio, mas devem de ser interpretadas a luz da criação de novos valores, específicos do envelhecimento.

Ainda segundo o autor acima citado, este classifica o lazer em cinco categorias: lazeres físicos, lazeres artísticos, lazeres práticos, lazeres intelectuais e lazeres sociais.

Relativamente aos lazeres físicos, o autor acima citado, conclui que o desporto é muito menos praticado pelas pessoas idosas e mais pelos homens do que pelas mulheres, que o desporto mais praticado é a pesca seguida pelos jogos de bolas. Andar a pé e passeios são actividades difundidas entre as pessoas idosas. Integra nesta categoria: lazeres físicos, as férias e as viagens. No caso dos idosos podemos considerar férias, quando por um determinado período o idoso se ausenta do local onde habitualmente reside.

Como lazeres artísticos, Dumazedier (2001, p. 125) refere as actividades como: *“assistir aos programas de televisão, concertos, teatro, cinema, espectáculos de variedades, espectáculos desportivos e visitas a museus, monumentos, novas cidades”*. Podemos também incluir no lazer artístico a prática de pintura, de desenho, a fotografia, a moldagem, etc. Na maioria dos casos é com o avançar da idade que se encontra tempo e espaço, para a dedicação a um actividade de cariz artístico, que ao longo da sua vida activa, sempre desejaram aprender e que nunca tiveram oportunidade.

Na categoria dos lazeres práticos o autor coloca as actividades manuais, tais como a jardinagem e os trabalhos de agulha. Estas actividades apresentam, um carácter entretenimento e de utilidade, na medida em que permite que o idoso se sinta útil em fazer algo, e também desempenham um papel importante nos aspectos psicológicos.

Quanto aos lazeres intelectuais Dumazedier (2001) colocou a leitura de jornais, revistas ou livros. Podemos incluir nesta categoria a escrita, os jogos, as cartas, etc. Estas actividades estimulam a capacidade de memorização, de aprendizagem e de concentração.

Por fim na categoria dos lazeres sociais o autor anteriormente referido coloca as visitas efectuadas e as visitas recebidas, em que 10% dos idosos citaram as reuniões entre amigos como uma das suas duas principais actividades de lazer. Grande parte as actividades referidas nas categorias anteriores, proporcionam também oportunidades de socialização, o que permite ao idoso reforçar os laços estabelecidos e integrar-se em novos contextos sociais.

O lazer e o bem-estar estão relacionados com a qualidade de vida do idoso, tendo um impacte na resolução de problemas e no equilíbrio a alcançar. Dai ser possível encontrar no lazer um tempo sagrado relacionado com o rezar e com a meditação, continua ainda presente a procura do equilíbrio interior e das experiencias espirituais.

Actualmente o lazer deve de ser visto a luz da importância das percepções e das representações, para que seja possível efectuar uma análise socioeconómica integrada.

As actividades de lazer devem de ser direccionadas para o idoso, tendo por base as diversas formas de recreação, ou seja centradas no indivíduo, que as desenvolve pelo prazer e pela satisfação que lhe proporciona. O principal objectivo de desenvolvimento destas actividades é permitir aos idosos um aumento de auto estima, desenvolvimento pessoal e bem-estar físico e mental.

O conceito de bem-estar é bastante subjectivo para a maioria das pessoas, segundo (San Martín e Pastor, 1990) a satisfação das necessidades básicas é o que condiciona a qualidade de vida do indivíduo e que por sua vez fundamenta o conceito de bem-estar social, sendo este utilizado para demarcar a satisfação global dos indivíduos e da sociedade.

A satisfação esta ligada ao valor que cada pessoa atribui às coisas da vida, a um fenómeno ou a uma situação própria da vida humana, o que influencia o bem-estar social que por sua vez se relaciona com o funcionamento da sociedade, os valores, as normas sociais e as aspirações da pessoa, bem como a satisfação das necessidades fundamentais do individuo.

A qualidade de vida é uma percepção individual e dinâmica, que recebe influência socioeconómica, cultural e sociopsicológica, tendo por base valores positivos e negativos e a distribuição e percepção social dos mesmos na população, dado que

Osório e Pinto (2007), não deve confundir qualidade de vida com nível de vida ou desenvolvimento económico-social, apesar de serem componentes da qualidade de vida, mas um nível de desenvolvimento económico elevado, não implica uma boa qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (2003) define qualidade de vida como uma percepção individual da posição na vida, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente.

Assim o lazer pode ser visto como algo de imprescindível à manutenção da saúde e à autovalorização do idoso. Proporcionando um novo sentido a vida, na medida em que traz incentivo, optimismo, prazer, esperança e bem-estar. O bem-estar da população idosa está relacionado com a importância da actividade, ou seja na necessidade de realizar algum trabalho, para alcançar felicidade, prazer e satisfação.

As condições objectivas de vida, tais como a saúde, o nível sócio-económico, o ambiente social, não explicam cabalmente o bem-estar das pessoas em geral e dos idosos em particular (Barros, 2004).

Cada vez mais se começa valorizar as actividades de lazer como uma cultura geral, nomeadamente a cultura do corpo, e do espírito, o compromisso e o desinteresse, a serenidade e as actividades lúdicas, caminhado para uma sociedade do lazer. Nela, todos os indivíduos, nomeadamente os idosos, devem ter oportunidades de usufruir de actividades de lazer, de forma a manterem uma boa qualidade de vida.

Dai se observar segundo Cavaco (2008, p.36) uma saúde de um lazer de excessos para um lazer de saúde e de bem-estar *“...o culto da juventude, uma nova obsessão pela preservação do corpo e o retardar do envelhecimento, o manter-se em forma e o garantir uma velhice de qualidade, activa e estimulante...”*.

O termo “envelhecimento activo” foi adoptado pela OMS, no final dos anos 90, e procura ir além da designação de “envelhecimento saudável”, reconhecendo que os cuidados com a saúde são importantes, mas existem outros factores que estão relacionados com o modo como os indivíduos e as populações envelhecem.

O envelhecimento activo, aplica-se a toda a comunidade em geral e permite as pessoas perceberem o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando assim a participação activa dos idosos nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas, tendo como principal objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade.

Contudo ao definir a noção de qualidade de vida para idosos, Donald (1997) formulou cinco classes, que podem servir de guia tanto para os mais velhos como para os profissionais que trabalham com eles: o bem-estar físico, que engloba comodidade, saúde, higiene e segurança; as relações interpessoais, que inclui as relações com familiares, amigos e participação na comunidade; o desenvolvimento pessoal, que representa as oportunidades de desenvolvimento intelectual, e auto-expressão; as actividades recreativas, tais como socialização, entretenimento passivo e activo, e por fim as actividades espirituais, que envolvem a actividade simbólica, religiosa e o autoconhecimento.

A ocupação do tempo livre também se encontra representada nas instituições de reprodução social, ou seja nas situações em que as instituições controlam e organizam a vida dos indivíduos, as quais tendem para um crescimento exponencial.

A esta reprodução social estão englobados as instituições de controlo social como o exército, a policia, os tribunais, bem como a família e a escola, a segurança social e ainda o planeamento e a segurança dos espaços privados comerciais, de lazer e de sociabilidade, tal como afirma Santos (2001, p.147) *“a qualidade de vida e o bem estar estão cada vez mais dependentes de instituições que uniformizam as estruturas, regulam as vivencias e escolhem o que se compra, o que está na moda, os lugares que frequentam”*, assim dificilmente expressão a vontade individual, se reafirma como necessidades, desejos e interesses.

Assim a qualidade de vida ou a falta da mesma nos idosos institucionalizados, está relacionada com a autonomia para desenvolver as actividades de vida diárias, com a relação familiar, com os recursos económicos e com a realização de actividades lúdicas e recreativas.

Actualmente os idosos entende por envelhecimento activo, ter capacidade de cuidar da sua saúde física e mental, bem como demonstrar interesse pela vida e por as questões sociais, segundo Jacob (2007, p. 21) *“o envelhecimento activo significa o preparar de outra etapa da vida”*, são cada vez mais os idosos que estabelecem objectivos de vida, desempenhando um papel fundamental na comunidade, voluntários, membros e associações e avós.

Neste sentido, é fundamental que todos os idosos e especialmente os institucionalizados vejam no seu envelhecimento, uma continuidade da vida não quebrando os laços com o passado, nem perspectivando um vazio para o futuro. Para que isto não aconteça é importante o estabelecimento de relações sociais e humanas e o desenvolvimento de actividades sociais, lúdicas e recreativas, a

importância e o impacto das actividades anteriormente referidas, como está demonstrado nas entrevistas realizadas a duas assistentes sociais, que desenvolvem a sua actividade em duas instituições de solidariedade social (anexo VIII).

O idoso deve ter noção do tempo livre que dispõe e do que fazer durante esse tempo livre e qual a sua importância, como afirma Requixá (1980) através do lazer, são estimuladas as actividades culturais, intelectuais, físicas, manuais e artísticas do idoso, impedindo que o idoso fique em isolamento social.

As actividades de lazer de estimulação física, motora, da memória/inteligência, sensorial e socioemocional, que estimulam aos níveis biopsicossociais, devem estar no centro das prioridades de todas as estruturas de apoio e acolhimento de pessoas idosas, na medida em que tomam consciência da sua importância e do seu impacto na qualidade de vida, proporcionando a autonomia e o bem-estar dos idosos residentes, como enuncia Jacob (2007) a criação de um clima de dinamismo, visa o melhoramento da qualidade de vida das pessoas idosas, o que por sua vez facilita a adaptação a uma vida comunitária imposta.

As actividades lúdicas promovem a comunicação, melhorando o aspecto relacional e fazem do lazer um elemento determinante da qualidade de vida de uma instituição. Por vezes estes aspectos são condicionados pelo dinamismo da estrutura de acolhimento, a qualidade de vida e o bem-estar dos residentes e dos funcionários das instituições.

O conjunto destas actividades facilita o acesso a uma vida mais criativa e activa, com uma melhor relação e comunicação com os outros, com uma participação mais activa na comunidade, promovendo assim a personalidade do indivíduo e a sua autonomia.

Segundo Jacob (2007, p. 31) o conjunto de todas as actividades a desenvolver com os idosos, podem ser definidas como *“a maneira de actuar em todos os campos do desenvolvimento da qualidade de vida dos mais velhos, sendo um estímulo permanente na vida mental, física e afectiva da pessoa idosa.”*

As instituições de acolhimento de idoso (lares ou centros de dia) são lugares de residência onde encontramos um grande grupo de idoso que vivem em condições análogas, limitados ao mesmo espaço físico, em que as rotinas e as actividades são geridas por terceiros.

Esta inércia deve-se ao reduzido número de actividades que os idosos institucionalizados desenvolvem em relação aos que vivem em casa, dado que se sentem sós mesmo ao redor de um elevado número de idosos dentro da mesma

instituição, porque não participam na vida da instituição e ficam sujeitos a que esta regularize a sua própria vida.

As instituições devem de responder às necessidades dos idosos, mas estas devem de ir para além de alimentação, higiene, segurança e cuidados de enfermagem, é igualmente importante a ocupação do tempo livre e a vida social.

Assim consideramos as actividades de estimulação biopsicossocial importantes para os idosos, especialmente os institucionalizados, o que vai ao encontro dos seus direitos (anexo I).

Pensamos que é fundamental envolver o idoso nas actividades da instituição, para ele se sinta com parte integrante da mesma, tendo alguma opção de escolha de alguns horários ou hábitos, tais como a hora de acordar e de deitar, de ver um programa na televisão, ajudar na copa ou no jardim e ir ao café ou a missa quando quisesse. Tendo esta possibilidade grande parte das actividades de estimulação estariam realizadas, o restante tempo livre seria ocupado com actividades de lazer tais como, actividades ou passeios de interesse cultural promovendo a integração social.

No modelo institucional deve de estar contemplado o despertar de interesses individuais, ajudar a descobrir capacidades, ser um meio possibilitador de comunicação, ajudar a melhorar a percepção social, estimular a criatividade, fomentar iniciativas sócio-culturais, ajudar a promover e a dinamizar o trabalho de grupo, encorajar a autonomia e outros.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

1 – MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo iremos proceder à descrição da metodologia utilizada no estudo, assim como a apresentação das questões de investigação e as hipóteses por nós formuladas.

Polit e Hungler (1995, p. 17) afirmam que *“são inúmeros os métodos utilizados pelos pesquisadores (...) tal diversidade, em nosso ponto de vista, é fundamental ao espírito científico, cuja meta principal é a descoberta do conhecimento”*. Deste modo é cada vez mais importante investigar varias temáticas do nosso domínio, mas contudo não devemos ser muito ambiciosos, mas objectivos.

Na maioria dos estudos é necessário a combinação de mais do que um método, ou uma técnica, para simultaneamente proporcionar informação para uma situação concreta num dado momento (Abramson, 1990).

No presente estudo, pretende-se conhecer e analisar a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida. Para tal consideramos importante recolher informação relativa ao seu nível de dependência do idoso e avaliar a percepção deste face à sua institucionalização e verificar em que medida:

- **a idade;**
- **o sexo;**
- **o estado civil;**
- **o nível de dependência;**
- **o rendimento mensal,**
- **o grau de satisfação do idoso;**
- **a prática de actividade física,**

se relacionam com a mesma. Nesse sentido, iremos descrever o tipo de estudo adequado para a descrição das informações por nós pretendidas. Esta investigação tem como população alvo as pessoas idosas, residentes em instituições de apoio social do concelho de Mação.

Para a realização deste trabalho pretendemos ter como referência a delimitação territorial do concelho de Mação.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

Tendo por base os dados em análise torna-se imprescindível a descrição das informações obtidas, ao passo que outras implicam uma explicação ou ainda a predição ou controlo dos acontecimentos. Os métodos de investigação devem estar em concordância com os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as inquietações e as linhas orientadoras de uma investigação (Fortin, Côté e Vissandjée, 2000).

Os métodos de investigação utilizados para o desenvolvimento de estudos nos diversos domínios do conhecimento podem ser o método quantitativo e qualitativo.

O método quantitativo caracteriza-se como:

“... um processo semântico de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação dos factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (...) o investigador adopta um processo ordenado uma série de etapas (...) a objectividade, a perdição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem” (ibidem, 2000, p.).

O tipo de estudo define-se atendendo ao tipo de questões de investigação que correspondem à amplitude de conhecimentos que existem sobre uma determinada área de domínio (Fortin, 2003).

Desta forma, este estudo enquadra-se no paradigma da investigação quantitativa descritivo-correlacional de nível II, que “...visa identificar as ligações entre os factores e descrever estas relações...” (Ibidem, 2003, p.53).

A nossa investigação é quantitativa. A existência de três perguntas abertas permitiu que o seu tratamento se efectuasse pela análise temática de conteúdo.

1.2 - HIPÓTESES FORMULADAS

Ao longo dos tempos é possível identificarmos alterações demográficas, das quais destacamos o envelhecimento da população, que provocou alterações profundas ao nível económico e social. Estas alterações demográficas, também denominadas por transições demográficas, são marcadas pelo declínio progressivo das taxas de mortalidade e natalidade e com o aumento da esperança média de vida. Perante isto surgem outras preocupações, pois, com o aumento da esperança média de vida, existe maior longevidade, embora com níveis de qualidade de vida insatisfatórios.

De acordo com Polit e Hungler (1995, p.33): “...uma hipótese é o enunciado das expectativas do pesquisador, acerca das relações entre as variáveis investigadas...”

Quivy (1992, p.119) afirma que, “...a organização de uma investigação em torno de hipóteses de trabalho, constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor”.

A opinião de Polit e Hungler (1995, p. 15) é que “...se o problema é formulado como uma pergunta, a sua possível resposta é a hipótese. Esta constitui de certa forma uma verdade provisória ou a tentativa de explicação da relação entre variáveis”.

Desta forma, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, deverá proceder-se à formulação de hipóteses, ou seja, formulações consideradas plausíveis, dada a informação disponível, relacionando duas ou mais variáveis.

Considerando este estudo, de observação descritivo, analítico e transversal, sendo o actual contexto do envelhecimento em Portugal, tendo em conta as disparidades regionais principalmente quando consideradas as zonas de interior, coloca-se a seguinte questão:

- Qual a percepção dos idosos institucionalizados, sobre a sua qualidade de vida?

Nos estudos correlacionais, verificam-se as “relações com a ajuda de hipóteses” Fortin (1999, p.94). Uma hipótese é “... um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis” (Ibidem, 1999, p.102). O enunciado de uma hipótese surge assim, como uma predição dos resultados do estudo, o qual indica se a hipótese é confirmada ou não. Tem de ser justificável, coerente e verificável com a ajuda de análises estatísticas.

As hipóteses formuladas provêm da observação profissional e “elaboradas utilizando formas de pensamento indutivo e dedutivo” (Ibidem, 1999, p.109).

Para este estudo as hipóteses formuladas são as seguintes:

H1 – Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e a idade.

H2 – Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o sexo.

H3 – Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o estado civil.

H4 – Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o seu nível de dependência para realizar as actividades vida diárias.

H5 – Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o rendimento mensal.

H6 – Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o seu grau de satisfação com a vida.

H7 – Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e a prática de actividade física.

As hipóteses por nós formuladas enunciam que existe uma relação entre as variáveis, no entanto, ao não predizerem a natureza da relação, são classificadas como não direccionais.

1.3 – POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA

A população alvo foi constituída pelos idosos com 65 e mais anos, institucionalizados na área geográfica do concelho de Mação.

O concelho de Mação apresenta como referência de divisões territoriais na NUT II a Região Centro, e pertence à NUT III do Pinhal Interior Sul.

Mação apresenta uma área de 400,01 Km², tem uma densidade populacional em 2006 de 18,55 hab/Km² e administrativamente está dividido em 8 freguesias. De acordo com as estimativas dos censos 2001, a população residente estimada é de 8442 indivíduos, sofrendo uma considerável diminuição em relação aos censos de 1991 com 10060 indivíduos (INE, 2008). No Concelho de Mação verifica-se que em 1991, o Índice de Envelhecimento era de 254,4% e em 2001 alcança os 364,1%.

Figura 1 – Mapa de Portugal - localização da área em estudo

Fonte: INE, 2008

O Centro de Saúde de Mação apresenta como total de inscritos 8100 dos quais 2852 indivíduos têm mais de 65 anos de idade.

Estes dados significam que estamos perante um concelho que na sua constituição populacional apresentam uma proporção considerável de população idosa e como possíveis explicações para este fenómeno temos a desertificação, provocada pela diminuição da população jovem, pela diminuição da taxa de natalidade e de mortalidade e pela deslocação dos jovens para meios urbanos. Nesse sentido, consideramos pertinente caracterizar a população idosa no que concerne à sua qualidade de vida.

Em investigação o ideal seria estudar a totalidade dos elementos de uma determinada população, os resultados seriam mais fidedignos e com potencialidades intrínsecas de generalização mas este método é de difícil aplicação, pois exige disponibilidade de tempo e de recursos materiais e humanos. Contudo, hoje existem técnicas que nos permitem calcular estratos populacionais baseados em pequenas amostragens.

Deste modo, para atingir os objectivos propostos, com a realização deste estudo, e tendo em consideração as características da população alvo:

- idosos institucionalizados no concelho de Mação

O método de amostragem seleccionado será a amostra probabilística, por conveniência, obedecendo aos seguintes critérios de selecção:

- Idade igual ou superior a 65 anos;**
- Institucionalizados;**
- não apresentarem defeito cognitivo.**

Podemos considerar o nosso tipo de amostra probabilística acidental em que os elementos em estudo devem possuir determinadas características de inclusão ao estudo.

Depois de informados e esclarecidos acerca dos objectivos do estudo, a participação dos idosos institucionalizados teve por base o seu consentimento e colaboração voluntária.

A selecção do concelho do concelho de Mação, deve-se ao facto de possuir como característica oito Instituições de Apoio Social na sua área geográfica: Centro de dia Nossa Senhora do Pranto do Penhascoso, Centro de Solidariedade Social de Nossa das Dores da Ortiga, Casa de idosos de São José das Matas, Centro de Protecção a Terceira Idade da freguesia da Aboboreira, Lar da Misericórdia de Mação, Lar da Misericórdia de Cardigos, Associação de Apoio e Acolhimento à terceira Idade dos Vales e Centro Social S. João Batista do Carvoeiro, de onde foram seleccionados idosos, que fizeram parte da amostra apenas aqueles cujas capacidades mentais, não eram incapacitantes para participar neste estudo.

Figura 2 – Mapa do concelho de Mação

Fonte: Sonaecomunicações, 2009

Por sua vez todas estas instituições de apoio social dão resposta a 223 idosos, que de acordo com os critérios previamente descritos, no final obtivemos uma amostra emparelhada constituída por 120 idosos, dos quais 59 residente e 61 em centro de dia.

Para a execução deste trabalho, efectuaram-se diligências junto das direcções da Santa Casa da Misericórdia e das Instituições de Apoio Social para a devida autorização, bem como da direcção do Centro de Saúde de Mação (Anexo II e III).

1.4 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Atendendo aos objectivos deste estudo e a sua amostra, optou-se pela aplicação de um questionário de caracterização sócio-demográfica, um índice de Katz e por um questionário da Qualidade de Vida relacionada com a saúde (SF-36), já traduzido e testado na população portuguesa e uma escala de Satisfação com a Vida.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

I Parte - Caracterização da amostra – O instrumento de colheita de dados a utilizar será o questionário, em que o modo de abordagem se centrará na entrevista, atendendo às características da população (anexo IV), uma vez que pode ser utilizado em indivíduos de diversos estratos sócio-económicos, em que a presença do investigador permite explicar os objectivos da investigação e reformular possíveis questões que não estejam a ser claras para o entrevistador (Fortin, 2003). O questionário é constituído por 27 questões abertas, de resposta rápida, para assim permitir uma melhor caracterização socio-demográfica da amostra por nós seleccionada.

ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

II Parte – Índice de Katz – Para a avaliação das actividades de vida diárias os instrumentos utilizados têm em conta o nível de independência que determinado idoso pode alcançar. Neste estudo o grau de dependência funcional/autonomia dos idosos é avaliado através da Escala de Avaliação de Actividades de Vida Diária – Índice de Katz (anexo V).

O Índice de Katz de Independência de Actividades da Vida Diária foi criado por Sidney Katz, em 1963, para estudar os resultados do tratamento e prognóstico nos idosos e doentes crónicos. Conforme nos explicam Duarte, Andrade e Lebrão (2006), este Índice tem por base avaliar a independência funcional do indivíduo idoso ao banhar-se, vestir-se, ir ao sanitário, transferências, continência e alimentar-se. Katz estabeleceu esta lista de seis itens, que são hierarquicamente relacionados e reflectem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas actividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de auto regulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. O índice de Katz pode ser pontuado no formato Likert, que

pontua cada item de 0 a 3, sendo que a pontuação 0 representa independência completa; 1 está relacionada com o uso de ajuda não humana (acessórios como bengalas, barras, apoio em móveis); 2 relaciona-se a ajuda humana e a pontuação 3 uma completa dependência.

A globalidade das classificações individuais, permite ao avaliador atribuir uma nota final de independência, sendo o utente classificado como A, B, C, D, E, F, G. Nesta escala o A corresponde a utente independente em todas as seis actividades, e o G dependente em todas as actividades. O auxílio prestado nas actividades é classificado como auxílio pessoal activo, assistência directiva, ou supervisão.

Esta escala tem sido frequentemente divulgada e usada na avaliação da capacidade funcional do idoso entre nós (Ermida, 1995 e Botelho, 2001). De acordo com Ermida (1991), esta escala permite uma avaliação fácil das capacidades do idoso e pode assinalar o seu nível de dependência ou necessidade de ajuda. No entanto, apesar de utilizar esta escala no seu estudo Botelho (2001), conclui que a avaliação de tarefas de cuidados pessoais diários não permite discriminar pessoas com pequenos compromissos funcionais, pois considera controversa a inclusão do item relacionado com o controle de esfíncteres na escala, dado que este não é uma tarefa funcional mas sim uma função fisiológica.

QUALIDADE DE VIDA

III Parte – Questionário do estado de saúde (SF- 36) – Após alguma pesquisa bibliográfica e consulta de estudos de investigação já realizados identificamos um questionário de medida da qualidade de vida que inclui multi-itens de avaliação dos oito conceitos de saúde mais importantes. De modo a avaliar a qualidade de vida em saúde dos idosos institucionalizados.

Para analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, utilizamos um instrumento de medição – o Short Form 36 (SF-36) (anexo VI).

O Short Form 36 (SF-36) é resultado de um trabalho desenvolvido pela Rand Corporation nos EUA durante a década de 70 e foi progressivamente afinado e utilizado no Rand's Medical Outcomes Studys em situações relativas a doentes crónicos e doenças psiquiátricas.

Este instrumento é uma versão reduzida que contempla 36 itens, seleccionados a partir dos 245 existentes no questionário original Medical Outcomes Study (MOS), (Ware e Sherbourne, 1992).

No presente estudo foi utilizada a versão portuguesa do MOS SF-36, cujo processo de adaptação cultural e linguístico, foi da responsabilidade do Prof. Dr. Pedro Lopes Ferreira em 1994.

O SF-36 é um questionário construído para representar 8 dos conceitos mais importantes em saúde – *função física, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental*. (Ferreira e Marques, 1998).

As várias dimensões contêm de 2 a 10 itens e são pontuadas através de uma escala de Likert com 5 categorias, pontuáveis de 1 a 5. O número de itens e níveis por dimensão do SF-36 estão representados no quadro seguinte.

Quadro 1 - Representação do n.º de itens e perguntas por cada dimensão do SF-36

DIMENSÃO	N.º itens	Perguntas
Função física	10	3a- 3b- 3c-3d-3e-3f-3g-3h-3i-3j
Desempenho físico	4	4a-4b-4c-4d
Dor corporal	2	7-8
Saúde geral	5	1-11a-11b-11c-11d
Vitalidade	4	9a-9e-9g-9i
Função social	2	6-10
Desempenho emocional	3	5a-5b-5c
Saúde mental	5	9b-9c-9d-9f-9h
Mudança de saúde*	1	2

* não é considerado um conceito de saúde

Fonte: Ribeiro, J. L. (2005)

Os autores anteriormente citados descrevem pormenorizadamente o sistema de pontuação para os dados em bruto provenientes da codificação das respostas ao questionário.

Os critérios de cotação dos itens e escalas do SF-36 foram definidos para que um valor elevado indica um estado de saúde melhor. Os itens e escalas do SF 36 são cotados em 4 etapas:

- Codificação das respostas dos sujeitos: as respostas assinaladas pelos sujeitos são codificadas pela atribuição de um valor idêntico ao número do código que está impresso no questionário.

- Recodificação dos itens: segundo Ribeiro (2005, p.88), “a recodificação dos itens é o processo de derivar o valor do item que será utilizado para calcular as notas das escalas”. Os valores finais após codificação e reversão dos itens estão publicados em Ribeiro (2005) e de acordo com as propostas do manual original de Ware e Sherbourne (1992). Segundo este autor, os valores dos códigos atribuídos às respostas ao item1 do “Estado Geral” são:

Quadro 2 - Representação da recodificação dos valores dos códigos atribuídos às respostas ao item1 do “Estado Geral”

Valor do item antes da codificação	Valor final do item
1	5
2	4,4
3	3,4
4	2
5	1

Fonte: Ribeiro, J. L. (2005)

Os valores dos códigos atribuídos às respostas ao item 7 de “Saúde e Actividades Diárias” são de acordo com o quadro 3.

Quadro 3 - Representação da recodificação dos valores dos códigos atribuídos às respostas ao item7 do “Saúde e Actividades Diárias”

Valor do item antes da codificação	Valor final do item
1	6,0
2	5,4
3	4,2
4	3,1
5	2,2
6	1,0

Fonte: Ribeiro, J. L. (2005)

Nos itens: 6; 8; 9^a; 9d; 9h; 11b e 11d, a cotação é invertida. A inversão da cotação é feita para assegurar que um valor elevado indique um melhor estado de saúde.

Nos restantes itens a cotação é feita directamente.

- Calculo das cotações, das escalas através da soma das pontuações dos itens de cada escala (resultados brutos): depois da recodificação dos itens são calculadas as pontuações das escalas do SF-36. Esse resultado é calculado através da soma algébrica dos valores dos itens de cada escala.

- Transformação dos resultados brutos das escalas, numa escala de zero a cem (resultados da escala transformada)

O próximo passo envolve a transformação dos resultados brutos de cada escala, numa escala de zero a cem, usando a seguinte fórmula de transformação das escalas.

Esta transformação converte o menor e o maior resultado possível de obter em cada uma das escalas do SF 36, nos valores de zero a cem respectivamente. Uma pontuação entre esses scores representa a percentagem de pontuação total possível atingida numa determinada escala.

$$\text{Escala transformada} = \frac{\text{Resultado bruto obtido} - \text{menor resultado bruto possível}}{\text{Intervalo máximo possível de resultados brutos}} \times 100$$

Resumidamente, os dados passam por um processo específico, a fim de os tornar coerentes e passíveis de interpretação, com as seguintes fases – introdução dos dados, transformação dos valores, tratamento dos dados em falta, cálculo das escalas e verificação.

No que diz respeito à escala de pontuação o zero corresponde ao valor mínimo de satisfação de qualidade de vida e cem ao valor máximo.

Ainda no que se refere aos estudos de validade, determinamos os valores de alfa de Cronbach da escala SF-36 e respectivas dimensões.

No seu conjunto, os índices de consistência interna (Quadro 4) obtidos para o global da escala (SF-36) podem ser considerados muito bons ($\alpha=0,895$), bem como para as suas dimensões (excepção das dimensões “função social” e “saúde mental”) que apresentam valores que consideramos bons se tivermos em consideração o número de itens de cada uma.

Quadro 4 – Consistência interna total e por escala SF-36.

QUALIDADE DE VIDA (SF36)	Nº de itens	Consistência interna (α)
Função física	10	0,900
Desempenho físico	4	0,945
Dor Corporal	2	0,889
Saúde em geral	5	0,783
Vitalidade	4	0,847
Função social	2	0,619
Desempenho emocional	3	0,931
Saúde mental	5	0,618
SF36 (GLOBAL)	36	0,895

Fonte: Ribeiro, J. L. (2005)

SATISFAÇÃO

IV Parte – Escala de Satisfação com a Vida – Esta escala foi planeada e estruturada por Diener, em 1985, no sentido de avaliar o juízo subjectivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente (anexo VII).

O conceito de satisfação com a vida faz referência, segundo Simões (1990), ao grau de contentamento com a maneira como tem decorrido a própria vida, por outras palavras, ao juízo subjectivo sobre a qualidade da própria vida, quando comparada com critérios estabelecidos pelo próprio sujeito.

Este instrumento deixa ao sujeito a liberdade de integrar e ponderar, da forma que entender, os vários domínios da sua vida em geral e os diversos estados de espírito, de modo a chegar a um juízo global, positivo ou negativo, sobre a própria existência.

Esta escala de satisfação é um instrumento constituído por cinco itens tipificados numa escala de Likert de cinco pontos, os valores da escala variam entre um

mínimo de 5 e um máximo de 25. Quanto maior for o valor do somatório dos itens maior a sua satisfação com a vida. A escala tem vindo a evidenciar índices de fidelidade e de validade adequados, aliados à simplicidade de resposta e brevidade de aplicação.

1.5 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Uma das fases de um trabalho de investigação é a selecção das variáveis essenciais para o estudo a efectuar. Segundo Polit e Hungler (1995, p.25), “...no contexto duma pesquisa científica, os conceitos passam a ser variáveis”. Estes autores referem ainda que uma variável “...é toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume valor diferente”.

Desta forma, todas as variáveis (dependente e independentes) procuram definir com clareza, objectividade e de forma operacional os conceitos, isto é, descrever os procedimentos através dos quais podem ser quantificados. Segundo Ghiglione e Matalon (1997, p.248), “...a linguagem da teoria aparece simplesmente como um meio, eventualmente o mais cómodo, para falar das observáveis, constituindo as definições operacionais as regras de passagem de uma...” linguagem da teoria para uma linguagem de observação.

Este estudo inclui uma variável dependente e variáveis independentes, sendo que, segundo Polit e Hungler (1995, p.37), a variável dependente “...é a variável de resultado que interessa ao pesquisador.” Por outro lado, a variável independente é “...a causa presumível”, Polit e Hungler (Ibidem, 1995, p.26).

VARIÁVEL DEPENDENTE

- **Qualidade de vida do idoso institucionalizado**

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- **Idade**
- **Sexo**
- **Naturalidade**
- **Estado civil**
- **Nível de dependência**
- **Rendimento Mensal**
- **Grau de satisfação do idoso**

- Prática de actividade física

Quando se pretende que uma preposição atinja o estatuto de hipótese científica, as suas variáveis devem ser traduzidas em conceitos mensuráveis (operacionalização).

Também é oportuno salientar que, como refere Fortin (1999, p.373), a operacionalização é o “processo metodológico pelo qual um conceito é definido após se terem feito observações empíricas”. Podemos intuir que as observações empíricas necessárias à operacionalização são indicadores.

Num processo de pesquisa é fulcral descobrir expressar as relações entre variáveis.

Para Fortin (1999, p.36) “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.”

O conceito de **Qualidade de Vida** é abrangente, e como variável dependente, tem de ser operacionalizado de acordo com as componentes:

- **cognitiva** (refere-se ao objecto ou fenómeno da *Qualidade de Vida*);
- **mental** (diz respeito ao fenómeno da *Qualidade de Vida* enquanto alvo de sentimentos e emoções sentidas ou não);
- **física** (relacionada com as anteriores e traduz intenção ou acções).

No contexto do nosso estudo consideramos:

Componente cognitiva: os conhecimentos que os idosos tem ou pensam ter em relação à saúde e as suas actividades de socialização e que se manifestam por uma determinada atitude face a qualidade de vida.

Componente mental: a atracção ou repulsa sentida pelos idosos e que se manifesta por sentimentos pró ou contra relativamente ao confronto com as actividades lúdicas por eles desenvolvidas que condicionam a sua qualidade de vida.

Componente física: comportamento ou maneira de agir dos idosos no desenvolvimento das suas actividades de vida diárias que se manifestam pelo nível de dependência que condiciona a qualidade de vida.

As variáveis independentes no âmbito deste estudo foram: Idade, Género, Estado civil, Nível de dependência para realizar as suas actividades vida diárias, Rendimento Mensal, Grau de satisfação do idoso e Actividades de ocupação e de lazer. Operacionalizando estas variáveis:

Idade – é o número de anos que a pessoa tem desde o seu nascimento ate a data actual, neste sentido, a variável tem significado estritamente cronológico.

Sexo – Consideramos os homens e as mulheres, que constitui a nossa população em estudo, agrupados da seguinte forma: sexo masculino e sexo feminino.

Estado civil – é a situação de uma pessoa em relação ao matrimónio.

Nível de dependência – está estritamente relacionado com as necessidades básicas afectadas, assim pode ser compreendido pela pessoa que tem necessidade de ajuda na realização de necessidades específicas, tais como a realização das actividades vida diárias e neste estudo foram agrupados da seguinte forma: independente e dependente.

Rendimento mensal – é a soma dos rendimentos mensais exclusivos daquela pessoa.

Grau de satisfação do idoso – transmite a percepção e análise que o idoso faz da sua vida ao longo dos anos, bem como a qualidade e a forma como actualmente é vivência.

Prática de actividade física – é qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulte em gastos energético, ou seja qualquer esforço destinado a executar uma tarefa, o termo refere-se em especial aos exercícios executados com o fim de manter a saúde física, mental e espiritual.

Com o objectivo de melhor caracterizar os possíveis factores sócio-demográficos que influenciam a qualidade de vida do idoso Institucionalizado, consideram-se os indicadores que compõem o questionário previamente elaborado para este estudo:

- Indicadores relativos à caracterização do idoso

- Sexo (1)
- Naturalidade (2)
- Idade (1)
- Estado civil (4)
- Residência (5)

- Indicadores relativos à situação económica

- Habitação (6/7)
- Agregado familiar (8)
- Relações familiares (9)
- Escolaridade (10)
- Profissão (11/12)
- Fonte de rendimento (13)
- Rendimento mensal (14/15)
- Religião (16)

- Indicadores relativos recursos comunitários (17/18)

- Indicadores relacionados com grau de satisfação

- Qualidade de vida (19/20)
- Tempos livres (21/22/23/24/25/26)
- A instituição (27)

Para além desta escala, consideramos pertinente a utilização do índice de Katz, que avalia o nível de dependência do indivíduo e da escala de satisfação com a vida, que permite avaliar globalmente a qualidade de vida.

De forma a tornar observável e mensurável as componentes anteriormente descritas, foram elaboradas 36 afirmações em escala de Likert. As afirmações foram colocadas em sentido positivo e negativo sendo atribuído para o efeito o máximo de cinco pontos e o mínimo de um ponto. Com base na operacionalização

da componente física podemos identificar na escala as seguintes questões 2, 4, 5,11.

Para a operacionalização da componente mental podemos identificar na escala por nos seleccionados as seguintes questões 2, 3, 5, 7.

Na componente cognitiva identificamos na escala as seguintes questões 12.

Para que a operacionalização das variáveis seja possível, ou seja para tornarmos estas variáveis mensuráveis iremos recorrer à utilização de um questionário de avaliação da *Qualidade de Vida* relacionada com a saúde. No caso deste estudo iremos utilizar o questionário SF-36, elaborado por Ware e colaboradores (1992) a sua adaptação cultural e linguística, foi da responsabilidade do Prof. Dr. Pedro Lopes Ferreira.

Esta escala permite-nos avaliar oito dimensões do conceito de saúde:

- função física;
- desempenho físico;
- desempenho emocional;
- dor física;
- saúde mental;
- função social;
- vitalidade;
- saúde geral.

Em seguida, irão ser apresentadas as dimensões operacionais para cada um dos conceitos de saúde (Ferreira, 1998):

- Função física

Pretende medir diferentes graus de limitação, desde actividades básicas como o tomar banho ou vestir-se, passando por actividades intermédias como levantar ou transportar compras, subir escadas, andar uma determinada distância, até actividades que exigem mais esforços, como correr ou andar mais de um quilómetro;

- Desempenho físico e emocional

Pretende-se medir a limitação em saúde, considerando o tipo, a quantidade e o esforço relativo ao trabalho executado. Inclui a limitação e dificuldade nas

tarefas usualmente executadas e na necessidade de redução da quantidade de trabalho;

- Dor

Pretende representar a intensidade, o desconforto e a extensão da forma como interfere nas actividades quotidianas;

- Saúde em geral

Possibilita-nos medir o conceito de percepção holística de saúde, onde se inclui a saúde actual, a resistência à doença e a aparência saudável;

- Vitalidade

Apresenta os níveis de energia e de fadiga;

- Função social

Abrange diversos aspectos que pretendem captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais e o impacte dos problemas físicos e emocionais ao nível destas actividades;

- Saúde mental

A escala inclui as principais dimensões da saúde mental a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e bem-estar psicológico.

1.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A aplicação do questionário à amostra em estudo, decorreu entre os dias 4 a 30 de Maio de 2009, na totalidade das instituições de apoio e solidariedade social de Mação.

Após a apresentação pessoal e de se verificar que os utentes satisfaziam os critérios de inclusão, procedeu-se à explicação dos objectivos em estudo, solicitando-se a sua colaboração e explicando que todos os dados fornecidos seriam anónimos, desprovidos de qualquer análise pessoal.

Atendendo à realização dos 120 questionários, o preenchimento de cada um teve uma duração de 20 minutos em média.

Qualquer investigação tem em consideração as questões morais e éticas (Fortin, 2003). Desta forma, houve uma preocupação de, no desenvolvimento deste estudo, ter sempre presente o respeito pela pessoa, a garantia de anonimato e a protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Assim, cumpriram-se os seguintes procedimentos éticos:

- o pedido de autorização para a aplicação do questionário, ao Director do Centro de Saúde de Mação (Anexo III);
- o pedido de autorização para a aplicação do questionário da qualidade de vida, aos autores do mesmo, foi efectuado por contacto telefónico, com um dos autores que validou a escala para a população portuguesa, o qual autorizou a utilização de todos os instrumentos de avaliação publicados no livro de sua autoria: "Avaliação em Psicologia da Saúde"- instrumentos publicados em Português, (Ribeiro, 2007);
- o pedido de autorização aos directores dos lares existentes no concelho (Anexo II);
- foi garantida a manutenção do anonimato dos participantes ao longo de todo o estudo, tendo em conta todos os preceitos éticos.

1.7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DE DADOS

Após a recolha de dados, foi elaborada uma matriz de dados e posteriormente realizado o tratamento estatístico, através do programa informático Statistical Program for the Social Science (SPSS versão 17.0.0).

De acordo com o tipo de teste utilizado, as variáveis por nós consideradas e tamanho da amostra, os testes estatísticos utilizados foi a dois níveis:

- **Análise estatística descritiva** - que permite fazer uma descrição geral da amostra e a apresentação dos dados em quadros. Recorremos aos seguintes testes estatísticos:

- FREQUÊNCIAS:
 - absolutas (n)
 - relativas (%)
- MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL:
 - médias aritméticas (\bar{x})
 - modas (Mo)
 - mediana (Md)

- MEDIDAS DE DISPERSÃO OU VARIABILIDADE:
 - desvios padrão (DP)
- COEFICIENTES:
 - “alpha” de Cronbach

Os dados apresentados nos vários quadros, foram calculados a partir de valores absolutos, diferentes daqueles que obteríamos se trabalhássemos os dados de cada quadro.

- **Análise estatística inferencial:** que permite testar as hipóteses de investigação formuladas e predizer a possibilidade de generalização dos resultados para a população.

Com a finalidade de seleccionar os testes de hipóteses recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov para a escala de qualidade de vida (SF36), com o intuito de verificar se as escalas seguem uma distribuição normal para a amostra, podemos constatar que todas as dimensões do SF 36, apresentam uma distribuição normal (níveis de significância superiores a 0,05). Em seguida foi aplicado o Teste de Homogeneidade das Variâncias, que deu valor superior ao nível de significância, portanto não se rejeita H_0 , então não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que as variâncias são diferentes, é assumida a igualdade das variâncias, sendo o valor prova inferior a 0,001.

Mediante estes resultados, elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos paramétricos. Os testes eleitos foram: Correlação de Pearson, teste t de Student para diferença de médias com grupos independentes e o teste de análise de variância (Anova).

O nível de significância utilizado no nosso estudo foi de 0,05 ($p < 0,05$).

2 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Uma vez recolhidos os dados, a partir da aplicação do questionário à amostra seleccionada e após o seu tratamento estatístico, é possível, agora, proceder à sua organização e sistematização em quadros. O objectivo da apresentação dos dados em quadros é permitir uma leitura clara e objectiva dos mesmos, de forma a analisá-los e estabelecer relações entre a variável dependente e as variáveis independentes.

A amostra em estudo é de 120 idosos residentes em instituições de apoio social do concelho de Mação. A maior parte (25,8%) frequenta a Santa Casa da Misericórdia de Mação, seguindo-se 15,8% Santa Casa da Misericórdia de Cardigos e 14,2% do Centro de Dia de Nossa Senhora do Pranto – Penhascoso.

Quadro 5 – Distribuição dos idosos segundo a instituição de apoio social que frequentam

Instituição Apoio Social	n	%
Centro Social de São João Baptista Carvoeiro	14	11,6
Centro de Dia de Nossa Senhora do Pranto - Penhascoso	17	14,2
Santa Casa da Misericórdia de Mação	31	25,8
Casa de Idosos de São José das Matas - Envendos	11	9,1
Santa Casa da Misericórdia de Cardigos	19	15,8
Centro de Solidariedade Social de N ^a Senhora das Dores - Ortiga	9	7,5
Associação de Apoio e Acolhimento à Terceira Idade - Vales	10	8,3
Centro de Dia - Aboboreira	9	7,5
Total	727	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Quanto à distribuição dos idosos segundo o regime de permanência nas instituições (quadro 6), pode-se constatar que 50,8% eram utilizadores em regime de Centro de dia e 49,2% em lar.

Quadro 6 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização

Regime de Institucionalização	n	%
Lar	59	49,2
Centro de Dia	61	50,8
Total	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Quanto ao tempo de institucionalização dos idosos em estudo (Quadro 7), verifica-se que, para os que estão em lar, oscila entre um mínimo de 4 meses e um máximo de 17 anos, a média é de 3,38 anos e a moda e mediana de 3 anos. Quanto aos idosos em centro de dia, o tempo de institucionalização oscila entre um mínimo de 1 mês e um máximo de 11 anos, sendo a média calculada de 3,32 com um desvio-padrão de 3,07 a moda foi de 1 ano e a mediana de dois anos.

Quadro 7 – Estatística descritiva do tempo de institucionalização dos idosos segundo o regime de institucionalização

Tempo de Institucionalização	\bar{X}	DP	Md	Mo	Mín.	Max.
Lar	3,38	2,88	3	3	0,25	17
Centro de Dia	3,32	3,07	2	1	0,1	11

Fonte: Inquérito, 2009

\bar{x} - Média DP- Desvio padrão

Md- Mediana Mo- Moda

2.1- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Conforme se verifica no quadro 8, a distribuição dos idosos em relação ao sexo permite constatar que essa distribuição é heterogénea, sendo maioritariamente o feminino (61,7%). De referir que em relação ao sexo masculino, 42,4% encontram-se em regime de lar e apenas 34,4% em centro de dia.

Quadro 8 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o sexo

Sexo	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	25	42,4	21	34,4	46	38,3
Feminino	34	57,6	40	65,6	74	61,7
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

No que respeita à sua idade, observa-se que a maior parte dos idosos em estudo, se situa no grupo etário com idades igual ou superior a 86 anos (49,2% lar e 36,1% centro de dia), seguindo-se aqueles com idade compreendidas entre os 81 e 85 anos (22,5%), sendo 27,1% em lar e 18,0% centro de dia. De referir que apenas 4,2% dos idosos tinham idade igual ou inferior a 70 anos e encontravam-se todos em centro de dia. A média de idades nos idosos foi de 85,86 anos nos que se encontravam em lar e 80,98 naqueles de centro de dia. A idade dos idosos em regime de lar oscilou entre um mínimo de 73 e um máximo de 100 anos, quanto aqueles que frequentavam o centro de dia oscilou entre os 65 e 97 anos.

Quadro 9 – Estatística descritiva da idade dos idosos segundo o regime de institucionalização

Idade	\bar{X}	DP	Md	Mo	Mín.	Max.
Lar	85,86	6,52	85	85	73	100
Centro de Dia	80,98	7,21	82	82	65	97

Fonte: Inquérito, 2009

\bar{x} - Média

Md - Média

DP- Desvio padrão

Mo- Moda

Quadro 10 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o grupo etário

Grupo Etário	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
65 – 70 anos	-	0,0	5	8,2	5	4,2
71 - 75 anos	3	5,1	9	14,8	12	10,0
76 - 80 anos	11	18,6	14	23,0	25	20,8
81 - 85 anos	16	27,1	11	18,0	27	22,5
≥ 86 anos	29	49,2	22	36,1	51	42,5
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Quanto à distribuição dos idosos segundo o seu estado civil, pode-se constatar que a maioria são viúvos (66,7%), sendo a percentagem destes semelhante nos dois locais em estudo. De referir que a percentagem idosos solteiros é muito superior (16,4%) naqueles que estão em centro de dia do que em lar (8,5%). Apenas 3,3% dos idosos em estudo são divorciados, estando todos em regime de lar.

Quadro 11 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o estado civil

Estado Civil	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	5	8,5	10	16,4	15	12,5
Casado	12	20,3	9	14,8	21	17,5
Divorciado	4	6,8	-	0,0	4	3,3
Viúvo	38	64,4	42	68,9	80	66,7
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Pela leitura e análise do quadro 12, podemos verificar que a maior parte dos idosos reside na freguesia de Mação (25%), encontrando-se igual número em lar e centro de dia. Seguindo-se 23,3% de idosos residentes na freguesia de Cardigos.

Quadro 12 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a freguesia de residência

Freguesia Residência	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mação	15	25,4	15	24,6	30	25,0
Aboboreira	-	0,0	7	11,5	7	5,8
Amêndoa	-	0,0	4	6,6	4	3,3
Carvoeiro	6	10,2	7	11,5	13	10,0
Cardigos	17	28,8	11	18,0	28	23,3
Ortiga	7	11,9	2	3,3	9	7,5
Envendos	4	6,8	7	11,5	11	9,2
Penhascoso	10	16,9	8	13,1	18	15,0
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

2.2 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

Quanto à distribuição dos idosos que frequentam o centro de dia segundo o local de residência (Quadro 13), constata-se que a grande maioria (83,6%) reside em habitação própria, e que somente 9,8% reside em casa dos filhos. De salientar que apenas 4,9% residem com outros familiares.

Quadro 13 - Distribuição dos idosos em centro de dia segundo o local onde residem

Onde Vive	n	%
Casa Própria	51	83,6
Casa Arrendada	1	1,6
Casa de Filhos	6	9,8
Casa de Outros Familiares	3	4,9
Total	61	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

No que se refere as pessoas com quem os idosos em centro de dia residem (Quadro 14), a maioria (59%) vive sozinho, seguindo-se 19,7% que residem com os filhos e 13,1% com o cônjuge.

Quadro 14 - Distribuição dos idosos em centro de dia segundo com quem residem

Com Quem Vive	n	%
Sozinha	36	59,0
Cônjuge	8	13,1
Filhos	12	19,7
Outros Familiares	4	6,6
Outra	1	1,6
Total	61	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Os idosos residentes em lar de idosos quando questionados se tivessem de escolher onde viver, o que faziam, a grande maioria (88,1%) referiu que gostaria de viver na sua casa, apenas 10,2% referiram gostar de estar no lar e como tal não saiam de lá e apenas um referiu gostar de viver em casa dos filhos.

É de salientar que 88,1% da amostra em regime de lar manifestou, vontade de viver na sua casa.

Quadro 15 - Distribuição dos idosos em lar segundo se pudessem escolher onde residir, o que fariam

Se pode-se escolher onde viver	n	%
Sua Casa	52	88,1
Gosta Lar	6	10,2
Casa Filhos	1	1,7
Total	59	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

No que concerne as visitas dos filhos aos idosos em estudo (Quadro 16), constatou-se que a maior parte (26,7%) dos idosos referiram que estas só ocorrem uma vez por mês, sendo essa percentagem de 28,8% nos idosos em lar e de 24,6% naqueles que estão em centro de dia. 18,3% dos idosos refere visitas dos filhos com uma periodicidade quinzenal (25,4% lar e 11,5% do centro de dia). De referir que apenas 1,7% dos idosos em lar refere visitas diárias dos filhos enquanto essa percentagem é de 16,45 nos que se encontram a frequentar centro de dia. E 20% do total da amostra no tem filhos.

Quadro 16 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o relacionamento com os filhos

Relacionamento Filhos	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Diariamente	1	1,7	10	16,4	11	9,2
Dias Alternados	1	1,7	4	6,6	5	4,2
Dois Dias Por Semana	2	3,4	-	0,0	2	1,7
Semanalmente	6	10,2	4	6,6	10	8,3
Quinzenalmente	15	25,4	7	11,5	22	18,3
Mensalmente	17	28,8	15	24,6	32	26,7
Outro Período	7	11,9	7	11,5	14	11,7
Não tem filhos	10	16,9	14	23,0	24	20,0
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Quanto as habilitações literárias dos idosos em estudo (Quadro 17), constatou-se que a maior parte são analfabetos (40,8%). Em segundo lugar, surgem aqueles que apenas sabem assinar o nome, 22,0% dos que estão em lar e 29,5% centro de dia. De referir que apenas 2,4% dos idosos possuem formação igual ou superior ao 9º ano de escolaridade e apenas um (0,8%) possui um curso superior.

Quadro 17 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e as habilitações literárias

Habilitações Literárias	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	23	39,0	26	42,6	49	40,8
Sabe Assinar/Escrever	13	22,0	18	29,5	31	25,8
Sabe ler e escrever sem diploma	8	13,6	11	18,0	19	15,8
4ª Classe (1º Ciclo do Ensino Básico)	12	20,3	6	9,8	18	15,0
9º Ano (3º Ciclo do Ensino Básico)	1	1,7	-	0,0	1	0,8
Curso Médio	1	1,7	-	0,0	1	0,8
Curso Superior	1	1,7	-	0,0	1	0,8
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

A análise do quadro 18, referente a profissão dos idosos em estudo (actual/última), permite constatar que são/foram maioritariamente agricultores (67,5%) independentemente do tipo de institucionalização. Seguindo-se aquelas que foram domésticas (9,2%) e costureiras (5,8%). Apenas um idoso teve uma profissão do grupo das profissões Intelectuais e científicas (professor).

Quadro 18 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a profissão

Profissão (Actual/última)	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agricultor	40	67,8	41	67,9	81	67,5
Empregado Fabril	3	5,1	6	9,8	9	7,5
Pedreiro	3	5,1	3	4,9	6	5,0
Doméstica	8	13,6	3	4,9	11	9,2
Professor	1	1,7	-	0,0	1	0,8
Sapateiro	2	3,4	-	0,0	2	1,7
Comerciante	1	1,7	2	3,3	3	2,5
Costureira	1	1,7	6	9,8	7	5,8
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Os idosos em estudo quando questionados sobre se foram imigrantes (Quadro 19), a grande maioria (95,0%) respondeu negativamente, dos que responderam afirmativamente, são 6,6% dos idosos que estão em centro de dia e apenas 3,4% daqueles que estão em lar.

Quadro 19 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se foram emigrantes

Foi Emigrante	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	2	3,4	4	6,6	6	5,0
Não	57	96,6	57	93,4	114	95,0
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

A maioria dos idosos em estudo (73,3%), independentemente do regime de institucionalização a origem do seu rendimento mensal é proveniente de pensões de reforma ou aposentação.

Quadro 20 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a origem do rendimento mensal

Origem Rendimento Mensal	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pensões de Reforma ou Aposentação	47	79,5	41	67,2	88	73,3
Pensão de Invalidez	10	16,9	20	32,8	30	25,0
Pensão de Sobrevivência	4	6,8	-	0,0	4	3,3
Sem Rendimento	1	1,7	-	0,0	1	0,8
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Em relação ao valor mensal da pensão/reforma, constatámos que a maior parte (46,7%) dos idosos tem um rendimento mensal inferior a 250€. De referir que 15,3% dos idosos em regime de lar tem um rendimento mensal entre os 376 e 500€, sendo apenas 8,2% dos idosos em centro de dia com esses rendimentos. É ainda de salientar que 86,7 % do total da amostra viver com um rendimento mensal abaixo dos 375€.

Quadro 21 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o valor da pensão

Valor da Pensão	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 250€	25	42,2	31	50,8	56	46,7
250 - 375€	23	39,0	25	41,0	48	40,0
376 - 500€	9	15,3	5	8,2	14	11,7
>500€	2	3,4	-	0,0	2	1,7
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Apenas dois idosos (1,7%) referiram outro tipo de rendimento (rendas), encontrando-se ambos em regime de lar, e 98,3 % do total da amostra vive apenas com o montante da pensão de reforma.

Quadro 22 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se tem outra fonte de rendimento

Outra Fonte de Rendimento	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	2	3,4	-	0,0	2	1,7
Não	57	96,6	61	100,0	118	98,3
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Os idosos em estudo quando questionados se professam alguma religião, a grande maioria (98,3%) são católicos, sendo que apenas dois idosos que se encontram em lar referiram não ter qualquer religião.

Quadro 23 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se professam alguma religião

Religião	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Católica	57	96,6	61	100,0	118	98,3
Nenhuma	2	3,4	-	00,0	2	1,7
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

2.3 – CARACTERIZAÇÃO RECURSOS COMUNITÁRIOS

No que respeita à distribuição dos idosos em estudo em função da regularidade com que necessitam de cuidados de terceiros (pessoas/instituições), verificámos que a maioria dos idosos (56,7%) referiu a família, sendo essa percentagem de 62,3% dos idosos em centro de dia e 50,6% naqueles que estão em regime de lar. De referir que 44,1% dos idosos em lar apenas refere a ajuda dos serviços da instituição (misericórdias) e 29,5% dos idosos em centro de dia também só contam com o apoio da instituição que frequentam.

Quadro 24 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se necessitam com regularidade de cuidados de que pessoas/instituições

Necessita com regularidade de cuidados de que pessoas/instituições	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Família	30	50,6	38	62,3	68	56,7
Vizinho	-	0,0	4	6,6	4	3,3
Voluntário	3	5,8	1	1,6	4	3,3
Misericórdias	26	44,1	-	0,0	26	21,7
Centros de dia	-	0,0	18	29,5	18	15,0
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Em relação ao tipo de serviços mais utilizados por parte dos idosos, constatámos que a maior parte referiu cuidados médicos e enfermagem (59,3% do lar e 37,7% centro de dia). Em relação ao apoio em serviços domésticos e alimentação, é referido por 37,7% dos idosos em centro de dia e apenas 22% dos idosos em lar referiram este tipo de apoio.

Quadro 25 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o tipo de serviços mais utilizados

Tipo de Serviços Mais Utilizados	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cuidados Médicos e Enfermagem	35	59,3	23	37,7	58	48,3
Cuidados Enfermagem	11	18,6	15	24,6	26	21,7
Alimentação e Serviços Domésticos	13	22,0	23	37,7	36	30,0
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

2.4 – CARACTERIZAÇÃO SATISFAÇÃO

Quando questionados os idosos em estudo quanto a forma como classificam a sua qualidade de vida, a maioria dos idosos (58,3%) classificou-a como satisfatória, sendo essa percentagem de 70,5% dos de centro de dia e 45,8% daqueles que estão em lar. De referir que 33,9% dos idosos em regime de lar classificam a sua qualidade de vida como boa, contudo apenas 16,4% dos idosos em centro de dia tem essa percepção. De salientar que apenas 1,7% dos idosos classifica a sua qualidade de vida como muito boa, estando estes em regime de lar. É ainda de salientar que, apenas 26,7% do total da amostra considera ter uma qualidade de vida boa/muito boa.

Quadro 26 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e como classificam a sua qualidade de vida

Auto-Classificação da Qualidade de Vida	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muito Boa	2	3,4	-	0,0	2	1,7
Boa	20	33,9	10	16,4	30	25,0
Satisfatória	27	45,8	43	70,5	70	58,3
Má	10	16,9	8	13,1	18	15,0
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Quando solicitado aos idosos em estudo, para em poucas palavras dissessem o que é ter “uma vida boa”, a maioria (72,4%) referiu “ter saúde e sem sofrimento”, sendo que 85,2% dos idosos em centro de dia partilham desta opinião, sendo 62,7% daqueles que estão em lar que partilham da mesma opinião. De salientar que para 6,8% dos idosos em lar referiram “ser bem tratado, com amor e carinho”, sendo que nenhum idoso em centro de dia fez esta referência. Para 11,2% dos idosos em lar, ter qualidade de vida era poderem permanecer em sua casa. 3,3% dos idosos apontaram outros indicadores (ter dinheiro para viver bem, poder trabalhar, sem preocupações).

Quadro 27 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e na sua opinião o que é ter uma “vida boa”

O que é ter uma boa Vida	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ter Saúde (sem sofrimento)	37	62,7	52	85,2	89	72,4
Companhia (sem solidão)	4	6,8	3	4,9	7	5,8
Ser autónomo	5	8,5	3	4,9	8	6,7
Paz e carinho (ser bem tratado)	4	6,8	-	0,0	4	3,3
Estar em casa	7	11,9	1	1,6	8	6,7
Outro	2	3,4	2	3,3	4	3,3
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Através a análise do quadro 28, podemos constatar que ver televisão é a forma mais frequente que os idosos tem de ocupar os seus tempos livres (37,5%), sendo que esta actividade é mais frequente naqueles que estão em centro de dia (44,3%) em relação ao que estão em lar de idosos (30,5%). De salientar que 39,2% da totalidade da amostra referiram outras actividades, sendo a mais frequentemente apontada ficar sentado na sala de estar.

Quadro 28 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a ocupação de tempos livres

Ocupação dos Tempos Livres	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ver Televisão	18	30,5	27	44,3	45	37,5
Leitura	4	6,8	1	1,6	5	4,2
Andar a pé	4	6,8	8	13,1	12	10,0
Fazer Renda	4	6,8	3	4,9	7	5,8
Fazer Bordados	-	0,0	2	3,3	2	1,7
Jogar Cartas	1	1,7	1	1,6	2	1,7
Outros	28	47,5	19	31,1	47	39,2
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Através a análise do quadro 29, podemos constatar que a grande maioria dos idosos (69,2%) não costuma realizar viagens para destinos turísticos (79,7% do lar e 59,0% no centro de dia). Apenas 30,8% do total da amostra refere viajar.

Quadro 29 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se viajam para destinos turísticos

Viagens para destinos turísticos	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	12	20,3	25	41,0	37	30,8
Não	47	79,7	36	59,0	83	69,2
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Dos 37 idosos que referiram realizar viagens para destinos turísticos, a grande maioria (91,9%) faz viagens para destinos nacionais. Os 8,1% destinos da Europa referiam-se a França na visita a familiares.

Quadro 30 - Distribuição dos idosos que viajam para destinos turísticos segundo o regime de institucionalização e quais os destinos turísticos das viagens

Destinos Turísticos	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nacionais	10	83,3	24	96,0	34	91,9
Europa	2	16,7	1	4,0	3	8,1
Total	12	100,0	25	100,0	37	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Os idosos que referiram viajar para destinos turísticos, quando questionados acerca da frequência com que viajam (Quadro 31), a grande maioria (86,5%) referiu que isso acontece apenas “algumas vezes”. De salientar que apenas 8,1% dos idosos costuma realizar viagens “turísticas” de forma frequente, sendo todos institucionalizados em centro de dia.

Quadro 31 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a frequência das viagens

Frequência com que viaja	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Raramente	1	8,3	1	4,0	2	5,4
Algumas Vezes	11	91,7	21	84,0	32	86,5
Frequentemente	-	0,0	3	12,0	3	8,1
Total	12	100,0	25	100,0	37	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

A grande maioria dos idosos (86,5%) referiu que as viagens são organizadas pela instituição onde se encontram, dos idosos em regime de lar só viajaram em viagens organizadas pela instituição. De salientar que 20,0% dos idosos em centro de dia realizou viagens turísticas organizadas pela família.

Quadro 32 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e quem organiza as viagens

Quem organiza as viagens	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Instituição	12	100,0	20	80,0	32	86,5
Família	-	0,0	5	20,0	5	13,5
Total	12	100,0	25	100,0	37	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Em relação a existência de animador cultural, constatámos que a grande maioria (92,5%) dos idosos negaram a sua existência nas instituições onde estão. De salientar que a totalidade dos idosos em lar referiu a não existência de animador cultural. Apenas 7,5% do total da amostra, referiu a existência de animador cultural na instituição que frequenta.

Quadro 33 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a existência de animador cultural na instituição

Existe Animador Cultural	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	-	0,0	9	14,8	9	7,5
Não	59	100,0	52	85,2	111	92,5
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

A prática de actividade física por parte dos idosos nas instituições apenas é uma realidade para 29,2%. Contudo esta prática é mais frequente nos idosos em lar (32,2%) do que naqueles de centro de dia (26,2%).

Quadro 34 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se praticam actividade física

Prática de Actividade Física	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	19	32,2	16	26,2	35	29,2
Não	40	67,8	45	73,8	85	70,8
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Dos 35 idosos (29,2%) que referiram a prática de actividade física na instituição onde se encontram, quando questionados acerca do tipo de actividade física que realizam (Quadro 35), a grande maioria (85,7%) referiu a ginástica, sendo mais frequente nos idosos em lar (89,5%) do que naqueles em centro de dia (81,2%), por outro lado, a actividade de andar a pé é mais frequente nos idosos em centro de dia (18,8%) do que naqueles que estão em lar (10,5%). Só apenas 35 idosos, dos 120 inqueridos têm hábito da prática de actividade física.

Quadro 35 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o tipo de actividade física que praticam

Tipo de Actividade Física	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ginástica	17	89,5	13	81,2	30	85,7
Andar a Pé	2	10,5	3	18,8	5	14,3
Total	19	100,0	16	100,0	35	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Os idosos em estudo quando questionados se frequentam termas, a grande maioria (93,3%) responderam negativamente. Dos que responderam afirmativamente, são 8,2% daqueles que estão em centro de dia e apenas 5,1% daqueles que estão em lar de idosos.

Quadro 36 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e se frequentam termas

Frequenta Termas	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	3	5,1	5	8,2	8	6,7
Não	56	94,9	56	91,8	112	93,3
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

A leitura e análise do quadro 37, permite constatar que para a maioria dos idosos que estão em centro de dia o motivo da institucionalização foi a solidão (52,5%), já para os que estão em lar foi por motivos de “doença” (47,5%). Mas cerca de 84,2% da totalidade da amostra referiu com principais motivos de institucionalização a doença e a solidão.

Quadro 37 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o motivo da institucionalização

Motivo de Institucionalização	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Doença	28	47,5	20	32,8	48	40,0
Morte de Familiar	7	11,9	4	6,6	11	9,2
Solidão	21	35,6	32	52,5	53	44,2
Gosto Pessoal	2	3,4	2	3,3	4	3,3
Outro	1	1,7	3	4,9	4	3,3
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Em relação a percepção dos idosos acerca da evolução da sua qualidade de vida após a institucionalização, para a maioria (58,3%) dos idosos esta manteve-se (67,8% do lar e 49,2% do centro de dia). De salientar que 45,9% dos utentes em centro de dia referiu que a sua qualidade de vida melhorou após a institucionalização, sendo apenas 30,5% dos que estão em lar que tem a mesma percepção.

Quadro 38 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a evolução da sua qualidade de vida após a institucionalização

Evolução da Qualidade de Vida após institucionalização	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Melhorou	18	30,5	28	45,9	46	38,3
Manteve-se	40	67,8	30	49,2	70	58,3
Piorou	1	1,7	3	4,9	4	3,3
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

Relativamente a opinião acerca da instituição onde estão (Quadro 39), a grande maioria (80,8%) refere gostar (78% lar e 83,6% centro de dia). Contudo 7,5% refere não gostar, sendo que 8,5% dos idosos em lar partilham desta opinião e 6,6% dos que frequentam o centro de dia.

Quadro 39 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e a opinião sobre a instituição onde estão

Opinião sobre a instituição	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Gosta	46	78,0	51	83,6	97	80,8
Não Gosta Nem Desgosta	8	13,6	6	9,8	14	11,7
Não Gosta	5	8,5	4	6,6	9	7,5
Total	59	100,0	61	100,0	120	100,0

Fonte: Inquérito, 2009

A análise do quadro 40, referente ao nível de dependência dos idosos em estudo (avaliado pelo índice de Katz) permite constatar que entre os idosos em estudo 17,5% não apresentam perda de funções, sendo 26,2% dos que estão em centro de dia e apenas 8,5% dos que estão em regime de lar. 23,3% têm perda de uma função (18,6% de lar e 27,9% centro de dia) e 29,2% são totalmente dependentes de uma terceira pessoa em duas funções, nas quais estão incluídas o banho (27,1% de lar e 31,1% centro de dia). De salientar que 10,0% dos idosos em estudo são dependentes em mais de quatro funções, sendo que são 13,6% dos idosos em regime de lar e apenas 6,6% dos que estão em centro de dia.

Quadro 40 - Distribuição dos idosos segundo o regime de institucionalização e o grau de dependência

Nível de Dependência	Lar		Centro de Dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nível A (independente nas 6 funções)	5	8,5	16	26,2	21	17,5
Nível B (independente em todas excepto uma das 6 funções)	11	18,6	17	27,9	28	23,3
Nível C (dependente no banho e em outra função)	16	27,1	19	31,1	35	29,2
Nível D (dependente no banho, vestir e em outra função)	7	11,9	2	3,3	9	7,5
Nível E (dependente no banho, vestir, higiene e em outra função)	1	1,7	-	0,0	1	0,8
Nível F (dependente no banho, vestir, higiene, transferência e em outra função)	8	13,6	4	6,6	12	10,0
Nível G (dependente em todas as 6 funções)	-	0,0	-	0,0	-	0,0

Fonte: Inquérito, 2009

O Quadro 41 permite-nos observar a percepção dos idosos em estudo, face a sua satisfação geral com a vida. Os resultados permitem constatar que ambos os grupos em estudo têm uma percepção positiva na sua satisfação com a vida. Sendo que o valor médio observado nos dois grupos em estudo é muito similar (14,60/14,61). De referir que os idosos em centro de dia a mediana foi de 15 enquanto nos de lar foi de 14. De referir que os valores oscilaram para os idosos em centro de dia, entre um mínimo de 5 e um máximo de 23 e para os de lar entre 7 e 22; para um máximo possível de 25. Mediante estes resultados, podemos concluir que os idosos em centro de dia perceberam uma satisfação com a vida superior aos que estão em lar.

Quadro 41 – Estatísticas descritivas dos resultados da satisfação geral com a vida percebida pelos idosos

SATISFAÇÃO GERAL COM A VIDA	\bar{X}	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Lar	14,60	3,32	14	7	22
Centro de dia	14,61	4,40	15	5	23

Fonte: Inquérito, 2009

DP- Desvio padrão

\bar{X} - Média

Quanto a qualidade de vida percebida pelos idosos em estudo, o Quadro 42, permite-nos observar os valores médios obtidos para a qualidade de vida no global, bem como para cada dimensão. Assim os idosos em estudo têm uma percepção negativa da sua qualidade de vida, uma vez que, o valor médio obtido foi de 43,29 (para a qualidade de vida no global) com um desvio padrão de 10,12. Independentemente, do tipo de institucionalização dos idosos, sendo que aqueles que estão em centro de dia percebem uma melhor qualidade de vida (44,66) do que os que estão em lar (41,88). De referir, que os idosos só percebem uma qualidade de vida positiva (valores superiores a 50) nas dimensões: “dor corporal”, “vitalidade”, “desempenho emocional” e “saúde mental”.

A dimensão “desempenho emocional” é aquela que apresenta valores médios mais elevados (90,55, DP=24,52). Com um valor médio positivo seguem-se as dimensões “vitalidade” (67,62, DP=16,94), “dor corporal” (55,52, DP=24,01) e “saúde mental” (50,80, DP=15,44). De referir que o valor médio mais baixo (21,66, DP=15,52) verifica-se na escala “desempenho físico. De salientar que os idosos em centro de dia obtiveram valores médios mais elevados nas dimensões: “função física”, “saúde em geral” e “função social”; por outro lado os idosos em lar obtiveram valores médios mais elevados nas dimensões: “desempenho físico”, “dor corporal”, “vitalidade”, “desempenho emocional” e “saúde mental”

Quadro 42 – Estatística descritiva dos resultados da variável dependente (qualidade de vida) segundo o tipo de institucionalização dos idosos

Qualidade de Vida	Lar		Centro de Dia		Total	
	\bar{X}	DP	\bar{X}	DP	\bar{X}	DP
SF 36 (Global)	41,88	10,21	44,66	9,94	43,29	10,12
Função física	15,25	21,34	32,29	21,40	23,91	22,93
Desempenho físico	23,73	16,36	19,67	14,51	21,66	15,52
Dor Corporal	55,69	25,41	55,37	22,78	55,52	24,01
Saúde em geral	34,00	14,85	34,59	13,47	34,30	14,11
Vitalidade	70,85	16,79	64,51	16,63	67,62	16,94
Função social	37,92	20,09	50,41	17,67	44,27	19,84
Desempenho emocional	92,65	21,50	88,52	27,14	90,55	24,52
Saúde mental	50,98	16,98	50,62	13,93	50,80	15,44

Fonte: Inquérito, 2009

\bar{X} - Média
DP- Desvio padrão

2.5 – TESTES DE HIPÓTESES

De forma a testar a relação entre as variáveis procedeu-se ao teste de cada uma das variáveis, procedimento apresentado por meio de quadros antecidos da respectiva análise. Foi considerado um nível de significância de 0,05, com intervalo de confiança de 95,0%.

HIPÓTESE 1: Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e a idade

Ao relacionarmos a forma como os idosos institucionalizados perceberam a sua qualidade de vida, com a sua idade (correlação de Pearson), em termos globais, observa-se uma tendência para a idade se correlacionar negativamente com a percepção da qualidade de vida, contudo essa diferença não é estatisticamente significativa ($r = -0,163$; $p=0,076$).

Quando fazemos a análise por dimensões: verificamos que a correlação é negativa e estatisticamente significativa nas dimensões “função física” ($r = -0,236$; $p=0,049$); “função social”, já na dimensão “desempenho emocional” a correlação é positiva e estatisticamente significativa ($r=0,265$; $p=0,003$). Estes resultados permitem-nos afirmar que os idosos mais velhos tendem a evidenciar uma menor qualidade no que se refere a função física e função social, por outro lado, tendem a evidenciar uma maior qualidade de vida no seu desempenho emocional. O que nos leva a aceitar parcialmente a primeira hipótese de investigação: consoante aumenta a idade dos idosos institucionalizados diminui a sua qualidade de vida, nomeadamente: a saúde limita as actividades físicas do idoso, tais como cuidados pessoais, andar, subir escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, levantar pesos e exercícios moderados e violentos (função física), quantidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais (função social), por outro lado aumenta o seu desempenho emocional.

Quadro 43 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e a idade dos idosos.

QUALIDADE DE VIDA (SF36)	r	p
Função física	- 0,350	0,000*
Desempenho físico	-0,030	0,749
Dor Corporal	-0,161	0,079
Saúde em geral	0,002	0,979
Vitalidade	0,103	0,264
Função social	-0,229	0,012
Desempenho emocional	0,265	0,003
Saúde mental	-0,025	0,785
SF 36 (Geral)	-0,163	0,076

Fonte: Inquérito, 2009

*p<0,0001

HIPÓTESE 2: Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o sexo

No estudo conjunto da informação referente a qualidade de vida e o sexo dos idosos em estudo (Quadro 44), podemos verificar que; os idosos do sexo masculino obtiveram médias mais elevadas para todas as dimensões da qualidade de vida a exceção da dimensão "função física" e "função social" que os seus pares do sexo feminino. Contudo devemos salientar uma grande homogeneidade nos valores médios obtidos para ambos os generos. Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste t de student para amostras independentes. Como os valores de "p" são sempre superiores ao nível significância fixado ($\alpha=0,05$), considerando desta forma que não existe diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo, o que nos permite concluir que

não se confirma estatisticamente a segunda hipótese de investigação que afirma o sexo influencia a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Quadro 44 - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, ao sexo e a qualidade de vida dos idosos

Qualidade de vida	Sexo		Feminino (n=74)		t	p
	Masculino (n=46)		\bar{x}	DP		
Função física	20,21	23,80	26,21	22,23	-1,398	0,165
Desempenho físico	23,91	17,44	20,27	14,14	-1,253	0,213
Dor Corporal	56,69	26,97	54,80	22,13	0,417	0,677
Saúde em geral	34,37	14,41	34,26	14,02	0,042	0,966
Vitalidade	68,91	15,91	66,82	17,61	0,655	0,514
Função social	41,58	20,42	45,95	19,42	-1,175	0,242
Desempenho emocional	94,93	19,84	87,84	26,79	1,549	0,124
Saúde mental	52,52	17,36	49,73	14,14	0,963	0,338
SF 36 (Global)	43,54	11,06	43,14	9,57	0,206	0,837

Fonte: Inquérito, 2009

HIPÓTESE 3: Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o estado civil

Cruzando a informação referente ao estado civil dos idosos e a sua percepção da qualidade de vida (Quadro 45), verificamos que os idosos que são solteiros/divorciados são aqueles que apresentam valores médios mais elevados para a qualidade de vida no global, bem como para a maioria das suas dimensões. Podemos ainda constatar que os idosos que são casados são aqueles que tem os valores médios mais baixos para a qualidade de vida no global bem como para a maioria das dimensões.

Para testar se essas diferenças são estatisticamente significativa, utilizámos o teste de análise de variância Anova, determinámos um valor de “p” inferior ao nível de significância fixado ($\alpha = 0,05$) para qualidade de vida no Global ($p=0,016$) e nas dimensões “dor corporal” ($p=0,046$), “vitalidade” ($p=0,009$) e “função social” ($p=0,031$). O teste Post-Hoc de Bonferroni identifica as diferenças entre os grupos solteiro/divorciado e casado. Logo somos levados a aceitar a hipótese que afirma que há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o estado civil, nomeadamente no que se refere a intensidade e o desconforto provocados pela dor, e a forma e extensão em que esta interfere nas actividades normais (dor corporal), os níveis de energia e fadiga (vitalidade) e no que se refere as quantidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais (função social).

Quadro 45- Resultado da aplicação do teste de análise de variância (Anova), relativamente a qualidade de vida e ao estado civil dos idosos

Estado Civil	Solteiro/Div. (n=19)		Casado (n=21)		Viúvo (n=80)		F	p
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP		
Qualidade de vida								
Função física	30,26	23,00	15,95	19,72	24,50	23,38	2,055	0,133
Desempenho físico	19,74	10,47	21,43	8,96	22,19	17,79	0,192	0,826
Dor Corporal	67,95	29,34	51,96	22,06	53,51	22,45	3,170	0,046
Saúde em geral	67,95	29,34	32,81	9,53	33,67	14,53	1,096	0,338
Vitalidade	75,26	11,48	61,66	16,53	67,37	17,59	3,368	0,038
Função social	40,13	17,96	35,71	15,45	47,50	20,61	3,574	0,031
Desempenho emocional	84,21	30,16	92,06	20,82	91,67	24,01	0,755	0,472
Saúde mental	54,31	15,79	44,95	16,29	43,44	10,08	2,120	0,125
SF 36 (Global)	47,81	11,01	38,67	7,58	43,44	10,08	4,313	0,016

Fonte: Inquérito, 2009

HIPÓTESE 4: Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o seu nível de dependência para realizar as actividades de vida diárias

Ao relacionarmos o nível de dependência para realizar as actividades vida diárias dos idosos em estudo com a qualidade de vida (correlação de Pearson), concluímos que, existe correlação negativa e altamente significativa ($r = -0,361; p=0,000$) entre a qualidade de vida no seu global e o nível de dependência dos idosos, o que nos permite afirmar que a medida que aumenta o nível de dependência do idoso estes tendem a evidenciar uma pior qualidade de vida. Esta tendência verifica-se na maioria das dimensões (excepção de “desempenho emocional” e “saúde mental”, embora essa diferença seja estatisticamente significativa nas dimensões “função física” ($r=-0,623; p=0,000$), “dor corporal” ($r=-0,262; p=0,004$), “saúde em geral” ($r=-0,182; p=0,047$), “vitalidade” ($r=-0,265; p=0,003$) e “função social” ($r=-0,543; p=0,000$). Sendo legítimo afirmar que o nível de dependência para realizar as actividades vida diárias do idoso influencia a sua qualidade de vida.

Quadro 46 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e o nível de dependência para realizar as actividades vida diárias do idoso

QUALIDADE DE VIDA (SF36)	r	p
Função física	- 0,623	0,000*
Desempenho físico	-0,044	0,635
Dor Corporal	-0,262	0,004
Saúde em geral	-0,182	0,047
Vitalidade	-0,265	0,003
Função social	-0,543	0,000*
Desempenho emocional	0,122	0,186
Saúde mental	0,045	0,623
SF 36 (Global)	-0,361	0,000*

Fonte: Inquérito, 2009

* $p < 0,0001$

HIPÓTESE 5: Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o seu rendimento mensal

Comparando a percepção quanto à qualidade de vida dos idosos relacionadas com o seu rendimento mensal (valor reforma), os valores médios observados para cada um dos grupos em estudo, permitem concluir que este valor no que se refere a qualidade de vida no global é mais elevado nos idosos com um valor de reforma mensal que oscila entre os 250 e 375€. Contudo devemos salientar uma grande homogeneidade nos valores médios obtidos nos grupos em estudo. Logo, a aplicação do teste estatístico (Anova) não evidencia uma associação significativa ($p > 0,05$) entre os grupos. Deste modo, não se confirma a quinta hipótese de investigação: há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o rendimento mensal

Quadro 47 - Resultado da aplicação do teste de análise de variância (Anova), relativamente a qualidade de vida e ao rendimento mensal dos idosos

Rendimento Mensal	<250€ (n=56)		250-375€ (n=48)		≥376€ (n=16)		F	p
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP		
Qualidade de vida								
Função física	20,27	21,94	28,50	23,34	22,81	24,15	1,724	0,183
Desempenho físico	20,09	13,83	21,87	16,81	26,56	17,00	1,091	0,339
Dor Corporal	54,98	23,51	57,22	25,16	52,36	23,28	0,270	0,764
Saúde em geral	34,18	13,32	33,04	13,19	38,50	18,97	0,900	0,409
Vitalidade	67,50	17,81	69,17	16,45	63,44	15,46	0,686	0,506
Função social	39,95	18,06	47,39	21,10	50,00	19,89	2,659	0,074
Desempenho emocional	92,26	21,07	92,36	22,00	79,17	38,25	2,027	0,136
Saúde mental	52,07	14,46	49,00	15,99	51,75	17,49	0,542	0,583
SF 36 (Global)	42,44	8,817	44,14	10,63	43,73	13,02	0,378	0,686

Fonte: Inquérito, 2009

HIPÓTESE 6: Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o seu grau de satisfação com a vida

Ao relacionarmos a forma como os idosos institucionalizados perceberam a sua qualidade de vida, com o seu grau de satisfação com a vida (correlação de Pearson), observa-se uma tendência para o grau de satisfação com a vida se correlacionar positivamente com a qualidade de vida percebido pelos idosos, exceção na dimensão “vitalidade”.

Contudo, verificamos que a correlação é estatisticamente significativa para a qualidade de vida no global ($r = 0,226$; $p=0,013$), e nas dimensões “saúde em geral” ($r = 0,229$; $p=0,012$), “função social” ($r = 0,188$; $p=0,040$), “desempenho emocional” ($r = 0,213$; $p=0,020$) e “saúde mental” ($r = 0,182$; $p=0,047$). O que permite afirmar que consoante maior é o grau de satisfação com a vida dos idosos estes tendem a evidenciar melhor qualidade de vida. O que nos leva a aceitar a sexta hipótese: Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o seu grau de satisfação com a vida.

Quadro 48 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre a qualidade de vida e o grau de satisfação com a vida do idoso

QUALIDADE DE VIDA (SF36)	r	p
Função física	0,055	0,552
Desempenho físico	0,134	0,144
Dor Corporal	0,164	0,073
Saúde em geral	0,229	0,012
Vitalidade	-0,092	0,316
Função social	0,188	0,040
Desempenho emocional	0,213	0,020
Saúde mental	0,182	0,047
SF 36 (Global)	0,226	0,013

Fonte: Inquérito, 2009

HIPÓTESE 7: Há relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e a prática de actividade física

Cruzando a informação referente se os idosos em estudo praticam de forma regular actividade física e a sua relação com a qualidade de vida, constatámos que os idosos que praticam actividade física de forma regular apresentam no global valores médios mais elevados que os que não tem essa actividade física. Também o mesmo se verifica nas respectivas dimensões da qualidade de vida.

A fim de verificarmos se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizámos o teste t de student para amostras independentes, que não identificou existência de diferença estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos, para a qualidade de vida no global, bem como para todas as suas dimensões, o que nos permite refutar a sétima hipótese de investigação.

Quadro 49 - Resultado da aplicação do teste t de student para amostras independentes, a prática de actividade física por parte dos idosos e a sua qualidade de vida

Prática Actividade Física	Sim (n=35)		Não (n=85)		t	p
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP		
Função física	29,00	25,46	21,82	21,63	1,567	0,120
Desempenho físico	22,86	14,053	21,18	16,14	0,538	0,592
Dor Corporal	58,54	22,51	54,29	24,62	0,881	0,380
Saúde em geral	36,34	13,60	33,46	14,31	1,018	0,311
Vitalidade	68,86	15,95	67,12	17,40	0,510	0,611
Função social	48,93	19,023	42,35	19,96	1,662	0,099
Desempenho emocional	91,43	18,69	90,20	26,64	0,249	0,804
Saúde mental	51,66	13,87	50,45	16,11	0,389	0,698
SF 36 (Global)	45,52	9,09	42,38	10,44	1,557	0,123

Fonte: Inquérito, 2009

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Decorrente da apresentação dos dados do estudo, surge agora a necessidade de fazer a sua análise e discussão, para, desse modo, retirar as conclusões possíveis, tendo em conta o quadro teórico em que este se insere, estudos ou trabalhos que de algum modo se relacionam com as questões em discussão e ainda com a nossa experiência pessoal e profissional.

Durante a apreciação global dos resultados, tentámos realçar os mais significativos, de modo a perceber de que forma os objectivos e questões colocadas foram atingidos e, em última análise, elaborar algumas propostas ou sugestões que conduzissem a um melhor entendimento desta problemática.

A análise da distribuição dos idosos por instituição de apoio social evidenciou que a maior parte (25,8%) frequenta a Santa Casa da Misericórdia de Mação, seguindo-se 15,8% a Santa Casa da Misericórdia de Cardigos e com 14,2% o Centro de Dia de Nossa Senhora do Pranto – Penhascoso. Os restantes idosos encontram-se inseridos nas outras cinco instituições existentes no concelho de Mação.

Dos 120 idosos institucionalizados que colaboraram no nosso estudo, verificámos que, quanto ao regime de permanência na instituição, 59 idosos são residentes em lar e 61 estão em regime de centro de dia.

Quanto à **idade** dos idosos, observámos que a maior percentagem (42,5%) se situa no grupo etário ≥ 86 anos, seguido do grupo etário dos 81-85 anos com 22,5%; no entanto, a média de idades em lar situa-se nos 85,8 anos e em centro de dia em 80,9 anos.

Analisando os dados do INE (2004), verificámos que estes grupos etários continuam a aumentar em Portugal, dado que, nos últimos censos, a esperança média de vida nas mulheres se situava acima dos 80 anos enquanto que, nos homens, se ficava pelos 74 anos. As projecções demográficas referem que, em 2050, as mulheres poderão esperar viver, em média, até aos 84,7 anos e os homens até cerca dos 79 anos. De acordo com o PNS (2004), a esperança de vida acima dos 65 anos, sem incapacidade, é inferior à média estimada para os países da União Europeia.

À medida que aumenta o número de anos de vida, são cada vez mais significativas as mudanças estruturais e funcionais do organismo sendo difícil a adaptação a estas, como afirma Berger e Poirier (1995, p. 126) "*As alterações anatómicas e fisiológicas ligadas à velhice (...) começam a manifestar-se progressivamente a partir dos quarenta anos e continuam até à morte, isto é, até que o organismo se deixe de poder adaptar...*", o que implica uma maior necessidade de cuidados de saúde e de suportes sociais; segundo o PNSPI (2004), 12% dos idosos referem necessitar de ajuda para o exercício das actividades de vida diárias.

Ao estudarmos a relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e a idade, observámos que ela é significativa nas dimensões da função física e social ($p=0,000$; $p=0,012$). Com o aumento da idade, surgem limitações e dificuldades nas tarefas a desenvolver diariamente, bem como problemas físicos e emocionais, no desenvolvimento de actividades sociais. Assim, consoante aumenta a idade dos idosos institucionalizados, estes têm uma menor qualidade de vida, de acordo com Souza et al. (1997), o conceito de qualidade de vida depende de todo um contexto de vida pessoal, relacionado com factores como sexo, idade, inserção social e padrão cultural. A longevidade pode ser um problema com consequências sérias, nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social.

Relativamente ao **sexo**, a maioria dos idosos, concretamente 61,7%, é do sexo feminino. Estes dados, ainda que prudentemente interpretados, de acordo como modo como foram recolhidos, não devem ser generalizados, vão de encontro ao aumento da esperança média de vida acima dos 80 anos, para as mulheres, acentuando-se assim o processo de envelhecimento, neste sexo (INE, 2004).

Comparando os dois regimes de institucionalização, verificámos que tanto em lar como em centro de dia, o sexo feminino é predominante em lar, com 57,6%, e em centro de dia, com 65,6% de mulheres. De acordo com o cenário apresentado pelas projecções demográficas, em 2050 as mulheres poderão esperar viver em média até aos 84,7 anos e os homens até cerca dos 79 anos (INE, 2004). Quando estudámos a relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado e o sexo, verificámos que os idosos do sexo masculino obtiveram médias mais elevadas em todas as dimensões da qualidade de vida, com excepção das dimensões "função física" e "função social". Ao analisarmos estas diferenças verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), em todas as dimensões da qualidade de vida relativamente ao sexo.

No que se refere ao **estado civil**, constatámos que os idosos em estudo são predominantemente viúvos (66,7%), dos quais 64,4% em lar e 68,9% em centro de

dia. A corroborar estes dados, Rosa (1996) salienta que o processo de envelhecimento também está relacionado com a alteração do estado civil; assim, ao aumentar o número de pessoas com idades avançadas, maior é o risco de enviuvarem. Ao compararmos a qualidade de vida do idoso institucionalizado com o estado civil, verificámos que os idosos solteiros/divorciados apresentam ordenações médias mais elevadas para a qualidade de vida global, bem como para a maioria das suas dimensões; os idosos casados apresentam as ordenações médias mais baixas no que diz respeito à da qualidade de vida, na maioria das suas dimensões.

Ao analisarmos estas diferenças, constatámos que são estatisticamente significativas. O estado civil do idoso institucionalizado influencia a percepção da qualidade de vida, especialmente no que se refere ao desconforto provocado pela dor, no desenvolvimento das actividades de vida diárias (dor corporal), aos níveis de energia e fadiga (vitalidade) e à quantidade e qualidade das actividades sociais e de lazer (função social).

Relativamente ao **nível de dependência**, os dados obtidos confirmam que 17,5% dos idosos em estudo são independentes para a totalidade dos itens avaliados pelo índice de Katz, sendo 26,2% dos que estão em centro de dia e apenas 8,5% dos que estão em lar; 23,3% têm perda de uma função e 29,2% são totalmente dependentes de uma terceira pessoa, em duas funções, nas quais está incluído o banho (27,1% em lar e 31,1% em centro de dia).

Também neste caso, a comparação entre o nível de dependência do idoso institucionalizado e a sua qualidade de vida revelou diferenças estatisticamente significativas, ($p=0,000$) na qualidade de vida no seu global, no desenvolvimento das actividades básicas e das actividades intermédias (função física), bem como na quantidade e qualidade das actividades sociais e de lazer (função social), admitindo-se assim que, à medida que aumenta o nível de dependência do idoso institucionalizado, nas suas actividades de vida diárias, este tende a perceber uma pior qualidade de vida.

A este respeito, é de salientar que Paúl (1997, p.29) afirma que a população de idosos institucionalizados está em risco de dependência, perda de controlo e desânimo.

Relativamente às **fontes de rendimento** indicadas pelos idosos, as pensões de reforma com, 73,3%, foram as mais referidas, seguida das pensões de invalidez com 25,5%, e por fim a pensão de sobrevivência em 3,3 %. Dos idosos com rendimento mensal fixo, o maior percentual (46,7%), dos quais 50,8% em lar e

42,2% em centro de dia, corresponde aos que auferem um rendimento mensal igual ou inferior a 250 euros; 40,0% dos idosos auferem uma reforma, cujo montante se situa entre os 250 e os 375 euros, ou seja, 82,2% do total da amostra auferem, por mês, um montante igual ou inferior a 375 euros. Observámos ainda que 98,3% dos idosos não têm outro tipo de rendimento para além da pensão; no entanto, 1,7% referiam ter rendas de casas, encontrando-se ambos em regime de lar.

Os resultados encontrados parecem-nos concordantes com a actualidade, tal como afirmam Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), segundo os quais, cada vez é maior o número de reformados que voltam ao mercado de trabalho ou encontram outra ocupação.

Dado que 50% da amostra em estudo tem um rendimento igual ou inferior a 250 euros, por demais se evidenciam dificuldades de sobrevivência para a satisfação das suas necessidades básicas, pelo que 56,7% necessitam de cuidados (ajuda) da família, sendo essa percentagem de 62,3% dos idosos em centro de dia e 50,6% dos idosos em lar. É ainda de salientar que 44,1% dos idosos em lar apenas referem a ajuda dos serviços da instituição (misericórdias) e 29,5% dos idosos em centro de dia também só contam com o apoio da instituição que frequentam.

Contudo, devemos salientar uma grande homogeneidade nos valores médios obtidos nos grupos em estudo, uma vez que não observamos diferenças estatisticamente significativas, ($p > 0,05$) admitindo-se assim que a qualidade de vida do idoso institucionalizado não é influenciada pelo seu rendimento mensal.

Tal facto poderá ser compreendido, uma vez que o idoso ao ser institucionalizado perde o controlo do seu dinheiro; na maioria dos casos, são os filhos que gerem os rendimentos dos pais, efectuando o pagamento mensal à instituição; a grande maioria dos idosos institucionalizados perde a sua autonomia financeira.

No que respeita ao nível de instrução, a percentagem de idosos analfabetos é de 40,8%, dos quais 39,0% em lar e 42,6% em centro de dia; 25,8% dos idosos institucionalizados sabem assinar/escrever, salientando-se que só 3 idosos têm mais do que o ensino básico completo. Segundo o INE (2008), a maioria dos idosos não possui qualquer nível de instrução completo.

Do total da nossa amostra, 120 idosos institucionalizados, 61 vivem em permanência na instituição e 59 frequentam a instituição durante a maior parte do dia, regressando ao final do dia a sua casa (83,6%), ou para a casa dos filhos (9,8%).

O tipo de cuidados mais utilizados por todos os idosos são os cuidados médicos (48,3%), também necessitam com regularidade de serviços domésticos e de alimentação, seguindo-se os cuidados de enfermagem, com apenas 21,7%.

Relativamente à **prática de actividade física** verificou-se que a maioria dos idosos (70,8%) não pratica actividade física, só apenas 29,2% é que tem esse hábito, 32,2% em lar e 26,2% em centro de dia; a actividade física mais desenvolvida, e por apenas 35 idosos do total da amostra, é a ginástica (85,7%), seguida de “andar a pé” (14,3%).

A comparação entre a prática de actividade física, e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados revelou a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos, admitindo-se assim que a qualidade de vida do idoso institucionalizado não é influenciada pela prática de actividade física.

Contudo Léger, Tessier e Mouty (1994) reforçam a importância de realizar actividades físicas; a caminhada está ao alcance de todos e deve de ser estimulada de acordo com as capacidades de cada um; no entanto, 70,8% dos idosos em estudo não realizam essa prática.

É de todo oportuno salientar que a actividade física melhora a qualidade de vida, como afirma Fernandes (2000, p.48) “o idoso deve ser sensibilizado a realizar actividades que aumentem a sua actividade física e mental (...) o que minimiza os efeitos da institucionalização”, e contribui para uma actividade social activa e adequada.

Com o objectivo de avaliarmos a qualidade de vida percebida pelo próprio idoso institucionalizado, foi aplicada a escala de **satisfação com a vida**, que nos permite constatar que ambos os grupos em estudo (lar e centro de dia) têm uma percepção positiva na satisfação com a vida; devemos ainda referir que relativamente aos idosos em centro de dia, a mediana foi de 15, enquanto os idosos em lar obtiverem 14, o que nos leva a afirmar que os idosos em centro de dia percebem uma satisfação com a vida superior aos que estão em lar.

Ao compararmos a qualidade de vida dos idosos com o seu grau de satisfação com a vida, verificamos que o grau de satisfação com a vida se correlaciona positivamente com a qualidade de vida percebida pelos idosos, em todas as suas dimensões, com excepção na dimensão que avalia os níveis de energia e fadiga (vitalidade). Assim podemos constatar que, quanto maior é o grau de satisfação com a vida dos idosos institucionalizados, mais estes tendem a evidenciar uma melhor qualidade de vida.

Ao inquirimos os idosos sobre como classificam a sua qualidade de vida, 58,3% classificam-na como satisfatória e 25,0% como boa.

A satisfação é encarada como elemento intelectual ou como uma componente; Ribeiro (1994) refere que pode haver satisfação só em alguns domínios da vida e existir bem-estar subjectivo.

Pedimos aos idosos a sua opinião sobre o que para eles representava ter qualidade de vida / vida boa e eles referiram (72,4%) “ter saúde” e (6,7%) “ser autónomo” e “estar em sua casa”.

De acordo com Ribeiro (1994), o conceito de qualidade de vida pode apresentar um conjunto de componentes bastante diversificado e multidimensional, cuja avaliação é essencialmente subjectiva; o indivíduo é o alvo ou a frente primária sobre a sua qualidade de vida, dado o conceito se relacionar com a saúde, centra a atenção na situação global do indivíduo, relacionando-o com a doença.

Assim, a interpretação da expressão “ter saúde” é que a saúde é vista pelas pessoas como um bem primordial da vida.

Os idosos institucionalizados, na sua grande maioria, ocupavam o tempo livre a ver televisão (37,5%), seguindo-se 39,2% que referiam ficarem ali sentados na sala de estar, sem ocupação ou actividade a desenvolver. Perante este dados é fundamental ocupar o idoso com actividades, para que ele se sinta útil, melhorando assim a sua auto-estima, aumentando as oportunidades de interacção e papéis sociais adequados ao idoso. A ausência destas funções sociais, como afirma Fernandes (2000, p.48) dá origem a que os idosos venham a “adquirir uma atitude passiva ou de queixas, ou mesmo parar a e olhar para o espaço.”

Voelkl et al (2003), num estudo realizado em quatro instituições de idosos, verificaram que os residentes estavam mais frequentemente envolvidos em nenhuma actividade (51,4%), seguido pelo envolvimento em actividades não sociais (ver televisão, comer, andar) (34%), e por actividades sociais (conversar, receber cuidados) (12,1%). Estes resultados vão, de certa forma, ao encontro dos nossos. Apesar de estar sentado sem fazer nenhuma actividade ter sido uma opção de resposta escolhida por 39,2% da nossa amostra, estar sem fazer nada parece ser, mesmo assim, um aspecto predominante.

Ao serem questionados sobre a existência de um animador cultural na instituição que desenvolvesse e programasse actividades lúdicas e plásticas, 92,5% referiram não ter animador cultural e só 7,5% referiram ter; o que observámos foi que apenas uma das oito instituições do concelho, possui animador cultural.

Os idosos que viajam com frequência são apenas 30,8%; a maioria não o faz. Estas viagens são organizadas, em 86,5% dos casos pela instituição e 13,5% pela família.

Embora exista uma oferta de termalismo no concelho, 93,3% referiu não frequentar as termas e só 6,7% o fizeram.

Relativamente ao motivo de institucionalização, 44,2% alegaram a solidão e 40,0% a doença. No que se refere ao motivo de institucionalização em função do regime, verificou-se que 35,6% em lar e 52,5% em centro de dia referiram a solidão; a doença, foi a razão invocada por 47,5% em lar e 32,5% em centro de dia.

Actualmente, o suporte social (instituição) tem grande importância na obtenção de bem-estar para os indivíduos. A este respeito, surge também um estudo de Castellón (2003), junto de dois grupos de idosos, um composto por idosos institucionalizados e outros por indivíduos a residir no meio familiar. Os autores concluíram que os principais motivos que originaram a ida para o lar se relacionavam com factores susceptíveis de gerar um impacto negativo na qualidade de vida, a viuvez e a doença.

Quanto à evolução da qualidade de vida, após a institucionalização, observou-se que a percepção da qualidade de vida pelos idosos institucionalizados em lar manteve-se igual em 67,8% em centro de dia em 49,2%, melhorou em lar 30,5% em centro de dia 45,9% piorou em 1,7% em lar e em 4,9% em centro de dia.

Da aplicação do questionário da qualidade de vida, pudemos constatar que os valores médios são superiores a 50 pontos nas dimensões **desempenho emocional** (90,55), **vitalidade** (67,62), **dor corporal** (55,52) e **saúde mental** (50,80). Abaixo dos 50 pontos, encontramos a **função física** (23,91), a **saúde em geral** (34,30) o **desempenho físico** (21,66) e a **função social** (44,27). É de salientar que os idosos em centro de dia obtiveram valores médios mais elevados nas dimensões **função física**, **saúde em geral** e **função social**; por outro lado os idosos em lar obtiveram valores médios mais elevados nas dimensões **desempenho físico**, **dor corporal**, **vitalidade**, **desempenho emocional** e **saúde mental**, podemos também afirmar que os idosos em centro de dia percebem uma melhor qualidade de vida (44,66) do que os que estão em lar (41,88).

A dimensão referente a **função física** está relacionada com a capacidade de realizar um conjunto de actividades físicas, tais como tomar banho e vestir-se.

A **dor corporal** pode dificultar o desenvolvimento das actividades de vida diárias, por causa do desconforto causado pela dor.

Estes dados estão de acordo com os inquéritos de saúde, que fornecem informação sobre a auto-apreciação do estado de saúde, pela população residente. Em 2005/2006, os resultados demonstram que 53,2% da população considerou o seu estado de saúde como muito bom ou bom, 32,8% como razoável e 14,1% como mau ou muito mau. Ao relacionar estes dados com o inquérito realizado em 1998/1999, verifica-se um aumento do número de indivíduos que considerou o seu estado de saúde como muito bom ou bom (59,4%). Já em 1995/1996, mais de metade (63,0%) considerou o seu estado de saúde mau ou muito mau, 32% como razoável e apenas 5% o considerou como bom ou muito bom.

Na dimensão da **função social**, podemos concluir que, nas últimas quatro semanas, as actividades sociais foram limitadas por algumas interferências física e emocionais.

No **desempenho emocional** observou-se ausência de problemas nas actividades de vida diárias, relacionados com a presença de problemas mentais ou emocionais nas quatro semanas anteriores à realização da entrevista.

No que diz respeito a **saúde mental**, os idosos não manifestaram baixo bem-estar psicológico, ou seja, não revelaram ansiedade, depressão, nem falta de controlo de acções comportamentais ou emocionais.

A dimensão referente ao **desempenho físico**, onde se pretende constatar a dificuldade em desenvolver as actividades de vida diárias, relacionados com a presença de problemas físicos ou emocionais, nas últimas quatro semanas, aquando da realização da entrevista.

A dimensão **vitalidade**, refere-se à sensação de cansaço, “estafado” durante longos períodos.

Segundo Ribeiro (1994), o paradigma da qualidade de vida, tal como é percebido pela psicologia, possui um conjunto de características operacionais que o tornam substancialmente diferente das variáveis tradicionalmente consideradas no sistema de cuidados de saúde, pelo facto de ser um conceito multifactorial e uma medida de percepção pessoal, logo subjectiva.

No presente estudo consideramos como foco da nossa atenção a qualidade de vida, a qual reflecte um esforço a compreensão, pelos diferentes domínios que a constituem. Estes, por sua vez, podem ser nutricionais, biológicos, cognitivos, psicossociais, afectivos e de lazer e quando alcançados garantem o desenvolvimento saudável e a manutenção de uma vida com qualidade.

A prevalência de pessoas idosas institucionalizadas tem vindo a aumentar nos países industrializados, e Portugal não é excepção. A institucionalização leva a

alterações na vida dos idosos, desde a adaptação ao novo espaço físico, às rotinas diárias e aos novos cuidadores formais entre outras.

É importante envolver mais o idoso na própria instituição dando-lhe a possibilidade de escolher o horário para se deitar e acordar, de ver televisão, de ir a rua, de escolher e ajudar a elaborar as ementas, de cuidar do jardim. Se participassem no desenvolvimento de todas estas actividades, grande parte do tempo livre era ocupado e o idoso sentir-se-ia útil.

Na maioria dos lares, o quotidiano dos idosos é bastante pobre, no que respeita a acontecimentos de vida, pelo que uma das funções do animador ou das auxiliares de lar passa pela elaboração e realização de actividades lúdicas, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados (Jacob, 2007). A instituição deve de dar resposta às necessidades básicas dos idosos, tais como alimentação, higiene e cuidados de enfermagem, mas são tão ou ainda mais importantes a ocupação do tempo livre e a vida social do idoso. Ao serem asseguradas as actividades básicas de vida diárias, restam ainda algumas horas de tempo livre, que deve de ser ocupado com práticas de lazer e de comunicação.

Consideramos que o desenvolvimento de actividades lúdicas de lazer tem um grande impacto nos idosos, em particular nos idosos institucionalizados e a sua realização leva ao cumprimento dos seus direitos (Anexo I).

De acordo com um estudo realizado por Goes et al (2006) “ A institucionalização dos idosos no Distrito de Beja”, o apoio da rede formal e informal deveria ser suficiente para a permanência do idoso no seu domicílio, mas na maioria dos casos isso não acontece, dado que, por parte da sociedade existe uma grande dificuldade em criar estruturas de apoio que garantam todos os direitos fundamentais do idoso.

Decorrente do presente análise podemos constatar que a qualidade de vida diminui a medida que a idade avança, que o sexo não influencia a percepção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados, que o estado civil dos idosos influencia a qualidade de vida, na medida em que os viúvos e os solteiros / divorciados percebem uma melhor qualidade de vida; são poucos os casais em que ambos estão institucionalizados, dado que o principal motivo da institucionalização é a solidão que, na maioria dos casos, está associada a viuvez; observámos ainda que quando o nível de dependência é elevado no idoso a sua qualidade de vida diminui. Neste estudo, verificámos ainda que a qualidade de vida não é influenciada pelo rendimento mensal do idoso, uma vez que a sua maioria ao ser institucionalizado perde a sua autonomia económica / financeira; as despesas passam a ser geridas pelos filhos ou pela própria instituição.

A prática de actividade física pelos idosos em estudo não influencia a percepção da sua qualidade de vida; tal facto deve-se a que só 29,2% da amostra em estudo tem este hábito, o que revela a necessidade de estimular a prática de actividades, revelando a sua mais valia.

Observámos ainda que quanto maior é o grau de satisfação com a vida, por parte dos idosos institucionalizados, melhor é a percepção da sua qualidade de vida.

Por fim, podemos ainda constatar que os idosos em centro de dia percebem uma melhor qualidade de vida do que os que estão em lar.

As actividades de lazer são importantes, porque promovem a estimulação do indivíduo, o que permite manter certos aspectos da vida, tais como: as emoções, as comunicações e os relacionamentos.

A estimulação minimiza alguns aspectos negativos do envelhecimento e permite que os indivíduos vivam em melhor e atinjam um óptimo equilíbrio biopsicossocial. Tal como refere Zimmerman (2000) a maneira mais eficaz de fazer com que o idoso tenha qualidade de vida, e uma boa inserção na família e na sociedade é alcançado com base na estimulação. A estimulação apoia-se na exercitação, na activação, na animação e no encorajamento.

Assim, podemos afirmar que a estimulação tem todo o seu suporte nas actividades recreativas / lúdicas tais como: a pintura, andar a pé, passeios, visita de monumentos, leitura, artes plásticas e intercâmbios intergeracionais entre outros.

É através da dinamização das actividades de lazer nos idosos institucionalizados, que conseguimos alcançar o bem-estar biopsicossocial dos mesmos o que leva a uma óptima qualidade de vida.

Ao finalizar este estudo, sugerimos uma nova questão de investigação, na medida em que, com base nestas reflexões, deverão surgir novas pesquisas quanto ao lazer na vida dos idosos, levando a criação de uma escala que promova a avaliação do lazer na qualidade de vida social do idoso.

CONCLUSÃO

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

Pensamos que os resultados obtidos constituem um contributo importante para direccionar a intervenção da enfermagem e restantes profissionais de saúde, nomeadamente por esclarecerem alguns factores intervenientes no que respeita ao modo como o idoso institucionalizado lida com a sua qualidade de vida e com o envelhecimento. Os resultados por nós obtidos reforçam a importância da complexidade, na relação entre os vários factores biopsicossociais e espirituais, indicando-nos que um estudo unifactorial será demasiado simplista na compreensão desta temática.

Os instrumentos de colheita de dados podem apresentar vantagens e desvantagens; no entanto, na avaliação de um conceito, os investigadores devem optar pela metodologia mais adequada ao que se pretende estudar. Relativamente à qualidade de vida, devido à subjectividade do conceito, existe a necessidade de instrumentos de auto-avaliação, no sentido de avaliar a percepção sobre a qualidade de vida social dos indivíduos em estudo, relacionando esses dados com medidas objectivas, com o intuito de obter dados concretos e, desse modo, inferir resultados para possíveis intervenções.

Apesar das limitações deste trabalho, consideramos que no mesmo se deu conta da complexidade da relação de um conjunto de variáveis influenciadoras nos resultados da qualidade de vida dos idosos institucionalizados da amostra em estudo. Existem, todavia, algumas limitações que podemos apontar, nomeadamente:

- tamanho da amostra;
- características específicas da população em estudo.

Atendendo aos resultados obtidos e à sua discussão, podemos inferir algumas conclusões e definir sugestões, as quais julgamos pertinentes, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida do idoso institucionalizado.

De acordo com os resultados apresentados, podemos concluir que os idosos com idade avançada e com elevado nível de dependência tendem a perceber uma menor qualidade de vida. O estado civil do idoso institucionalizado influencia a sua qualidade de vida e quanto maior é o seu grau de satisfação com a vida, melhor é a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Os idosos institucionalizados em centro de dia percebem uma melhor qualidade de vida do que os idosos institucionalizados em lar.

Esperamos que as conclusões encontradas possam funcionar como sugestões para iniciativas futuras, no sentido de melhorar a qualidade de vida do idoso institucionalizado. Esperamos também que este estudo seja um contributo para sensibilizar os prestadores de cuidados de saúde, para a importância desta problemática, nomeadamente pela possibilidade de modificar e direccionar assim a nossa actuação, enquanto enfermeiros destas comunidades.

A presente análise insere-se, assim, nas tentativas que já têm vindo a ser feitas, no sentido de promover a qualidade de vida dos nossos idosos, mais especificamente daqueles que, cada vez em maior número, chamam a uma instituição a sua residência permanente.

É necessário conhecer as realidades dos idosos, para assim podermos compreendê-los, ou seja, investigar e conhecer a realidade de cada idoso, no sentido de poder passar da teoria à prática e intervir efectivamente para a promoção da sua qualidade de vida.

Surgem numerosas fórmulas para aumentar a qualidade de vida nas instituições. Mas, como defende Kane (2003), a resposta deve ser tão individualizada quanto o é a qualidade de vida. Deverá existir uma abordagem pessoal, que determine o que se poderá fazer para a melhorar; para tal, algumas mudanças serão necessárias, ao nível das próprias características e dinâmicas institucionais.

Dai a importância da criação de programas e actividades pelos profissionais da área da saúde com os seus idosos, dando-lhes a oportunidade de se conhecerem biologicamente, compreender as alterações do processo de senescência e de se contextualizar social, emocional e psicologicamente, em relação ao envelhecimento, para assim poder alcançar alternativas para manter a saúde, a independência, a autonomia, a auto-estima e a qualidade de vida.

Os programas devem reflectir orientações psicossociais, incluindo intercâmbios intergeracionais, os quais introduzem contactos com crianças e jovens adultos, bem como intervenções com o objectivo de valorizar o controlo ambiental e a autonomia. A importância do desenvolvimento de programas / actividades é salientada por Fontaine (2000), ao identificar três factores que interferem com um envelhecimento de qualidade: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social.

Apesar de reconhecermos que este trabalho oferece apenas uma visão parcelar da complexidade desta temática, parece-nos que alguns dos factores biológicos, psicológicos e sociais foram reconhecidos como influenciadores da qualidade de vida do idoso institucionalizado; daí a importância de alertar para a necessidade de estas instituições, não podendo ser evitadas, serem o mais humanizadas e abertas possível, facilitando ao idoso tudo quanto a sua condição física e psicossocial desejar.

A avaliação da qualidade de vida pode fornecer informações importantes acerca do funcionamento físico, mental, social e espiritual do indivíduo. A relação entre a qualidade de vida e o lazer são de extrema importância, não só pela avaliação dos seus condicionantes, mas também pela implementação de uma política social que vise a criação de espaços destinados à prática do lazer, favorecendo melhores condições socioculturais para o desenvolvimento de actividades lúdicas, pelo aperfeiçoamento de instrumentos e de recursos humanos apropriados, específicos e não específicos, não só para esta faixa etária, mas também para as demais.

Torna-se evidente que o lazer constitui um factor social importante, na medida em que condiciona a melhoria dos aspectos físicos, espirituais e sociais dos idosos. De certa forma ele contribui para o bem-estar e a qualidade de vida desta faixa tão importante da nossa população.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMSON, J. H. – **Métodos de estudo em medicina comunitária**. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1990. ISBN 84-87189-35-0.

BANDEIRA, M. L. – **Demografia e modernidade. Família e transição demográfica em Portugal**. Lisboa: INCM, 1996. ISBN 972-27-0819-8.

BARROS, J. – **Psicologia Positiva**. Porto: ASA, 2004.

BERGER, L.; POIRIER, M. D. – **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995, ISBN 972-95399-8-7.

BOTELHO, M. A. – **Avaliação da autonomia funcional em idosos**. In: PINTO, Anabela M. (Coord.) – **Envelhecer vivendo**. Coimbra: Quarteto, 2001. p. 57-70. ISBN 972-8535-86-4.

BUSS, P. M. - **Promoção da Saúde e qualidade de vida**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, V.5, n.1, 2000. p. 163 -177.

CALMAN, K. C., – **Quality of life in cancer patients – an hypothesis**. J Med Ethics, 1984. **10** (3): p. 124-7.

CARBONI, R.; REPPETTO, M. Â. – **Uma reflexão sobre a assistência do idoso no Brasil**. Revista electrónica de Enfermagem, Vol. 9, nº1, 2007. p. 251-260.

CARRILHO, M. J.; GONÇALVES, C. – **Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001**. Revista de estudos demográficos. nº 36. Instituto Nacional de Estatística, 2004. p. 4.

Carta de Ottawa – A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, Nov.1986.

CASTELLÓN A. – **Calidad de vida en la atención al mayor**. Revista Multidisciplinar de Gerontologia, 2003. p. 188-192.

CAMPOS, A. C. – **Reformas da Saúde: o fio condutor**. Coimbra: Almedina, 2008, p. 110 ISBN 978-972-40-3604-5.

CAVACO, C. – **I Seminário Turismo, Inovação e Desenvolvimento – Actas**. Universidade de Lisboa: Centro de estudos geográficos, 2008. ISBN 978-972-772-636-182-4.

COIMBRA, J.; BRITO, I. – **Qualidade de Vida do idoso**. Referência 3, 1999. p. 9-35.

CORBIN, A. – **História dos Tempos Livres: o advento do Lazer**. Lisboa: Editorial Teorema, 2001. ISBN 972-695-464-9.

COSTA, M. A. M. – **Questões demográficas repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros**. In **O Idoso: Problemas e Realidades**. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 1999. p. 7-21. ISBN 972-8485-03-4.

CRAVIDÃO, F. D.; MATOS, M. A. – **A população portuguesa dos anos 60 ao final do século XX**. (Cadernos de geografia, nº9). Coimbra: IEG, 1990. p. 35-48

DGEEP – Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento, **Carta Social de Serviços e Equipamentos Sociais de 2006**, Ministério do Trabalho e Segurança Social, Lisboa, 2006.

DONALD, K. – **Coming of age: the virtual older adult learner**. Continuing Education Conference, Canadá, 1997.

DUARTE, Y.; ANDRADE, C.; LEBRÃO, M. L. – **O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos**. Artigo de revisão. Escola de Enfermagem USP, São Paulo, 2006.

DUMAZEDIER, J. – **Vers une civilisation du loisir**. Paris, Seuil, 1962.

DUMAZEDIER, J. – **Valores e conteúdos culturais do lazer**. São Paulo, 1980.

DUMAZEDIER, J. – **Lazer e Cultura Popular**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

DUMAZEDIER, J. – **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

ERMIDA, J. G. – **Avaliação geriátrica compreensiva**. In: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Temas Geriátricos. Tomo I. Lisboa: Roche Farmacêutica Química, 1995. p. 43-52.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. - **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. Chichester: Wiley. XII, 2000 p. 404.

FERNANDES, P. D. – **A depressão no idoso**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000. ISBN 972-8535-61-9.

FERNÁNDEZ, R. B. – **Introducción a la evaluación psicológica I**. Madrid: Ediciones Pirámide, 1998. p. 57.

FERREIRA, P. L. – **Um paradigma para a saúde**. in Livro de obstetrícia, M. L. Mendes, Almedina: Coimbra. 1994, p. 191-197.

FERREIRA, P. L.; MARQUES, B. F. – **Avaliação Psicométrica e avaliação Cultural e Linguística de Instrumentos de medição em saúde: Princípios Metodológicos Gerais**. Centro de Investigação em saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 1998, p. 1-24.

FLECK, M. P. A. [et al] – **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n.1, 1999. p.19-28.

FONTAINE, R. – **Psicologia do envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

FORTIN, M. F. – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. p. 36, ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, M. F.; VISSANDJÉE, B.; CÔTÉ, J. – **Escolher um problema de investigação**. In: FORTIN, Marien- Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, M. F. – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-X.

GANOPA, C. – **Saúde: na base da Construção da Qualidade de Vida**. In *Qualidade em Saúde*. nº 5. Lisboa. 2001.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. – **O inquérito: teoria e pratica**. 3ª ed. Oeiras: Celta Editora, 1997. p. 248, ISBN 972-8027-70-2.

GOES. M. M. P. [et al] – **A Institucionalização dos Idosos no Distrito de Beja – uma perspectiva de enfermagem**. Revista Portuguesa de Enfermagem nº 17., 2009. 35 p. ISBN 0873-1586.

GONZALEZ, P. U. – **El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud**. Rev. Cubana Salud Pública v.28 n.2, Jul.-Dic, 2002.

GRÁCIO, E. I. T. – **Apoio social e financiamento na terceira idade**. In **O Idoso - Problemas e Realidades**. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 1999. p. 135-147. ISBN 972-8485-03-4.

GUIMARÃES, R. C.; CABRAL, J. A. S. – **Estatística**. Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, 1997. ISBN 972-8298-45-5.

HOLMES, S. - **Assessing the quality of. life - reality or impossible dream?** A discussion paper. International Journal of Nursing Studies, v. 42, n. 4, 2005. p. 493-501.

IMAGINÁRIO, C. – **O Idoso Dependente: em contexto familiar**. Coimbra: Formasau, 2004, ISBN 972-8485-38-7.

INSTITUTO NACIONAL ESTATISTICA – **O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas**. Serviço de estudos sobre a população, 2002.

INSTITUTO NACIONAL ESTATISTICA – **Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001.** Revista de Estudos Demográficos, nº 36, 2004.

INSTITUTO NACIONAL ESTATISTICA – **4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006.** Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 3 de Agosto de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – **O País em números.** Informação estatística 1991 – 2006. Versão 4.0 (CD-ROM). Lisboa, 2008.

JACOB, L. – **Animação de idosos. Actividades.** 1ª ed. Porto: Ambar, 2007. ISBN 978-972-43-1171-5.

LARSON, J. S. – **The measurement of health: concepts and indicators.** Westport, CT: Greenwood Press, 1991. ISBN 0-313-27339-1.

LÉGER, J. M.; TESSIER, J. F.; MOUTY, M. D. – **Psicopatologia do envelhecimento: assistência às pessoas idosas.** Petrópolis: Vozes, 1994.

LÓPEZ, J.; MEJÍA, R.; ESPINAR, A. - **La Calidad de Vida: um Tema de Investigacion Necesário. Concepto y Método.** *Medicina Integral.* vol. 27. 1996.

KANE, J. – **Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes toward a reasonable practice, research, and policy agenda.** *The Gerontologist* 43. p. 28-36.

KATZ, S. - **The science of quality of life.** *Journal Cron Dis* v. 40 nº 6, 1987. p. 459-463.

MACIEL, E. S. – **Qualidade de vida: análise do consumo de alimentos e estilo de vida.** 2006. 188f. Dissertação (Mestrado em Ciências. Área de concentração: Ciência e Tecnologia de alimentos) – Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”. Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2006.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. - **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto,* v. 4, n. 3, 1996, p. 5-18.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. - **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1. 2000, p. 7-18.

NETO, J. F. R. [et al] - **Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment- a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires**. Quality of Life Research, v. 9, 2000. p. 101- 107.

NORDENFELT, L. - **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Philosophy and medicine; v.47. Dordrecht: Kluwer Academic. VIII, 1994, p. 283.

OLIVEIRA, J. H. B. – **Psicologia do envelhecimento e do idoso**. 2ª ed. Porto: Legis Editora, 2005. ISBN 972-8082-67-3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de acção: relatório mundial. OMS, Brasília, 2003.

OSÓRIO, A. R.; PINTO, F. C. – **As pessoas idosas**. Contexto social e intervenção educativa, Instituto Piaget, 2007. ISBN 972-771-782-9.

PATRICK, D. L.; M. BERGER, - **Measurement of health status in the 1990s**. Annu Rev Public Health, 1990. 11: p. 165-83.

PAÚL, M. C. – **Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente**. Coimbra: Livraria Almedina, 1997. ISBN 972-40-1000-7.

PEREIRA, L. S. M. – **Programa Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados**. Belo Horizonte, 2005. [Consult. 07 Fev. 2008]. Disponível em [WWW:<URL:http://www.ufmg.br/proex/arquivo/8Encontro/Saúde_41.pdf>](http://www.ufmg.br/proex/arquivo/8Encontro/Saúde_41.pdf)

PIMENTEL, F. L. – **Qualidade de Vida e Oncologia**. Coimbra Edições Almedina, SA. Set. 2006. Reimpressão da edição de Março 2006.p. 206.

PIMENTEL, L. M. G. – **O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias**. Coimbra Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-66-X.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas. 391 p, 1995. ISBN 85-7307-101-X.

PORTUGAL. Direcção Geral Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Volume I. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Direcção Geral Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Volume II. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004. ISBN 972-675-110-1.

PORTUGAL. Direcção Geral Saúde – **Plano Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa**. Ministério da Saúde, 2006. ISBN 972-675-155-1.

PORTUGAL. Direcção Geral Saúde – **Plano Nacional de Saúde**. 2004/2010 Volume II - Orientações Estratégicas Lisboa 2004. ISBN Colecção 972-675-108-X, ISBN 972-675-110-1

QUIVY, R. – **Manual de investigação em ciências sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1992. ISBN 972-66227-58.

REBELO, J.; PENALVA, H. – Comunicação para o II Congresso Português de Demografia: “**Evolução da População Idosas em Portugal nos Próximos 20 anos e seu impacto na Sociedade**”. 2004.

REQUIXA, R. – **Sugestão de directrizes para uma politica nacional de lazer**. São Paulo, 1980.

RIBEIRO, J. L. P. – **A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde**. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 1994, p.179-91.

RIBEIRO, J. L. P. – **2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas**. 27 de Fevereiro a 1 de Março 1997. Braga. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. ISBN 972-96682-9-9.

RIBEIRO, J. L. P. – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 1999. ISBN 972-8449-44-5.

RIBEIRO, J. L. P. – **O importante é a Saúde: estudo de adaptação do SF-36**. 1ª ed. Lisboa: Merck Sharp & Dohme, 2005. ISBN 972-99744-0-3.

RIBEIRO, J. L. P. – **Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português**. Psicologia e saúde. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN 989-558-087-8.

ROCHA, A. D. [et al] – **Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final?** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000, p. 63-81.

RODRIGUES, M.; PEREIRA, A.; BARROSO, T. – **Educação para a saúde**. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde, Formasau, 2005.

ROSA, M. J. V. – **Demografia e mutação das categorias etárias**. Intervenção Social. Lisboa. ISBN 0874-1611. Ano 9, nº 20, 1996, p. 37-55.

ROSA, M. J. V. – **Demografia e mutação das categorias etárias**. Revista Intervenção Social. nº 20, Lisboa, 1999. p. 37-55. ISBN 0874-16-11.

ROSA, M. J. V. – **Reformados e Tempos Livres – Resultados do inquérito realizado em 1998 à população activa e reformada sobre actividades de lazer**. Edições Colibri/Inatel, 1999. ISBN 972-772-094-3.

SAES, S. C. – **Alterações comportamentais em renais crônicos**. Nursing. São Paulo, v. 2, n. 12, 1999, p. 17-9.

SAN MARTIN, H. e PASTOR, V. – **Epidemiologia de la Vejez: qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?**. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1990. ISBN 84-7615-496-8.

SANTOS, B. – **Os Serviços de Proximidade como Potencial Fonte de Criação de Empregos em Portugal**. Dissertação de Mestrado não publicada, ISCTE: Lisboa, 2001.

SANTOS, N. P., GAMA, A. – **Da libertação do tempo à conquista das práticas**. Centro de Estudos Geográficos, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. ISBN 978-989-8074-56-0.

SECCHI, G.; STREPPARAVA, M. G. - **The quality of life in cancer patients: a cognitive approach.** Eur J Intern Med, 2001. **12** (1): p. 35-42

SILVA, I. [et al]. – **Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento.** Vol.10, nº1, Belo Horizonte, Revista Mineira de Enfermagem, 2006. ISBN 1415-2762.

SIMÕES, A. – **Alguns mitos respeitantes aos idosos.** Revista Portuguesa de Pedagogia, nº 24, 1990, p. 109.121.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. – **Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice.** 2ª ed. Porto: Âmbar, 2006, p. 22. ISBN 972-43-1152-X.

SOUZA, T. T. [et al] – **Qualidade de vida da pessoa diabética.** Revista da Escola de Enfermagem - USP, v.31, n. 1, 1997, p. 150-164.

SQUIRE, A. – **Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática.** Lisboa: Lusociência, 2005, p.6. ISBN 972-8383-87-8.

THE WHOQOL GROUP. - **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** **Social Science and Medicine**, v. 10, 1995, p. 1403-1409.

UMBELINO, J. – **Lazer e Território: contributo geográfico para a análise do uso do tempo.** Série estudos nº1, Centro de Estudos de Geografia e Planeamento Regional, Lisboa, 1999. ISBN 972-98309-0-8.

VOELKL, J. E.; WINKLHAKE, K.; JEFFRIES, J.; YOSHIOKA, W. – **Examination of nursing home environment: Are residents engaged in recreation activities?** Therapeutic recreation Journal, 37. P.300-314.

WARE, J. E., SHERBOURENE, C. D. – **The MOS 36-item Short-Form Healty Survey (SF-36).** Medical Care. V. 2, nº 30, Philadelphia, 1992, p.473-483. ISSN 0025-7079.

ZIMERMAN, G. I. – **Velhice - Aspectos biopsicossociais.** Porto alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-751-4.

SITES CONSULTADOS

APD (Associação Portuguesa de Demografia) – www.apdemografia.pt

DGS (Direcção Geral da Saúde) – www.dgs.pt

INE (Instituto Nacional de Estatística) – www.ine.pt

OMS (Organização Mundial de Saúde) – www.Who.org

Portal da Saúde do Ministério da Saúde – www.min-saúde.pt

Wikipédia a enciclopédia livre – www.wikipedia.pt

Sonaecomunicações – www.viajar.clix.pt

ANEXOS

Anexo I – Direitos dos Idosos

Anexo II – Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados nas instituições

Anexo III – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados ao Director do Centro de Saúde

Anexo IV – Questionário de caracterização sócio-demográfica da amostra

Anexo V – Índice de Katz

Anexo VI – Questionário de avaliação da Qualidade de Vida – SF-36

Anexo VII – Escala de Satisfação com a Vida

Anexo VIII – Entrevistas realizadas a duas Assistentes Sociais

Entrevista com a Assistente Social do Lar nossa senhora das dores da Ortiga

Dr^a Cristina Sequeira

1 – Que importância atribui às actividades de lazer numa instituição?

Sim, são importantes, porque contribuem para um melhor bem-estar físico e psicológico dos idosos.

2 – Eles participam nas actividades lúdicas, gostam de participar?

Os que tem capacidades, não temos muitas pessoas validas e é preciso motiva-as para irem.

Os passeios são organizados pelo grupo de apoio a população idosa, que elabora um plano anual de actividades. Esse grupo é constituído por todas as assistentes sociais do concelho de Mação de cada uma das Instituições do apoio e solidariedade social.

3 – Após a ocorrência dessas actividades sente diferenças nos idosos?

Faz-lhes bem ir, vêm mais alegres e animados e gostam de participar, para partilhar ideias com os idosos dos outros lares, experiencias, como funcionam as coisas nos outros lares, as tais trocas de impressões e também pelo convivo em si.

Entrevista com a Assistente Social da Santa Casa da Misericórdia de Cardigos

Dr^a Mafalda Sousa

1 – Que importância atribui as actividades de lazer numa instituição?

As actividades de lazer são de extrema importância, por isso nos temos na nossa instituição um objectivo geral que é a promoção de um bem-estar biopsicosocial e é através desta actividades que tentamos promover esse bem-estar. Então nos estimulamos vários aspectos da pessoa, promovendo actividades de estimulação física, actividades de estimulação motora, actividades de estimulação da memória e inteligência, actividades de estimulação sensorial (oral, visual e auditiva) e actividades de estimulação socioemocional, ou seja estas actividades no fundo tentam estimular diversos âmbitos da vida do idoso de forma a conseguir o bem-estar biopsicosocial do idoso.

2 – Então os passeios e encontros que o grupo de apoio a população idosa promove todos os anos, vão de encontro a essas actividades?

Isso é só uma pequena parte das actividades e são do âmbito do grupo de apoio a população idosa, mas esta são da própria instituição.

3 – Que actividades fazem para alcançar esses objectivos de estimulação a vários níveis dos idosos?

Por exemplo promoção do intercambio intergeracional, promovendo festas entre idosos e crianças, por exemplo: “A festa dos avós e netos”, aí cabe a estimulação socioemocional, a estimulação motora temos as actividades manuais, de estimulação física temos a fisioterapia, da memória e inteligência os jogos, quando se pergunta adivinhas, histórias que eles saibam, as lendas fazemos estas pesquisas, no fundo estamos puxar pela memória da pessoa.

4 – Eles participam nessas actividades?

Sim, normalmente se em que eles tem os seus gostos e ainda estamos um pouco no inicio agora temos uma animadora sociocultural a fazer um estágio, ela fez um a todos eles um inquérito, para saber quais as suas preferências. Na verdade é que se calhar um idoso gosta mais de uma actividade que outro não gosta e então tentamos adequar as actividades, quer ao nível cultural da pessoa, uma actividade aqui pode não ser tão apreciada por exemplo num grande centro. E é adequada a religiosidade da pessoa se bem que aqui são todos católicos.

A condição física e a condição psíquica tem de ser adequadas a cada pessoa.

5 – O que é que nota quando eles participam e desenvolvem essas actividades?

Contentamento, mais alegres, mais motivados, antigamente nós tínhamos menos adesão nos passeios, ou seja as coisas vão-se conquistando aos poucos, no início não estão assim tão abertos a participação e depois vão participando.

Eles também sentem orgulho no que fazem quando é para mostrarem aos outros, veio cá um grupo de idosos de um lar de Vila de Rei e eles fizeram um trabalho para lhes oferecerem, estavam tão ansiosos que lhes mostraram e deram logo a lembrança no início. E todas estas envolvências fazem parte do bem-estar da pessoa.

6 – Agora que têm uma animadora a fazer um estágio nota diferença neles? Mais animados e bem dispostos?

Sim, talvez e agora já temos um plano semanal de actividades lúdicas, só tínhamos anual, por falta de tempo e de técnicos. Quando eu participo nas actividades eu pergunto sempre o número de participantes e o grau de satisfação e normalmente, eles gostam sempre de tudo o que sai da rotina da instituição.

7 – Acha importante ter um animador cultural nas instituições?

Eu acho fundamental e tem muita importância, para o alcance de um pleno bem-estar biopsicosocial.

Princípios das Nações Unidas para o Idoso

Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das nações Unidas 16/12/1991

Independência

Ter acesso à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário, à saúde, a ter apoio familiar e comunitário.

Ter oportunidade de trabalhar ou ter acesso a outras formas de geração de rendimentos.

Poder determinar em que momento se deve afastar do mercado de trabalho.

Ter acesso à educação permanente e a programas de qualificação e requalificação profissional.

Poder viver em ambientes seguros adaptáveis à sua preferência pessoal, que sejam passíveis de mudanças.

Poder viver em casa pelo tempo que for viável.

Participação

Permanecer integrado na sociedade, participar activamente na formulação e implementação de políticas que afectam directamente o seu bem-estar e transmitir aos mais jovens conhecimentos e habilidades.

Aproveitar as oportunidades para prestar serviços à comunidade, trabalhando como voluntário, de acordo com seus interesses e capacidades.

Poder formar movimentos ou associações de idosos.

Assistência

Beneficiar da assistência e protecção da família e da comunidade, de acordo com os seus valores culturais.

Ter acesso à assistência médica para manter ou adquirir o bem-estar físico, mental e emocional, prevenindo a incidência de doenças.

Ter acesso a meios apropriados de atenção institucional que lhe proporcionem protecção, reabilitação, estimulação mental e desenvolvimento social, num ambiente humano e seguro.

Ter acesso a serviços sociais e jurídicos que lhe assegurem melhores níveis de autonomia, protecção e assistência.

Desfrutar os direitos e liberdades fundamentais, quando residentes em instituições que lhe proporcionem os cuidados necessários, respeitando-o na sua dignidade, crença e intimidade. Deve desfrutar ainda do direito de tomar decisões quanto à assistência prestada pela instituição e à qualidade da sua vida.

Auto-realização

Aproveitar as oportunidades para o total desenvolvimento de suas potencialidades.

Ter acesso aos recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer da sociedade.

Dignidade

Poder viver com dignidade e segurança, sem ser objecto de exploração e maus-tratos físicos e/ou mentais.

Ser tratado com justiça, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, deficiências, condições económicas ou outros factores.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A MINHA SAÚDE

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

- Ótima..... 1
Muito boa..... 2
Boa.....3
Razoável.....4
Fraca.....5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

- Muito melhor..... 1
Com algumas melhoras..... 2
Aproximadamente igual.....3
Um pouco pior.....4
Muito pior.....5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

	SIM, MUITO LIMITADO/A	SIM, UM POUCO LIMITADO	NÃO, NADA LIMITADO
A. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos.....	1	2	3
B. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
C. Levantar ou <u>carregar</u> as compras da mercearia.....	1	2	3
D. Subir <u>vários</u> lanços de escadas.....	1	2	3
E. Subir <u>um</u> lanço de escadas.....	1	2	3
F. Inclin -se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
G. Andar <u>mais de 1 Km</u>	1	2	3
H. Andar <u>vários</u> quarteirões.....	1	2	3
I. Andar <u>um</u> quarteirão.....	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-se sozinho	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?

(Por favor, em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a resposta for sim ou à volta do número 2, se a resposta for não)

	SIM	NÃO
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2
B. Fez menos do que queria.....	1	2
C. Sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (por exemplo, sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor, em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a resposta for sim ou à volta do número 2, se a resposta for não)

	SIM	NÃO
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2
B. Fez menos do que queria.....	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume.....	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Absolutamente nada.....1
- Pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Imenso.....5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Nenhumas.....1
- Muito fracas.....2
- Ligeiras.....3
- Moderadas4
- Fortes.....5
- Muito fortes.....6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada.....1
- Pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Imenso.....5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas 4 semanas	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	BASTANTE TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre.....1
- A maior parte do tempo.....2
- Algum tempo.....3
- Pouco tempo.....4
- Nunca.....5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor, assinale um número em cada linha)

	TOTALMENTE VERDADE	VERDADE	NÃO SEI	FALSO	TOTALMENTE FALSO
A. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é ótima.....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.
Versão construída por Pedro Ferreira (2000).

Índice de Katz – Avaliação das actividades de vida diárias

Data: ___/___/_____

Nº ___

Instituição: _____

Regime: Lar Centro de Dia

Questionário

I - Caracterização da amostra

1 – Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2 – Naturalidade _____ concelho _____ freguesia _____

3 - Data de nascimento: (Ano) _____ ou idade _____ anos.

4 – Qual o seu estado civil? _____

5 – Qual a freguesia de Mação em que reside?

1. Mação
2. Aboboreira
3. Amêndoa
4. Carvoeiro
5. Cardigos
6. Ortiga
7. Envendos
8. Penhascoso

II – Caracterização sócio-económica

6 – Onde vive?

1. Casa Própria
2. Casa Arrendada
3. Casa de Filhos
4. Casa de Outros Familiares
5. Lar
6. Outra. Qual? _____

7 – Se vive na instituição, mas se tivesse de escolher onde viver, o que é que fazia?

8 – Com quem vive?

1. Sozinho
2. Cônjuge
3. Filhos. Quantos? _____
4. Outros familiares. Quantos? _____ Quais? _____
5. Instituição
6. Outra. Especifique qual? _____

9 – Relações familiares, relaciona-se com os seus filhos?

1. Diariamente
2. Dias alternados
3. Dois dias por semana
4. Semanalmente
5. Quinzenalmente
6. Mensalmente
7. Outro período qual? _____

10 – Habilitações literárias?

1. Analfabeto
2. Sabe assinar / sabe escrever
3. Sabe ler e escrever sem diploma
4. 4ª classe (1º ciclo do ensino básico)
5. Ensino preparatório (2º ciclo do ensino básico)
6. 9º Ano (3º ciclo do ensino básico)
7. 12º Ano (ensino secundário)
8. Curso médio
9. Curso superior
10. Outra

11 – Qual a sua profissão (actual ou a última)? _____

12 – Foi emigrante? _____ Onde? _____

13 – Qual a principal origem do seu rendimento mensal?

1. Trabalho
2. Pensões de reforma ou aposentação
3. Pensão de invalidez
4. Pensão de sobrevivência
5. Pensão social
6. Encontra-se a cargo de familiares
7. Rendimentos próprios (propriedades, negócios)
8. Outro. Especifique qual? _____
9. Sem rendimento

14 - Valor da pensão?

1. Inferior a 250E
2. entre 250E e 375E
3. entre 376E e 500E
4. mais de 500E

15 - Tem outra fonte de rendimentos? Sim Não

Se sim:

1. Actividades económicas
2. Rendas
3. Poupança reforma
4. Outras. Quais? _____

16 - Professa alguma religião? Sim Não

1. Católica
2. Protestante
3. Adventista
4. Islamismo
5. Outra. Qual? _____
6. Nenhuma

III – Recursos comunitários

17 - Precisa de cuidados com regularidade das seguintes pessoas ou instituições?

1. Família
2. Vizinho
3. Voluntário
4. Bombeiros
5. Misericórdias

6. Centros de dia
7. Outros. Quais? _____

18 - Tipos de serviços mais utilizados?

1. Cuidados médicos
2. Cuidados de enfermagem
3. Alimentação
4. Serviços domésticos
5. Serviços Sociais
6. Outros. Quais? _____

IV – Grau de satisfação do idoso

19 – Classifica a sua qualidade de vida como:

Muito boa Boa Satisfatória Má Muito má

20 – Refira em poucas palavras, o que representa para si qualidade de vida, ou seja ter boa vida?

21 - Como costuma ocupar os seus tempos livres?

1. Ver televisão
2. Ler um livro
3. Andar a pé
4. Fazer renda
5. Fazer bordados

6. Jogar as cartas

7. Outros. Quais? _____

22 – Viaja a passeios turísticos? _____ Onde? _____

Quantas vezes _____ Com quem _____ Que meio de transporte utiliza _____

_____ Quem organiza _____

23 – Que tipo de actividade costuma fazer que sejam, desenvolvidas pela instituição?

1. Pintura

2. Desenho livre

3. Arte plástica

4. Outras. Quais? _____

24 – Existe um animador cultural? _____

Se sim que tipo de actividades desenvolve _____

25 – Habitualmente pratica alguma actividade fisica? Sim Não

1. Ginástica

2. Caminhar a pé

3. Outros. Quais? _____

26 – Costuma frequentar termas? Sim Não

Qual o motivo que o leva a frequentar as termas? _____

Quais as termas que frequenta? _____

Em que estação do ano opta por fazer termas? _____

Com que frequência faz termas? _____

27 – Qual a opinião sobre a instituição? _____
