

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“...Que ao envelhecer permaneça belo... Há tantas coisas boas para fazer. O ouro, as rendas, o marfim e as sedas não precisam de ser novos. E as velhas árvores também curam, as velhas ruas também têm encanto. Então, por que não poderei eu, como elas, permanecer belo ao envelhecer?” “... Saber envelhecer é a maior das sabedorias e um dos mais difíceis capítulos da grande arte de viver.”

Maria de Jesus Garcia Arroyo

Agradecimentos

A ti Luís, aos meus pais e aos meus sogros por todo o apoio e ajuda nesta caminhada que nem sempre foi fácil.

A ti Juliana, Carla, Ana Isabel, Cátia, Luísa e Zé por todo o incentivo e apoio que me deram.

Um obrigado muito especial também à Professora Doutora Rosa Martins, pelo apoio, orientação, disponibilidade e motivação que ao longo deste trabalho foi para mim essencial para o conseguir concluir.

Obrigado também a todos os idosos da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro que participaram neste estudo.

Dedicatória

A ti meu filho, Rodrigo.

RESUMO

Enquadramento: Se o envelhecimento populacional é encarado como um triunfo da sociedade atual, constitui ao mesmo tempo um desafio a toda a sociedade no sentido de se conseguir que este envelhecimento seja ativo e com qualidade de vida. O investimento na vida pessoal realizado pelos idosos de forma a obter a melhor qualidade de vida bem como a manutenção da sua independência funcional são indicadores importantíssimos para um envelhecimento bem-sucedido.

Objetivos: Identificar a perceção dos idosos sobre o seu investimento na vida pessoal, avaliar níveis de independência funcional e analisar associações entre variáveis sociodemográficas clínicas e psicossociais e o investimento pessoal e a independência funcional.

Métodos: Realizou-se um estudo do tipo transversal, analítico-correlacional de natureza quantitativa e de cariz descritivo, com uma amostra não probabilística constituída por 103 idosos da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro. Para a mensuração das variáveis aplicou-se um questionário que integra uma secção de caracterização socio demográfica e clínica, a Escala de Apgar Familiar, o índice de Barthel e a Escala de Investimento Pessoal.

Resultados: As evidências encontradas neste estudo demonstram que a nossa amostra apresenta níveis elevados de independência funcional (40,8%) e de investimento na vida pessoal (89,3%). As variáveis que se associam de forma significativa com a independência funcional foram o género, local de institucionalização e o exercício físico. Já as que se associaram ao investimento pessoal foram o estado civil, local de residência, a prática de exercício físico e a funcionalidade familiar.

Conclusão: Apesar da elevada média de idades dos nossos idosos estes apresentam bastante funcionalidade e moderado investimento na vida pessoal, contudo as variáveis associadas de forma significativa a estes constructos são: ser do género masculino, ser casado ou viver em união de facto, o residir no próprio domicílio, praticar regularmente exercício físico e perceber famílias funcionais.

Palavras-chaves: Investimento na vida pessoal, Independência funcional, envelhecimento ativo, idosos.

ABSTRACT

Framework: If population ageing is faced as a triumph of the modern society, it represents at the same time a challenge to all society in order to make this process active and with good quality of life. The investment in personal life made by elders to get the best quality of life as well as to keep their functional autonomy is a very important factor that contributes to a successful ageing process.

Objectives: To identify the perception of the elders about their investment in personal life, to assess the level of functional autonomy and to analyse associations between social/demographic psychosocial and clinical variables and the personal investment and functional autonomy.

Methodology: A transversal, analytical and correlational study of quantitative nature and descriptive profile has been done, with a non-probabilistic sample, constituted by 103 elders from Mogadouro Santa Casa da Misericórdia. To measure the variables a questionnaire has been applied including a clinical, social and demographic characterisation, the Familiar Apgar Scale, the Barthel Index and the Personal Investment Scale.

Results: The evidence found through this study shows that our sample presents high levels of functional autonomy (40,8%) and investment in personal life (89,3%). The variables that are associated with functional autonomy in a significant way are the gender, the place of institutionalisation and physical exercise. The ones that are associated to personal investment are the marital status, the home place, the physical activity and the familiar functionality.

Conclusion: In spite of the high age average of our elders, they show much functionality and moderate investment in personal life, however the variables significantly associated to these constructs are: being male gender, being married or living in union of fact, reside in the home itself, practice regular physical exercise and perceive functional families.

Key-words: Investment in personal life, Functional Autonomy, Active ageing, Elders.

ÍNDICE	Pág.
Lista de Tabelas	15
Lista de Quadros	17
Lista de Abreviaturas e Siglas	19
Lista de Símbolos	21
Introdução	23
1- Enquadramento teórico	27
1.1 – Questões sobre o envelhecimento.....	27
1.2 – Institucionalização em Portugal.....	29
1.3 – (In)dependência Funcional.....	31
1.4 – Funcionalidade Familiar.....	32
1.5 – Investimento pessoal/Envelhecimento ativo.....	34
2- Metodologia	37
2.1 – Objetivos.....	38
2.2 – Participantes.....	38
2.3 – Instrumento de colheita de dados.....	38
2.4 – Procedimento Estatístico.....	41
3- Apresentação dos resultados	43
3.1 – Análise Descritiva.....	43
3.1.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	43
3.1.2 – Caracterização da situação residencial da amostra	44
3.1.3 – Caracterização clínica da amostra	46
3.1.4 – Caracterização da amostra quanto a realização de exercício físico	47
3.1.5 – Caracterização da Independência Funcional da amostra	48
3.1.6 – Caracterização da Funcionalidade Familiar da amostra	51
3.1.7 – Caracterização do Investimento Pessoal da amostra	52
3.2 – Análise Inferencial.....	54
4 – Discussão dos Resultados	65
5 – Conclusão	71
Referências Bibliográficas	75
Apêndice I – Instrumento de colheita de dados	81

Apêndice II – Autorização par efetuar colheita de dados.....	89
Apêndice III – Parecer da comissão de ética	93

Lista de Tabelas		Pág.
Tabela 1	Caraterização da amostra segundo o sexo e estado civil.....	44
Tabela 2	Estatísticas descritivas para a variável idade.....	44
Tabela 3	Caraterização da amostra de acordo com a situação residencial	45
Tabela 4	Estatísticas descritivas da variável tempo de permanência dos indivíduos institucionalizados (meses)	45
Tabela 5	Caraterização da amostra de acordo com o sofrer de alguma patologia e foro dessa patologia.....	46
Tabela 6	Caraterização da amostra quanto ao realizar alguma atividade física.....	47
Tabela 7	Atividades físicas promovidas pelas instituições.....	47
Tabela 8	Participação dos utentes institucionalizados nas atividades físicas promovidas pelas instituições.....	48
Tabela 9	Frequência absoluta e relativa em cada atividade da vida diária no momento de admissão e agora.....	49
Tabela 10	Caraterização da amostra quanto à dependência nas atividades de vida diária.....	51
Tabela 11	Caraterização da amostra de acordo com a escala de Apgar familiar.....	52
Tabela 12	Frequência absoluta e relativa de cada item da Escala de Investimento Pessoal.....	53
Tabela 13	Caraterização da amostra de acordo com a Escala de Investimento na Vida Pessoal.....	54
Tabela 14	Teste de associação entre o género e o investimento pessoal...	55
Tabela 15	Teste de associação entre o género e a independência funcional dos idosos.....	56
Tabela 16	Teste de associação entre a idade e o investimento na vida pessoal.....	57
Tabela 17	Teste de associação entre a idade e a independência funcional	58
Tabela 18	Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil e o investimento pessoal.....	59

Tabela 19	Teste de associação entre o estado civil e a independência funcional dos idosos.....	59
Tabela 20	Teste de associação entre o local de residência e o investimento na vida pessoal dos idosos.....	60
Tabela 21	Teste de associação entre a instituição e a independência funcional dos idosos.....	61
Tabela 22	Teste de Mann-Whitney entre patologia e investimento na vida pessoal.....	61
Tabela 23	Associação entre patologia e a independência funcional do idoso	62
Tabela 24	Teste de Mann-Whitney entre a prática de exercício físico e investimento na vida pessoal.....	63
Tabela 25	Teste de Mann-Whitney entre a prática de exercício físico e a independência funcional do idoso.....	63
Tabela 26	Teste Kruskal-Wallis entre a funcionalidade familiar e a independência funcional do idoso.....	64
Tabela 27	Teste Kruskal-Wallis entre a funcionalidade familiar e a independência funcional dos idosos.....	64

Lista de Quadros

Pág.

Quadro 1	Pontos de corte na Escala de Barthel.....	40
----------	---	----

Índice de Abreviaturas e Siglas

AAVD's – Atividades Avançadas de Vida Diária

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AME - Assembleia Mundial sobre Envelhecimento

AVD's – Atividades Básicas de Vida Diárias

cf. – conforme

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CV – Coeficiente de variação

DGS - Direção Geral da Saúde

Dp – Desvio Padrão

ERSJB – Estrutura Residencial São João Baptista.

et al. – e outros

INE - Instituto Nacional de Estatística

K – Kurtosis

Lar SJD – Lar S. João de Deus

M - Média

MAB – Método de Avaliação Biopsicossocial

Máx. – Máximo

Min. – Mínimo

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

N – Frequência absoluta

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

QV – qualidade de vida

SCMM – Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro

Séc. – Século

SK – Skweness

SK/erro – Skweness/error (assimetria)

U – Teste de U Mann-Whitney

UE – União Europeia

UCCM – Unidade de Cuidados Continuados de Mogadouro

Vp – Valor de prova

Lista de Símbolos

% - Percentagem

± - Mais ou menos

+ - Mais

- - Menos

< - menor que

<= - menor ou igual

= - igual

> - maior

>= - maior ou igual

X² – Teste do qui-quadrado

Introdução

Atualmente os países da União Europeia (UE), incluindo Portugal, enfrentam um dos mais importantes desafios económicos, financeiros e principalmente social: o envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, associada à acentuada diminuição da taxa de fertilidade, levam a um aumento considerável da proporção das pessoas mais idosas na população em geral (Carneiro, Chau, Fialho & Sacadura, 2012).

A Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (AME) realizada em 2002, em Madrid, com o tema “Sociedade para Todas as Idades” deu especial relevo à importância de todas as pessoas idosas puderem usufruir de uma vida saudável, física e mental, em especial em termos de autonomia, independência, capacitação e participação na vida social, orientando para a necessidade de formular respostas/ofertas adaptadas às necessidades dos diferentes grupos de idosos.

Andrade e Martins (2011) referem que o aumento da longevidade constitui um novo desafio para as sociedades, gestores de saúde, pesquisadores e para toda a população que envelhece no mundo. Também a Direção Geral da Saúde (DGS 2004) com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, tem alertado todos os profissionais da saúde no sentido de estarem despertos no desempenho das suas funções, as quais devem visar a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

O envelhecimento populacional é um triunfo mas é ao mesmo tempo um problema para a maioria dos governantes, políticos e mesmo para as pessoas em geral. Este aumento da longevidade, explicado pelo aumento da esperança de vida, não está a ser equitativamente acompanhado com a qualidade de vida perspectivada (Franco, 2010).

A razão de tal paradoxo é que ele pode ter uma contrapartida de fracasso, visto que os anos ganhos a mais podem significar anos de sofrimento e infelicidade, um tempo de perdas, incapacidades e dependência (Paschoal, 2012).

Deste modo se quisermos que o envelhecimento seja uma experiência positiva, este aumento de tempo de vida deve ser acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, segurança e participação (OMS, 2005).

Falamos então de envelhecer bem, envelhecer com sucesso, com qualidade, ou seja falamos de um envelhecimento ativo.

Para isso, manter a autonomia e a independência funcional durante o processo de envelhecimento torna-se fundamental para que este envelhecimento ativo ocorra.

A dependência funcional tem vindo a tomar um lugar de destaque neste processo, ainda que não se trate de um sinónimo de doença e dependência. De facto o aumento da população idosa leva também a um aumento do número de pessoas com debilidades físicas e emocionais e, em muitos casos, dependentes de um cuidador. O processo de envelhecimento potencia uma limitação progressiva das capacidades do idoso para satisfazer as necessidades básicas com autonomia e independência.

Drago e Martins (2012) referem que a capacidade que o idoso tem de permanecer independente é condicionada por vários fatores como: a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente, o contexto socioeconómico e cultural, o investimento realizado na vida pessoal bem como ter nascido numa sociedade mais ou menos desenvolvida e num contexto familiar com maior ou menor poder económico.

Por outro lado o aumento da população idosa juntamente com as mudanças ocorridas na nossa sociedade tais como o aumento da participação das mulheres no mundo do trabalho, a fragilidade dos laços familiares e a diminuição da solidariedade entre gerações desencadearam o processo de institucionalização do idoso. Fatores como o isolamento, a solidão, a precaridade das condições económicas e habitacionais, a dependência física e o agravamento do estado de saúde contribuíram igualmente para que a institucionalização fosse a única solução para muitos idosos.

A institucionalização dos idosos, que é por vezes um *tabu*, torna-se uma problemática social e familiar uma vez que, é uma questão de difícil gestão porque, associada a institucionalização do idoso surgem por vezes tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, frequentemente, abandono, isolamento e dificuldades na adaptação do idoso à instituição (Carvalho & Dias, 2011).

Perante o referido anteriormente e a conjuntura atual, e tendo ainda em conta a área de especialização em reabilitação que possuo e o meu quotidiano profissional, este estudo procura buscar um conjunto de contributos, através da identificação da perceção dos idosos sobre o seu investimento pessoal, assim como na avaliação dos níveis de independência funcional. Só com o conhecimento real destes dados, poderemos estabelecer programas promotores do envelhecimento ativo e saudável dos nossos idosos no futuro.

Neste sentido formulamos as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de investimento na vida pessoal dos idosos?
- Quais os níveis de independência funcional que apresentam?

- Será que as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, regime de institucionalização e prática de exercício físico), (patologias existentes) e percepção da funcionalidade familiar estão associadas ao investimento na vida pessoal desenvolvida pelos idosos?
- De que modo as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, regime de institucionalização e prática de exercício físico), variável clínica (patologia existente) e Apgar Familiar se associam a independência funcional dos idosos?

O objetivo geral do estudo visa num primeiro momento identificar a percepção dos idosos sobre o seu investimento na vida pessoal e avaliar níveis de independência funcional, num segundo momento pretende também analisar associações existentes entre as variáveis sociodemográficas e clínica, e o investimento pessoal e a independência funcional.

Para dar corpo ao estudo elaborou-se este documento que se encontra organizado em cinco secções: a primeira secção que corresponde ao enquadramento teórico; a segunda que inclui a descrição de todo o percurso metodológico; a terceira dedicada à apresentação e análise dos resultados; a quarta que integra a discussão dos resultados do estudo em confrontação com outros estudos, e por fim a conclusão onde procedemos a uma síntese dos principais resultados.

1- Enquadramento Teórico

1.1 – Questões sobre o envelhecimento em Portugal

“O envelhecimento crescente da população é uma realidade impossível de ignorar.” (Drago & Martins, 2012, p. 81). Assim sendo, o envelhecimento demográfico surge como um dos fenómenos mais relevantes do século XXI nas sociedades desenvolvidas, tornando-se para a investigação científica uma problemática de grande interesse.

A evolução demográfica em Portugal caracterizou-se, no passado recente, por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores contrastando com uma redução do peso da população jovem. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) esta tendência reflete a descida contínua da natalidade, o aumento da longevidade e o crescimento dos fluxos migratórios.

As estatísticas demográficas do INE (2013) apresentam-nos valores que confirmam a tendência de envelhecimento em Portugal. Entre 2008 e 2013 a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos de idade) aumentou 1,9 por pessoa, situando-se em 19,9%. Consequentemente, o índice de envelhecimento, que traduz o número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos, passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens.

As alterações na estrutura etária da população, consequência do decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa como já referimos anteriormente, refletem-se no contínuo processo de envelhecimento demográfico, verificando-se entre 2008 e 2013, um aumento da idade média da população residente em Portugal de cerca de 41 para 43 anos. Este aumento da proporção de idosos na população total é comum a todas as regiões de Portugal.

Sabemos ainda que entre os anos de 2008 e 2013, o índice de dependência total (número de menores de 15 anos e de pessoas com 65 anos por cada 100 pessoas em idade ativa), aumentou de 50 para 53 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, tendência transversal a todas as regiões do país, sobretudo pela influência do aumento do índice de dependência de idosos, índice que traduz o número de pessoas com 65 e mais anos

por cada 100 pessoas em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos), de 26,8% em 2008 para 29,9% em 2013.

As estatísticas demográficas, confirmam, como seria de esperar, um aumento do índice de envelhecimento em Portugal, que reflete o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos, de 115,1 em 2008 para 133,5 em 2013, ou seja, cerca 136 idosos por cada 100 jovens em 2013.

O perfil demográfico representa-se em pirâmides, e nos últimos anos estas refletem na perfeição o envelhecimento demográfico no nosso país. Observa-se um estreitamento na base da pirâmide etária, que traduz a redução dos efetivos populacionais jovens, consequência da baixa natalidade, e o alargamento do topo da pirâmide, que corresponde ao aumento do número de pessoas idosas consequência do aumento da longevidade.

As projeções apresentadas pelo INE (2013) preveem um decréscimo populacional e um forte envelhecimento demográfico da população residente em Portugal entre os anos de 2013 e 2060, em que a idade média da população poderá aumentar de 43 para 51 anos e o índice de envelhecimento da população de 136 para 307 idosos para cada 100 jovens.

O concelho de Mogadouro (onde provêm a amostra do nosso estudo) pertence ao distrito de Bragança e é um dos concelhos mais envelhecidos de Portugal. O índice de envelhecimento em 2008 situava-se entre os 226,0 e os 548,1, tendo aumentado para valores entre 226,0 e os 788,4 em 2013. Também o índice de dependência de idosos no concelho de Mogadouro aumentou de 10,9% em 1960 para 55,3% em 2011.

Perante este cenário, e tendo em conta que os estudos estatísticos indicam que o envelhecimento populacional é um fenómeno que promete prolongar-se e agravar-se, torna-se importante compreender melhor esta nossa população idosa, conhecer o seu nível de investimento pessoal, bem como grau de independência funcional para pudermos possibilitar um melhor envelhecimento ativo e saudável, ou seja uma melhor qualidade de vida.

De acordo com o 14º artigo da Declaração Política da 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento que teve lugar em Madrid (2002):

“...As crescentes necessidades do processo de envelhecimento populacional trazem a exigência de novas políticas de cuidado e tratamento, promoção de meios saudáveis de vida e ambientes propícios. Promoveremos a independência, a capacitação dos idosos e incentivaremos todas as possibilidades de participação plena na sociedade.”

1.2 Institucionalização em Portugal

Os dados demográficos referidos anteriormente têm sido responsáveis pela institucionalização de muitos idosos, facto que segundo vários autores, nem sempre é bem aceite.

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) citados por Paulos (2010), o processo de institucionalização, simbolizado pela saída do idoso da casa onde sempre residiu, comporta um conjunto de etapas tais como a decisão relativa a institucionalização, a escolha da instituição e a adaptação/integração a essa mesma instituição e pode ser um processo longo ou curto.

Pimentel (2001) aponta como principais motivos para a institucionalização o progressivo envelhecimento da população, em conjunto com as alterações na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições habitacionais, a degradação das condições de saúde e a insuficiência de serviços de proximidade. Oliveira (2008) acrescenta ao referido, a solidão e o isolamento como motivos de institucionalização.

Como podemos constatar os motivos são diversos, contudo para Carneiro, Chau, Fialho e Sacadura (2012) o motivo principal para os idosos optarem pela solução de internamento em lares deve-se à insuficiência na gestão das necessidades diárias e à impossibilidade da família prestar os cuidados necessários.

Martins (2006) diz-nos que entre nós, é nas instituições tradicionais como misericórdias até às mais variadas organizações, que a gestão pública da velhice se forma e se desenvolve. De acordo com a mesma autora (2006), só a partir da década de 70 as instituições criadas são orientadas pelos princípios a integração na comunidade e prevenção da dependência das pessoas idosas.

O processo de institucionalização pode ser traumático para o idoso, visto que pode sentir a sua realidade habitual ameaçada, mas também a família pode sofrer de sentimentos de culpa por não serem capazes de cuidar do seu familiar.

O lar de cada pessoa, como unidade holística, sugere a importância de investigar e teorizar sobre o processo que liga o idoso ao seu lar, bem como os problemas da permanência do idoso na comunidade. O processo de separação que se verifica quando o idoso é institucionalizado, assim como o de adaptação a um novo ambiente a que ironicamente chamamos "Lar" implica sempre um processo longo de apropriação, ligação e identidade,

muitas vezes penoso, até que se possa de facto se puder chamar “Lar” do idoso (Martins,2006).

A institucionalização acarreta para o idoso uma rutura nas suas relações, mas em contrapartida pode também permitir o acesso a novas amizades, principalmente a idosos incapacitados ou mesmo em situação de isolamento social, que se viam já privados do contato com os outros.

De acordo com Paulos (2010) para determinadas pessoas, concretamente as com alguns recursos económicos, a instituição de cuidados geriátricos pode proporcionar a manutenção da sua autonomia pessoal, a participação em atividades lúdicas e recreativas na sociedade, a conservação das relações familiares sem grandes conflitos. No lado negativo da institucionalização, destaca-se a perda de privacidade, a obrigação do cumprimento de normas e orientações da própria instituição bem como a partilha de tempo e atividades com pessoas com quem não existem laços de amizade, e que nem se pretendem criar.

A fase da vida em que o idoso entra para uma instituição é representada como a última etapa da sua trajetória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno. A institucionalização definitiva das pessoas idosas em lares implica em muitos casos uma rutura com o quadro de vida quotidiano e impõe-se como uma situação que é irreversível (Martins, 2006).

Em alternativa a institucionalização surge a possibilidade do idoso permanecer no seu domicílio, mas com uma rede de apoio que o mesmo pode contratar a instituições com o serviço de apoio domiciliário instituído.

Quaresma (1998) citado por Martins (2006, p.139) dizia num painel sobre “Idosos do Séc. XX” que o “apoio domiciliário é uma forma de intervenção social que urge ser mais conhecida, de modo a torna-la um instrumento privilegiado de resposta a muitas situações e problemas pessoais e familiares, sobretudo face aos desafios do envelhecimento”.

Pynoos e Regnier (1991) referidos por Paulos (2010, p.19) afirmam que a promoção de qualidade de vida em contextos gerontológicos assenta em intervenções ao nível de manter e promover ambientes e espaços caracterizados pela privacidade, interação social, controlo do meio/autonomia, personalização, estática, segurança, acessibilidade, adaptabilidade, estimulação, orientação e familiaridade.

Martins (2006), no seu artigo sobre “Envelhecimento e políticas sociais” refere no final do mesmo que todas as reflexões feitas sobre a envolvente habitacional/institucional do idoso levou a concluir que não existem soluções consideradas ótimas e universais para os idosos, e que mesmo as soluções aparentemente menos favoráveis podem ter vantagens para o bem-estar do idoso se a possibilidade de escolha e/ou adequação desse mesmo ambiente pelo idoso for preservada.

1.3 (In)Dependência Funcional

As pessoas idosas encontram-se numa situação particular de vida, que não é apenas inseparável da sua idade, mas também de todos os acontecimentos que ocorreram ao longo do seu percurso de vida. A capacidade que o idoso tem de se manter independente é influenciada por uma série de fatores como os hábitos e estilos de vida, constituição genética, o meio ambiente, o contexto socioeconómico e cultural bem como ter nascido numa sociedade menos ou mais desenvolvida e num contexto familiar com maior ou menor capacidade económica (Drago & Martins, 2012).

Sousa (2008) citado por Drago & Martins (2012) diz também que os indicadores críticos da possibilidade de vida independente, são constituídos pela capacidade revelada em preservar funções de cuidados pessoais como vestir-se, lavar-se e cuidar de si mesmo, bem como atividades instrumentais que possam servir para a manutenção de vida diária como é a capacidade de orientação no tempo e no espaço, capacidade de fazer compras, de usar o telefone, de gerir o seu dinheiro e de fazer compras.

De facto a dependência surge quando há uma perda mais ou menos acentuada da autonomia funcional de uma pessoa, e que faz com que essa pessoa necessite da ajuda de terceiros. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição, que pode ser aguda ou crónica, afeta a funcionalidade do idoso e o desempenho das suas atividades de vida diária.

Em nossa opinião torna-se importante esclarecer os conceitos de autonomia, dependência e independência. Assim para Drago e Martins (2012) autonomia corresponde ao “comportamento do individuo em relação a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adotado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes”. Ainda fazendo referência às mesmas autoras afirmamos, que a perda de autonomia é um dos fenómenos que maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma, especialmente a nível psicológico.

Os conceitos de independência e dependência são por vezes complexos e difíceis de operacionalizar contudo para Sequeira (2012), o conceito de dependência, significa a incapacidade do indivíduo alcançar um nível de satisfação aceitável no que diz respeito às suas necessidades, visto que depende da ajuda de terceiros para adotar comportamentos ou realizar tarefas.

Este conceito surge como uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de proteção social às pessoas que necessitam de ajuda nas atividades de vida diária para a satisfação das suas necessidades básicas (Quaresma, 2004).

A capacidade funcional caracteriza-se pela capacidade que o idoso tem em manter uma vida independente e autónoma. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) considerou que podem ser definidas três subdimensões que são fundamentais para a independência e autonomia: as “Atividades Básicas de Vida Diárias (AVD’s), que avaliam as funções de sobrevivência como o alimentar-se, higienizar-se, vestir-se, transferir-se e o controlo de esfíncteres; as “Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD’s)” englobam problemas mais complexos da vida quotidiana tais como gerir o dinheiro, realizar compras, utilizar telefone, sair só, etc. Por último as “Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD’s)” incluem atividades ocupacionais, recreativas e voluntárias sociais.

Apesar das preocupações não tem existido consenso em termos de medição do significado de dependência. As escalas de avaliação disponíveis são todas guiadas por uma perspetiva funcionalista. De forma a uniformizar a informação em relação à avaliação funcional dos idosos, utilizam-se os instrumentos de avaliação funcional baseados nas AVD’s do idoso tal como: Escala de Katz, Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB), Escala de Barthel, Escala de Lawton e Brody, etc.

Araújo (2008) referido por Faria (2012) assume que a independência dos idosos na execução das AVD’s estabelece o seu grau de funcionalidade e que tem um impacto significativo na sua saúde e também na sua qualidade de vida.

1.4 Funcionalidade Familiar

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, que se depara com novos desafios em termos sociais, económicos e sanitários, também as famílias têm vindo a sofrer importantes transformações, mantendo-se porém a importância fundamental no processo de cuidar dos seus membros.

Corroboramos Andrade e Martins (2011) quando referem que os fatores sociais, políticos, económicos e culturais contribuíram de forma decisiva para as alterações na estrutura familiar. As mesmas autoras mencionam que a família nuclear deixou de ser o modelo prevalente e que nos dias de hoje existem inúmeras formas de organização familiar.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011, p.115), a família é definida como o “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social, constituída pela família

como um todo, é vista como algo mais que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo”.

Nesta análise vemos que a família constitui um sistema social, que apesar da conceptualização adotada, desempenha funções importantes na sociedade, particularmente de natureza afetiva, educativa, reprodutiva e de socialização. Para além das alterações sofridas ao longo das várias gerações, a função afetiva tem prevalecido ao longo do tempo. A influência da qualidade do ambiente afetivo na funcionalidade familiar é defendida por vários autores dos quais destacamos Andrade e Martins (2011).

A escala de Apgar Familiar é um instrumento que permite mensurar a satisfação relativamente à assistência prestada pelos membros da família ao idoso avaliando assim a funcionalidade familiar. A maneira como os membros da família interagem entre si leva a que se possa avaliar se a família é funcional ou disfuncional.

As famílias são consideradas funcionais ou maduras quando respondem com estabilidade emocional às situações críticas e aos conflitos, havendo harmonia no convívio entre os membros da família. Estão comprometidos entre si e uns-nos laços de carinho e responsabilidade, e as suas relações são baseadas em compreensão e respeito. Há um assumir de um papel fundamental por parte destas famílias no cuidado ao idoso (Andrade & Martins, 2011).

Nas famílias disfuncionais ou chamadas imaturas, há um individualismo onde os interesses individuais são priorizados. Os vínculos são superficiais e a hostilidade e agressividade são comuns, e em situações de crise culpam-se uns aos outros (Souza et al, 2014).

O sistema familiar a que o idoso pertence influencia a sua qualidade de vida, assim se o idoso estiver rodeado de relações que têm por base o respeito, o carinho e a atenção para com todos os membros da família terá melhores condições para viver a sua velhice com a melhor qualidade de vida possível.

Porém de acordo com Pinto (1997) referenciado por Souza et al (2014), se o idoso estiver inserido numa família disfuncional poderá enfrentar uma velhice problemática, pois as famílias imaturas podem não fornecer os cuidados necessários ao idoso.

Lenoir (1985) referenciado por Correia (2003) fala-nos de uma desfamíliação como o processo de desmoronamento da então conhecida como família tradicional. Correia (2003), refere também que assiste-se hoje a uma transferência da obrigação da assistência aos idosos dos filhos para a sociedade, consequência desta cada vez mais visível modificação da natureza e intensidade dos laços intergeracionais.

1.5 Investimento Pessoal/Envelhecimento Ativo

O conceito de envelhecimento ativo envolve os indivíduos, as suas famílias e a comunidade que os rodeia, constituindo indicadores de qualidade do envelhecimento das pessoas e populações, resultante da sua interação (Rodrigues, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005,p.13) define: “ Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

Como indicadores de um envelhecimento satisfatório e de uma boa qualidade de vida (QV) na velhice temos a capacidade de manter ou restabelecer o bem-estar subjetivo em uma situação que provoca limitações ou perda de capacidades, estar satisfeito com a vida atual, ter expectativas positivas em relação ao futuro, investir no alcance de metas significativas e manter um senso de significado pessoal, ou seja um bom investimento na vida pessoal.

Sabemos desde cedo que é preciso ter um planeamento ajustado para tudo que fazemos nas nossas vidas, desde a escolha do curso/profissão, emprego desejado, pessoas a acompanhar-nos, outros objetivos pessoais delineados etc...tudo deve ser planeado, levando em conta as nossas necessidades e anseios, com estratégias claras para a sua obtenção.

Esta atitude proactiva perante a vida e as circunstâncias que a rodeiam com estabelecimento de metas é assumida como forma de investimento na vida pessoal. Em nossa opinião trata-se de um constructo que resulta da soma dos investimentos nos muitos domínios importantes da vida (saúde, funcionamento intelectual, passatempo e interesses, relação com amigos e conhecidos, sexualidade, bem-estar da sua família, independência, vida como um todo e a morte e o morrer) e constitui um indicador fundamental no investimento relatado pelos indivíduos nas suas vidas como um todo.

Alguns estudos têm demonstrado que o investimento na vida pessoal está positivamente relacionado com os níveis de adaptação apresentados pelos indivíduos, refletindo-se esta como um verdadeiro desafio na velhice. O investimento em termos de pensamentos e ações que as pessoas realizam em diferentes domínios de vida têm também uma forte relação com os mecanismos de seleção adotados assim como com as metas da vida estabelecidas.

De facto à medida que são experienciadas situações de sucesso e de fracasso, os indivíduos fazem uso das suas capacidades de reserva, enfrentamento e de adaptação para conseguirem lidar com a diminuição de recursos e as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, selecionando os domínios e as prioridades da vida nos quais serão feitos maiores investimentos pessoais em termos de pensamento, tempo e ação, quer mesmo abandonando, substituindo ou recuperando metas e projetos pessoais.

Exemplo deste investimento na vida pessoal é a história que se conta sobre o mundialmente famoso violoncelista Pablo Casals, que aos 80 anos quando questionado por um jovem estudante sobre o porquê de continuar a praticar com tanto afinco os seus ensaios na música, responde que o fazia para tocar melhor (Balter & Smith, 2006). Esta história ilustra bem uma perspetiva de ganho na velhice, de investimento pessoal.

O envelhecimento ativo permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida, e que as mesmas participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, capacidades e desejos, ao mesmo tempo propicia segurança, proteção e cuidados adequados (OMS, 2005).

Se o objetivo do envelhecimento ativo é melhorar a qualidade de vida é importante definir qualidade de vida. Porém devido a natureza abstrata do termo qualidade, há inúmeros conceitos de qualidade de vida. Assim o conceito qualidade de vida está sujeito a múltiplos pontos de vista e que varia de época, país, cultura, classe social e até de indivíduo para indivíduo (Paschoal, 2011).

A qualidade de vida na velhice é fortemente determinada pela capacidade do idoso manter a sua autonomia e independência.

Relativamente aos idosos, a qualidade de vida é analisada utilizando alguns indicadores, incluindo a saúde, capacidades funcionais (autocuidado), situação financeira, relações sociais, atividade física, serviços de saúde e sociais, comodidades na própria casa, satisfação com a vida, oportunidades de aprendizagem e culturais (Marques, Sánchez & Vicario, 2014).

A abordagem da qualidade de vida na velhice, à semelhança do conceito de qualidade de vida no geral não reúne consenso, apenas em relação à sua multidimensionalidade. Paschoal (2011) diz que:

“... qualidade de vida idealizada é a opinião da pessoa idosa, naquele momento, acerca da importância de vários itens e dimensões para uma boa ou má qualidade de vida na velhice, e qualidade de vida realizada é a situação atual da pessoa em relação aos mesmos itens e dimensões, verificando, de imediato, se ela desempenha, tem, ou sente o que considerou importante, ou se ela não desempenha, não tem ou não sente o que julgou ser pouco importante ou sem importância”.

O envelhecimento pode ser vivido de inúmeras formas, e vivenciar um envelhecimento ativo e bem-sucedido depende não apenas das questões relacionadas com a saúde, mas das ações e responsabilidades de cada idoso, que se torna assim num agente importante na promoção do seu próprio envelhecimento.

Não podemos dissociar a velhice da própria vida pois dela faz parte integrante e as pessoas idosas devem ser encorajadas a considerar-se autores da sua vida no funcionamento da sociedade, pois são os resistentes de um processo de sobrevivência ativa (Colén, 2012).

A definição de metas pelos idosos e o investimento que cada um realiza para atingir essas metas, bem como a sua capacidade de adaptação às várias perdas inerente a esta fase da vida, está diretamente relacionado com a satisfação com a vida traduzindo num envelhecimento com sucesso ou seja um envelhecimento ativo.

2- Metodologia

Optamos pelo método de investigação quantitativo, que se caracteriza pela medida das variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo transversal, pois de acordo com Fortin (2009), o estudo transversal serve para medir a frequência da aparição de um problema ou acontecimento numa população numa população num dado momento. Enquadra-se num desenho de estudo descritivo transversal e analítico correlacional. Trata-se então de um estudo descritivo uma vez que pretendemos descrever características de uma determinada população, neste caso a população idosa, assim como explorar e estabelecer relações entre variáveis o que o torna igualmente um estudo analítico correlacional. Neste estudo, analisou-se a influência das variáveis dependentes, ou seja, sociodemográficas e clínicas sobre as variáveis independentes: o investimento pessoal e a independência funcional.

As variáveis estão incluídas no enunciado do objetivo, nas questões de investigação e nas hipóteses (Fortin,2009), e são consideradas as unidades de base da investigação, bem como qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações possíveis de mudar ou variar no tempo, sendo classificadas de acordo com o papel que exercem na investigação.

Para Fortin (2009, p.171): “A variável independente, chamada também de variável experimental, é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente”. Já a variável dependente para a mesma autora (2009, p.171) é: “...a que sofre o efeito da variável independente; é o resultado predito pelo investigador”. Assim definimos no nosso estudo como variáveis dependentes o investimento pessoal e a independência funcional no idoso. No que respeita às variáveis independentes estas foram divididas em dois grupos: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil) e dados relativos a institucionalização (instituição, tempo de instituição, doenças, atividade física).

No que concerne à operacionalização das variáveis a mesma coincide com a descrição inerente às dimensões dos instrumentos de dados que irá ser realizada no capítulo 2.3.

2.1 Objetivos

De acordo com o objetivo geral por nós definido anteriormente enumeramos em seguida os objetivos específicos:

- Caracterizar socio demograficamente os indivíduos da amostra.
- Identificar as variáveis sociodemográficas.
- Identificar variáveis clínicas.
- Identificar níveis de investimento pessoal na amostra.
- Identificar níveis de independência funcional na amostra.
- Verificar e comparar na amostra, a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínica e Apgar Familiar com o nível de investimento pessoal.
- Verificar e comparar na amostra, a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínica e Apgar Familiar com o nível de independência funcional.

2.2 Participantes

A amostra deste estudo é uma amostra do tipo não probabilístico de conveniência, uma vez que foi realizada nas várias valências da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, e compreendeu os idosos institucionalizados, em centro de dia ou com apoio domiciliário, que frequentavam a instituição até ao dia 30 de Abril de 2015. Como critérios de exclusão definimos: clientes com menos de 65 anos uma vez que não são considerados idosos e clientes com limitações psicológicas e intelectuais ou de ordem fisiológica que limitassem as capacidade de resposta às questões.

A nossa amostra é então constituída por 103 participantes, sendo 54,4% de indivíduos do sexo feminino e 45,6% do sexo masculino.

2.3 Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin (2009) a escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo de variável e dos instrumentos disponíveis. O investigador deve antecipadamente questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para a recolha de dados junto da sua amostra é o mais conveniente para responder às questões de investigação ou verificar as hipóteses.

Neste estudo, e tendo em conta a população alvo, bem como as questões de investigação, o instrumento de colheita de dados elegido foi o questionário. O questionário foi construído e adaptado ao problema e aos objetivos do estudo, estando organizado em cinco secções: a primeira e a segunda secção serviram para caracterizar a amostra (sócio demograficamente, variáveis sobre a institucionalização, clínicas e exercício físico); a terceira secção destinou-se à avaliação da funcionalidade familiar, através da aplicação da escala de Apgar; a quarta secção destinou-se à mensuração da independência funcional dos idosos, através da aplicação da Escala de Barthel; a quinta e última secção destinou-se à mensuração do investimento pessoal pelos idosos recorrendo-se ao uso da Escala de Investimento Pessoal.

Secção I: Caracterização Sociodemográfica

Este grupo é constituído por 3 questões fechadas. Procura obter elementos de natureza pessoal ou seja, a caracterização do inquirido como sexo, idade e estado civil.

Secção II: Dados relativos à Institucionalização

Este grupo é constituído por 5 questões fechadas. Procura conhecer a situação do idoso em relação ao regime de institucionalização, qual a valência assim como o tempo de permanência na instituição. Permite-nos também perceber se o idoso sofre de alguma doença, bem como se realizada alguma atividade física bem como se a instituição onde se encontra promove atividades físicas e se o idoso participa nelas.

Secção III: Funcionalidade Familiar

Para avaliar a funcionalidade familiar foi utilizada uma escala de Apgar Familiar criada por Smilktein e adaptado à população portuguesa por Azeredo (1998), constituída por cinco questões que permitem quantificar a perceção que o doente tem sobre o funcionamento da sua família.

Cada questão permite três tipos de resposta: “quase sempre”, “algumas vezes” e “quase nunca” sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado total da escala obtêm-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas e varia entre 0 e 10 pontos.

Uma pontuação global de 0 a 3 pontos sugere uma família com “disfunção acentuada”, de 4 a 6 pontos uma família com “moderada disfunção” e uma pontuação global de 7 a 10 pontos uma família “altamente funcional”.

O objetivo das questões é avaliar a adaptação intrafamiliar, a convivência e comunicação, o crescimento e desenvolvimento, o afeto e a dedicação à família (Oliveira, 2003).

Secção IV: Independência Funcional

A escala de Barthel foi criada por Dorothea Barthel e Florence Mayoney, tendo Surya Shah surgido com uma nova versão em 1989. Foi validada para a população portuguesa por Ricardo Loução, José Pereira e Carlos Colaço. Tem como objetivo medir a função física que se centra no autocuidado e mobilidade básica.

Trata-se de um instrumento que possui ótimos resultados de fidelidade e validade, muito utilizada na monitorização da (in)dependência funcional dos indivíduos, baseando essa mesma avaliação na realização de dez Atividades de Vida Diárias (AVD's): comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965).

A avaliação destas dez atividades permite medir a capacidade que o indivíduo em para ter uma vida independente.

A versão original a pontuação da escala vai de 0-100, correspondendo o zero a máxima dependência para todas as AVD's, e a pontuação de 100 equivale a independência.

Quadro 1 – Pontos de corte na Escala de Barthel

Independente	100
Ligeiramente dependente	60-99
Moderadamente dependente	61-35
Severamente dependente	34-20
Totalmente dependente	<20

Secção V: Investimento Pessoal

A Escala de investimento na vida pessoal foi elaborada por Freire SA em 2001, e posteriormente testada para a população portuguesa por Martins e Santos (2012). Foi desenvolvida para avaliar o investimento pessoal na vida, considerada crucial na velhice. Investiga-se o investimento em domínios importante para os mais idosos, domínios esses que são: saúde, funcionamento intelectual, lazer, relação afetivo-social, sexualidade, bem-estar de familiares, independência, a vida como um todo e a morte. Trata-se de um instrumento breve, de fácil compreensão, aplicação e cotação.

A escala utilizada é composta por 9 itens, com cinco alternativas de resposta: “**muito pouco**”, “**pouco**”, “**mais ou menos**”, “**muito**” e “**muitíssimo**”. Cada uma é cotada de 1 a 5,

respetivamente. O resultado final é o somatório das cotações de cada resposta e varia entre 9-45 pontos.

Quanto maior for a pontuação total, maior será o nível de investimento na vida pessoal.

De acordo com a pontuação obtida, e considerando a inexistência de grupos de corte, foi aplicada a fórmula apresentada por os autores Pestana & Gageiro (2000) para a constituição dos grupos: (**Média \pm 0.25 dp**).

Do resultado obtido, adotar-se-á a seguinte classificação:

- **Baixa Investimento:** ($\leq M - 0.25dp$) (≤ -21 pontos)
- **Moderado investimento:** ($\geq M - 0.25dp \geq M \leq M + 0.25dp$) (22-35)
- **Elevado investimento:** ($\geq M + 0.25dp$) (≥ 36 pontos)

2.4 Procedimento Estatístico

Após terminar a coleta de dados, efetuou-se uma primeira análise à base de dados onde irão ser inseridos os questionários, com o objetivo de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no Statistical Package for the Social Sciences, versão 20 para Windows. Para caracterizar a amostra recorremos a medidas de tendência central tais como: a média amostral; as medidas de dispersão como o coeficiente de variação (CV) e o desvio padrão (Dp); as medidas de assimetria e o achatamento conforme as variáveis em estudo.

Através do cociente entre (SK) com o erro padrão (Std. Error) obtemos a medida de assimetria Skewness (SK). Se $SK/StdError$ oscilar entre -2 e 2, a distribuição é simétrica, porém se for inferior a -2 a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita; se $SK/StdError$ for superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2000). Em relação às medidas de achatamento curtose (K), o resultado é igualmente obtido através do cociente com o erro padrão. Assim sendo se $K/Stderror$ oscilar entre -2 e 2 a distribuição é considerada mesocúrtica. Se $K/StdError$ for inferior a -2 a distribuição é platicúrtica, enquanto para $K/StdError$ superior a +2, a distribuição é considerada leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2000).

Na inferência estatística e devido à natureza das variáveis em estudo aplicaram-se testes não paramétricos, nomeadamente:

- Teste de Qui-Quadrado (X^2) – este teste não paramétrico permite verificar qual o efeito de uma variável endógena testando as médias da variável endógena de forma a saber se e cada categoria do fator estas são iguais ou não entre si.
- Teste U-Mann Whitney – este teste não paramétrico compara o centro de localização das duas amostras como forma de detetar diferenças entre duas populações correspondentes comparando os valores das medianas. Este é um teste de eleição quando há violação da normalidade ou quando a amostra é pequena ou quando as variáveis são de nível menos ordinal.
- Teste Kruskal-Wallis – este teste é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, sendo alternativa ao One-Way Anova quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último.
- Teste de Fisher – neste teste baseia-se no cálculo da distribuição de probabilidades das frequências da tabela. No entanto tal não é possível na situação das tabelas com margens livres ou com uma margem fixa e outra livre, pois a probabilidade de uma dada distribuição das frequências é função de parâmetros de valor desconhecido.

O nível de significância adotado foi de 5%, como tal, sempre que o valor de prova seja inferior à significância, valida-se estatisticamente a hipótese formulada.

3 – Apresentação dos resultados

Neste capítulo, iremos apresentar os resultados obtidos referentes ao tratamento estatístico dos dados recolhidos através do questionário aplicados aos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro.

Primeiramente a apresentação dos resultados será feita através da análise descritiva, com o objetivo de estudar as variáveis que caracterizam a nossa amostra e as duas variáveis dependentes em estudo. Posteriormente a apresentação dos dados será feita recorrendo à análise inferencial, procurando-se assim estabelecer relações entre as variáveis independentes selecionadas e as dependentes.

3.1 – Análise Descritiva

Os dados resultantes da análise descritiva apresentam-se esquematizados em tabelas precedidas das respetivas análises.

3.1.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

De acordo com os resultados apresentados na tabela 1 verificamos que a amostra deste estudo é constituída por 103 indivíduos, dos quais 56 são do género feminino e os restantes 47 do masculino. A maioria dos inquiridos (53,4%) são viúvos, 34% são casados, cerca de 11% solteiros e os restantes são divorciados ou separados.

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo o sexo e estado civil

		N	%
Sexo	Masculino	47	45,6
	Feminino	56	54,4
	Total	103	100,0
Estado civil	Solteiro	11	10,7
	Casado/união de facto	35	34,0
	Viúvo	55	53,4
	Divorciado/separado	2	1,9
	Total	103	100,0

A idade dos inquiridos (c.f. tabela 2) varia entre 65 e 100 anos, sendo a idade média 83,17 anos e o desvio padrão 6,70 anos. O coeficiente de variação obtido foi de 8,06% o que traduz uma dispersão baixa em torno da média. Concluimos ainda que a distribuição das idades é simétrica pois a assimetria (Sk) e o achatamento (K) estão compreendidos entre -2 e 2.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas para a variável idade

Idade	N	Min.	Máx.	Média	Dp	Sk/error	K/error	Cv (%)
	103	65	100	83,17	6,70	-0,15	0,46	8,06

3.1.2 – Caracterização da situação residencial da amostra

Relativamente a esta variável constatamos que a maioria dos inquiridos (N=70, 68%) está institucionalizada, 29,1% reside no domicílio com apoio domiciliário e os restantes (N=3) estão em centros de dia. No que concerne aos institucionalizados, 41,4% encontram-se no Lar de S. João de Deus (Lar SJD), 30% estão na Estrutura Residencial S. João Batista (ERSJB), 14,3% na Unidade de Cuidados Continuados (UCCM) e também 14,3% no Lar de Bruço. Estes resultados são apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização da amostra de acordo com a situação residencial

		N	%
Situação	Institucionalizado	70	68,0
	No domicílio com apoio domiciliário	30	29,1
	Centro de dia	3	2,9
	Total	103	100,0
Institucionalizados	Lar de S. João de Deus	29	41,4
	Estrutura Residencial S. João Batista	21	30,0
	UCCM	10	14,3
	Lar de Bruço	10	14,3
	Total	70	100,0

No que diz respeito ao tempo a que está institucionalizado, obteve-se uma variação entre 1 mês e 30 anos, sendo a média 43,94 meses (3,7 anos) e o desvio padrão 63,89 meses (5,3 anos). O coeficiente de variação obtido foi de 145,40% o que traduz uma elevada dispersão dos dados em torno da média. O coeficiente de achatamento e o de Curtose são ambos superiores a 2 pelo que a distribuição é assimétrica positiva e leptocúrtica. Estes resultados são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas da variável tempo de permanência dos indivíduos institucionalizados (meses)

Tempo de permanência (meses)	N	Min.	Max.	Média	Dp	Sk/error	K/error	Cv (%)
	70	1	360	43,94	63,89	2,46	7,88	145,40

3.1.3 – Caracterização clínica da amostra

Na tabela 5 apresentamos os dados relativos às patologias dos participantes no estudo: vimos que a grande maioria dos inquiridos sofre de alguma doença (85,4%), e apenas 14,6% diz não sofrer. As patologias que predominam são as doenças dos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico.

Tabela 5 – Caracterização da amostra de acordo com o sofrer de alguma patologia e foro dessa patologia

		N	%
Sofre de alguma doença	Sim	88	85,4
	Não	15	14,6
	Total	103	100,0
Doença do foro:	Respiratório	6	6,8
	Metabólico	10	11,4
	Neurológico	19	21,6
	Psiquiátrico	2	2,3
	Neoplásico	5	5,7
	Músculo-esquelético	22	25,0
	Cardiovascular	21	23,9
	Gastrointestinal	2	2,3
	Genético	1	1,1
	Total	88	100,0

3.1.4 – Caraterização da amostra quanto a realização de exercício físico

A tabela 6 mostra as práticas de atividade física regular para os idosos e é mencionada por cerca de 61% dos inquiridos, que privilegiam a caminhada. Apenas um inquirido refere a ginástica como opção. Os restantes 38,8% não realizam nenhuma atividade física.

Tabela 6 – Caraterização da amostra quanto ao realizar alguma atividade física

			N	%
Atividade física	Sim	Caminhada	62	60,2
		Ginástica	1	1,0
		Total	63	61,2
	Não		40	38,8
	Total		103	100,0

Quanto à questão “promoção de atividades físicas pelas instituições” constata-se que a UCCM proporciona fisioterapia aos seus utentes. O Lar de S. João de Deus e o de Bruço promovem ginástica e fisioterapia e a Estrutura Residencial de S. João Batista promove para além destas, a hidroginástica. Deste modo, podemos concluir que em maior ou menor grau todas as instituições promovem algum tipo de atividade física (tabela 7).

Tabela 7 – Atividades físicas promovidas pelas instituições

		N	%
Atividades físicas promovidas pelas instituições	Fisioterapia (UCCM)	10	14,3
	Ginástica e fisioterapia (Lar S. João de Deus e Lar de Bruço)	39	55,7
	Hidroginástica, ginástica e fisioterapia (ERSJB)	21	30,0
	Total	70	100,0

A participação dos inquiridos institucionalizados nas atividades promovidas é apresentada na tabela 8. Observa-se que 60% destes inquiridos participa nas atividades, propostas, principalmente aqueles que se encontram na Estrutura Residencial de S. João Batista (14 em 21), na UCCM (8 em 10) e no lar de Bruço (7 em 10). No Lar de S. João de Deus apenas 13 em 29 participam nas atividades físicas

Tabela 8 – Participação dos utentes institucionalizados nas atividades físicas promovidas pelas instituições

Participação nessas atividades	Sim		Não		Total	
	N	% total	N	% total	N	%
Lar de S. João de Deus	13	18,6	16	22,3	29	41,4
ERSJB	14	20,0	7	10,0	21	30,0
UCCM	8	11,4	2	2,9	10	14,3
Lar de Bruço	7	10,0	3	4,3	10	14,3
Total	42	60,0	28	40,0	70	100,0

3.1.5 – Caracterização da Independência Funcional da amostra

O índice Barthel é uma escala que tem sido usada para avaliar a independência dos idosos na realização das atividades da vida diária e contempla cinco categorias: independente, ligeiramente dependente, moderadamente dependente, severamente dependente e totalmente dependente. Neste estudo apresentamos a distribuição da amostra em cada uma das dez atividades da vida diária e também nas várias categorias em dois momentos: no momento de admissão e no momento atual;

Na amostra em estudo a maioria dos utentes são independentes em todas as AVD'S com exceção da higiene, onde apenas 44,7% e 34% estão nessa categoria, respetivamente nas duas avaliações. A atividade da vida diária mais independente é a alimentação tendo-se registado igual percentagem de independentes nos dois momentos (80,6%), seguindo-se a defecação e a micção

com percentagem de 78,6% e 77,7% no momento de admissão e, 77,7% e 75,7% no momento atual, respetivamente.

De uma maneira geral, a percentagem de independentes diminui do primeiro para o segundo momento de avaliação nas AVD'S. Apenas na alimentação, já mencionada, na transferência cama/cadeira e na deambulação a percentagem de independentes manteve-se inalterada entre as duas avaliações. O maior decréscimo de independentes foi registado na higiene, com uma diminuição na ordem dos 10%. Estes dados encontram-se expressos na tabela 9.

Tabela 9 – Frequência absoluta e relativa em cada atividade da vida diária no momento de admissão e agora

AVD's		Admissão		Atualmente	
		N	%	n	%
Alimentação	Independente	83	80,6	83	80,6
	Necessita de ajuda	17	16,5	17	16,5
	Dependente	3	2,9	3	2,9
Higiene	Independente	46	44,7	35	34,0
	Dependente	57	55,3	68	66,0
Vestir	Independente	60	58,3	54	52,4
	Necessita de ajuda	8	7,8	14	13,6
	Dependente	35	3,40	35	34,0
Arranjo pessoal	Independente	63	61,2	57	55,3
	Dependente	40	38,8	46	44,7

Defecação	Continente	81	78,6	80	77,7
	Acidente ocasional	10	9,7	10	9,7
	Incontinente	12	11,7	13	12,6
Micção	Continente	80	77,7	78	75,7
	Acidente ocasional	10	9,7	10	9,7
	Incontinente	13	12,6	15	14,6
Ir à casa de banho	Independente	73	70,9	72	69,9
	Necessita de ajuda	14	13,6	15	14,6
	Dependente	16	15,5	16	15,5
Transferência cama/cadeira	Independente	72	69,9	72	69,9
	Necessita de ajuda	15	14,6	16	15,5
	Dependente	16	15,5	15	14,6
Deambulação	Independente	64	62,1	64	62,1
	Necessita de ajuda	24	23,3	24	23,3
	Dependente	15	14,6	15	14,6
Subir e descer escadas	Independente	62	60,2	58	56,3
	Necessita de ajuda	18	17,5	21	20,4
	Dependente	23	22,3	24	23,3

Na sequência disto, é de esperar percentagem relativamente elevadas nas categorias com maior independência. Assim, no momento de admissão a maioria dos inquiridos (51,5%) era independente, cerca de 19% eram ligeiramente dependentes, 9% moderadamente independentes, 7,0 % severamente dependentes e havia 13,6% (n=14) totalmente dependentes. Na avaliação feita aquando da recolha de dados, a percentagem de independentes baixou cerca de 10% face ao momento de admissão, tendo aumentado, em cerca de 10,0 %, os ligeiramente dependentes. De notar que o número de totalmente independentes manteve-se constante entre o momento de admissão e o momento de recolha de dados. Estes resultados encontram-se expressos na tabela 10.

Tabela 10 – Caraterização da amostra quanto à dependência nas atividades da vida diária

Índice de Barthel	Admissão		Atualmente	
	N	%	N	%
Independente	53	51,5	42	40,8
Ligeiramente dependente	20	19,4	30	29,1
Moderadamente dependente	9	8,7	11	10,7
Severamente dependente	7	6,8	6	5,8
Totalmente dependente	14	13,6	14	13,6
Total	103	100	103	100

3.1.6 – Caraterização da Funcionalidade Familiar da amostra

Um outro dado que quisemos conhecer é a perceção dos idosos sobre a funcionalidade da sua família. A escala de Apgar familiar avalia esta funcionalidade e é constituída por cinco itens cujas pontuações podem ser: zero (Quase Nunca), um (Algumas vezes) e dois (Quase sempre). Deste modo a soma das pontuações varia entre zero e dez, sendo que pontuações entre 7 e 10 são classificados como altamente funcionais, pontuações entre 4 e 6 têm uma disfunção leve e pontuações entre 0 e 3 são severamente disfuncionais.

No caso específico da nossa amostra, 48,5% (n=50) percebe a família como sendo altamente funcional, 38,8% (n=40) entende que existe uma disfunção leve e os restantes 12,6% (n=13) severamente disfuncionais. Estes resultados são apresentados na tabela 11.

Tabela 11 – Caracterização da amostra de acordo com a escala de Apgar familiar

Escala de Apgar familiar	N	%
Altamente funcional	50	48,5
Disfunção leve	40	38,8
Disfunção severa	13	12,6
Total	103	100

3.1.7 – Caracterização do Investimento Pessoal da amostra

Uma outra escala que utilizamos foi a escala de investimento na Vida Pessoal. Esta é constituída por 9 itens, com cinco possibilidades de resposta: Muito pouco, pouco, mais ou menos, muito e muitíssimo, às quais se atribuem de 1 a 5 pontos, respetivamente. Esta escala é operacionalizada pela soma das pontuações dos nove itens, e, os autores referem que quanto maior for a pontuação total, maior terá sido o investimento na vida pessoal. Esta escala contempla três categorias: Baixo investimento (pontuações ≤ 21 pontos), moderado investimento (pontuações entre 22 e 35 pontos) e elevado investimento (pontuações ≥ 36 pontos).

Na tabela 12 apresentamos as frequências absolutas e relativas em cada item desta escala. Da sua análise constata-se que a maioria das respostas concentra-se no mais ou menos ou no muito, pelo que de uma maneira geral, os inquiridos investiram positivamente na sua vida pessoal. A única exceção é a sexualidade pois a maioria dos inquiridos (56,3%) considera que investiu muito pouco, há ainda 26,2% que investiu pouco; de notar ainda que nenhum inquirido refere ter investido muitíssimo na sexualidade. Em sentido oposto estão os investimentos no bem-estar da família, independência, vida como um todo e morte e morrer, na qual se obtiveram mais de 50% de respostas no muito ou muitíssimo investimento.

Tabela 12 – Frequência absoluta e relativa de cada item da escala de investimento na vida pessoal

Investimento na Vida Pessoal	Muito pouco (1)	Pouco (2)	Mais ou menos (3)	Muito (4)	Muitíssimo (5)
Saúde	0	16 (15,5%)	39 (37,9%)	38 (36,9%)	10 (9,7%)
Funcionamento intelectual	3 (2,9%)	22 (21,4%)	34 (33,0%)	34 (33,0%)	10 (9,7%)
Passatempos e interesses	3 (2,9%)	21 (20,4%)	35 (43,0%)	34 (33,0%)	10 (9,7%)
Relações com amigos e conhecidos	1 (1,0%)	14 (13,6%)	47 (45,6%)	34 (33,0%)	7 (6,8%)
Sexualidade	58 (56,3%)	27 (26,2%)	11 (10,7%)	7 (6,8%)	0
Bem-estar da família	3 (2,9%)	12 (11,7%)	35 (34,0%)	48 (46,6%)	5 (4,9%)
Independência	0	12 (11,7%)	36 (35,0%)	48 (46,6%)	7 (6,8%)
Vida como um todo	0	7 (6,8%)	37 (35,9%)	50 (48,5%)	9 (8,7%)
Morte e morrer	0	6 (5,8%)	36 (35,0%)	54 (52,4%)	7 (6,8%)

De acordo com estes valores constatamos que a amostra deste estudo, tem apenas 10,7% (n=11) de inquiridos com baixo investimento pessoal; 75,7% (n=78) com moderado investimento e os restantes 13,6% (n=14) apresentam um elevado investimento na vida pessoal. Estes resultados são apresentados na tabela 13.

Tabela 13 - Caracterização da amostra de acordo com a Escala de Investimento na Vida Pessoal

Escala investimento na Vida Pessoal	N	%
Baixo investimento	11	10,7
Moderado investimento	78	75,7
Elevado investimento	14	13,6
Total	103	100

3.2 – Análise Inferencial

Procederemos agora à validação ou refutação das hipóteses formuladas. Antes de apresentarmos os testes temos que tecer algumas considerações sobre as variáveis em análise.

A independência funcional dos idosos avaliados pelo índice de Barthel foi operacionalizada em três categorias: independentes, ligeiramente dependentes e moderada a totalmente independente.

A variável idade foi categorizada em três classes: 65 a 74 anos, 75 a 84 anos e mais de 84 anos.

O estado civil foi operacionalizado em três grupos: solteiros/divorciados, casados/união de facto e viúvos.

A variável local de residência foi agregada em duas classes: institucionalizados e domicílio com apoio formal/centro de dia.

H1 – Existe associação entre o gênero e o investimento pessoal dos idosos

Para testar a variável gênero no investimento na vida pessoal dos idosos recorreremos ao teste Qui-quadrado cujos resultados apresentamos na tabela 14. De notar que o valor de prova obtido é superior a 5% pelo que o gênero e o investimento na vida pessoal não estão associadas de forma estatisticamente significativa. Confrontados com estes resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 14 – Teste de associação entre o gênero e o investimento na vida pessoal

		Investimento na vida pessoal			Total	ET (valor prova)
		Baixo investime nto	Moderado investime nto	Elevado investime nto		
Sexo	Masculino	N observado 6	N observado 32	N observado 9	47	$\chi^2_{(2)} = 2,983$ $vp = 0,225$
		N esperado 5,0	N esperado 35,6	N esperado 6,4	47,0	
	Feminino	N observado 5	N observado 46	N observado 5	56	
		N esperado 6,0	N esperado 42,4	N esperado 7,6	56,0	
Total		11	78	14	103	

H2 – Existe associação entre o gênero e a independência funcional dos idosos

Na tabela 15 apresentamos as frequências observadas e as esperadas nos vários cruzamentos entre o sexo e a independência funcional, a estatística do teste e o valor de prova associado ao teste qui-quadrado. O valor de prova obtido é inferior a 5% pelo que as variáveis em causa estão associadas de forma estatisticamente significativa, validando-se a hipótese formulada, constatando-se assim que os homens são mais independentes do que as mulheres, pois os homens independentes observados são claramente superiores aos esperados, registando-se tendência contrária nas mulheres.

Tabela 15 – Teste de associação entre o gênero e a independência funcional dos idosos

		Independência funcional			Total	ET (valor prova)
		Independente	Ligeiramente dependente	Moderadamente totalmente dependente		
Sexo	Masculino	N observado 29	9	9	47	$\chi^2_{(2)} = 15,68$ $vp < 0,001$
		N esperado 19,2	13,7	14,1		
	Feminino	N observado 13	21	22	56	
		N esperado 22,8	16,3	16,9		
Total		42	30	31	103	

H3 – Existe associação entre a idade e o investimento pessoal dos idosos

Para testar esta hipótese tivemos que categorizar a variável idade em três faixas etárias, a saber: 65 a 74 anos; 75 a 84 anos e 85 ou mais anos.

Deste modo, recorreremos ao teste exato de Fisher que é o teste alternativo do teste qui-quadrado, quando não se validam os pressupostos de aplicabilidade, cujos resultados apresentamos na tabela 16.

O valor de prova obtido é superior a 5% pelo que se conclui que as variáveis idade e investimento na vida pessoal não estão associadas de forma significativa. Assim sendo rejeitamos a hipótese enunciada.

Tabela 16 – Teste de associação entre a idade e o investimento na vida pessoal

		Investimento na vida pessoal			Total	ET (valor prova)
		Baixo investime nto	Moderado investime nto	Elevado investime nto		
Idade	65 a 74 anos	N observado 2	5	2	9	<i>Fisher = 5,673</i> <i>vp = 0,189</i>
		N esperado 1,0	6,8	1,2		
	75 a 84 anos	N observado 6	37	5	52	
	N esperado 5,6	39,4	7,6			
	85 ou mais anos	N observado 3	36	3	42	
		N esperado 4,5	31,8	5,7		
Total		11	78	14	103	

H4 – Existe associação entre a idade e a independência funcional dos idosos

Na tabela 17 apresentamos os resultados do teste de associação de Fisher para avaliar a dependência da idade e da independência funcional. Recorremos a este teste, pois não se validaram os pressupostos de aplicabilidade do teste qui-quadrado. O valor de prova obtido foi de $0,921 > 5\%$ pelo que as variáveis em causa são estatisticamente independentes. Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 17 – Teste de associação entre a idade e a independência funcional

		Independência funcional			Total	ET (valor prova)	
		Independente	Ligeiramente dependente	Moderadamente totalmente dependente			
Idade	65 a 74 anos	N observado	3	2	4	Fisher = 1,077 vp = 0,921	
		N esperado	3,7	2,6	2,7		
	75 a 84 anos	N observado	22	15	15		
		N esperado	21,2	15,1	15,7		
	85 ou mais anos	N observado	17	13	12		
		N esperado	17,1	12,2	12,6		
	Total		11	78	14		103

H5 – Existe associação entre o estado civil e o investimento pessoal dos idosos

Na tabela 18 apresentamos as frequências observadas e as esperadas resultantes do cruzamento entre o estado civil e o investimento na vida pessoal, assim como os resultados associados ao teste Kruskal-Wallis. Como o valor de prova obtido é inferior a 5% a associação estas variáveis é estatisticamente significativa, perante estes dados somos levados a aceitar a hipótese enunciada, destacando-se que os idosos casados ou que vivem em união de facto com um elevado investimento na vida pessoal são em número superior ao esperado, e tendência contrária nos viúvos.

Tabela 18. Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil e o investimento na vida pessoal

		Investimento na vida pessoal		ET (valor prova)
Estado civil	Solteiro, separado ou divorciado	Ordem média	60,81	$\chi^2_2 = 1,383$ $vp = 0,501$
	Casado, união de facto	Ordem média	51,60	
	Viúvo	Ordem média	50,17	

H6 – Existe associação entre o estado civil e a independência funcional dos idosos

As variáveis estado civil e independência funcional dos idosos são estatisticamente independentes pois o valor de prova obtido no teste de Fisher é superior a 5% como se constata na tabela 19. Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 19 – Teste de associação entre o estado civil e a independência funcional dos idosos

		Independência funcional			Total	ET (valor prova)
		Independente	Ligeiramente dependente	Moderado a totalmente dependente		
Estado civil	Solteiro, separado, divorciado	N observado	7	2	4	$Fisher = 4,877$ $vp = 0,300$
		N esperado	5,3	3,8	3,9	
	Casado, união de facto	N observado	16	7	12	
		N esperado	14,3	10,2	10,5	
	Viúvo	N observado	19	21	15	
		N esperado	22,4	16,0	16,6	
Total		42	30	31	103	

H7 – Existe associação entre o local de residência e o investimento pessoal dos idosos

As variáveis local de residência e investimento na vida pessoal estão associadas de forma estatisticamente significativas, pois o valor de prova obtido no Mann-Whitney foi de $0,013 < 5\%$. Valida-se então a hipótese formulada, e destacamos que os idosos que residem no seu domicílio com apoio ou em centros de dia apresentam ordem média claramente superior à dos idosos institucionalizados. Isto traduz um maior investimento na vida pessoal por parte dos primeiros. Estes resultados são apresentados na tabela 20.

Tabela 20 – Teste de associação entre o local de residência e o investimento na vida pessoal dos idosos

			Investimento na vida pessoal	ET (valor prova)
Local de residência	Institucionalizado	Ordem média	47,09	$U = 811,50$ $vp = 0,013$
	Domicílio com apoio ou centro de dia	Ordem média	62,41	

H8 – Existe associação entre o local de institucionalização e a independência funcional dos idosos

Na tabela 21 apresentamos os resultados associados ao cruzamento das variáveis instituição e independência funcional dos idosos. O valor de prova obtido é inferior a 5% pelo que as variáveis estão associadas de forma estatisticamente significativa. Perante este resultado somos levados a aceitar a hipótese formulada. E, os idosos do Lar de S. João de Deus com dependência moderada a severa são em menor número que o esperado, sendo a diferença compensada na categoria moderadamente dependente com número observado superior ao esperado. Na ERSJB o número de idosos independentes é superior ao esperado. Na UCCM e no lar de Bruço o número de idosos com dependência moderada e total é claramente superior ao que é esperado.

Tabela 21 – Teste de associação entre a instituição e a independência funcional dos idosos

		Independência funcional			Total	ET (valor prova)		
		Independente	Ligeiramente dependente	Moderadamente totalmente dependente				
Instituição	Lar S. João de Deus	N observado	11	12	6	29	<i>Fisher</i> = 18,928 <i>vp</i> = 0,002 *	
		N esperado	9,9	7,9	11,2			
	ERSJB	N observado	11	4	6			21
		N esperado	7,2	5,7	8,1			
	UCCM	N observado	2	1	7			10
		N esperado	3,4	2,7	3,9			

H9 – Existe associação entre a existência de patologias e o investimento pessoal dos idosos

Na tabela 22 apresentamos os resultados no teste de Mann-Whitney usado para comparar o investimento na vida pessoal entre os idosos com e sem patologias associadas. O valor de prova obtido é superior a 5% pelo que não há diferenças entre os dois grupos. Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 22 – Teste de Mann-Whitney entre patologia e investimento na vida pessoal

		Investimento na vida pessoal		ET (valor prova)
Patologia	Sim	Ordem média	51,30	<i>U</i> = 59850 <i>vp</i> = 0,570
	Não	Ordem média	56,10	

H10 – Existe associação entre a existência de patologias e a independência funcional dos idosos

A independência funcional dos idosos não está associada de forma estatisticamente significativa com a existência de alguma patologia, pois o valor de prova obtido no teste de Fisher foi de 0,115 > 5%. Estes resultados são apresentados na tabela 23, e perante eles somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 23 – Associação entre patologia e a independência funcional do idoso

		Independência funcional			Total	ET (valor prova)
		Independente	Ligeiramente dependente	Moderada totalmente dependente		
Patologia	Sim	N observado	32	28	28	<i>Fisher</i> = 4,465 <i>vp</i> = 0,115
		N esperado	35,9	25,6	26,5	
	Não	N observado	10	2	3	
		N esperado	6,1	4,4	4,5	
Total		42	30	31	103	

H11 – Existe associação entre a prática de exercício físico e o investimento pessoal dos idosos

Na tabela 24 apresentamos os resultados do teste Mann-Whitney entre a prática de exercício físico e o investimento na vida pessoal. A associação entre estas variáveis revelou-se com significância estatística, pois o valor de prova é inferior a 5%, validando-se assim a hipótese formulada, sendo os idosos que praticam exercício físico os que apresentam maior investimento na vida pessoal.

Tabela 24 – Teste de Mann-Whitney entre a prática de exercício físico e investimento na vida pessoal

		Investimento na vida pessoal		ET (valor prova)
Prática exercício físico	Sim	Ordem média	57,16	$U = 309,50$ $vp < 0,001$
	Não	Ordem média	43,88	

H12 – Existe associação entre a prática de exercício físico e a independência funcional dos idosos

A independência funcional dos idosos está associada de forma estatisticamente significativa com a prática de exercício físico, pois o valor de prova obtido no teste Mann-Whitney é $0,027 < 5\%$. Valida-se assim a hipótese formulada e observa-se que os indivíduos que praticam exercício físico são os que apresentam maior independência funcional. Estes resultados são apresentados na tabela 25.

Tabela 25 – Teste Mann-Whitney entre a prática de exercício físico e a independência funcional do idoso

		Independência funcional		ET (valor prova)
Prática exercício físico	Sim	Ordem média	67,09	$U = 935,00$ $vp = 0,027$
	Não	Ordem média	28,24	

H13 – Existe associação entre a funcionalidade familiar e o investimento na vida pessoal

A funcionalidade familiar dos idosos está associada de forma estatisticamente significativa com o investimento na vida pessoal, pois o valor de prova obtido no teste Kruskal-Wallis foi $0,006 < 5\%$. E observa-se que os idosos com famílias altamente funcionais são os que apresentam maior investimento na vida pessoal, comparativamente aos idosos com famílias severamente disfuncionais.

Estes resultados são apresentados na tabela 26 e permitem validar a hipótese 13.

Tabela 26 – Teste Kruskal-Wallis entre a funcionalidade familiar e a independência funcional do idoso

			Investimento na vida pessoal	ET (valor prova)
Funcionalidade familiar	Altamente funcional	Ordem média	58,78	$\chi^2_2 = 10,344$ $vp = 0,006$
	Disfunção leve	Ordem média	50,99	
	Disfunção severa	Ordem média	29,04	

H14 – Existe associação entre a funcionalidade familiar e a independência funcional dos idosos

A funcionalidade familiar não está associada à independência funcional dos idosos, pois o valor de prova obtido no teste Kruskal-Wallis é $0,429 > 5\%$, como se observa na tabela 27. [Somos](#) assim levados a rejeitar a hipótese formulada.

Tabela 27 - Teste Kruskal-Wallis entre a funcionalidade familiar e a independência funcional dos idosos

			Independência funcional	ET (valor prova)
Funcionalidade familiar	Altamente funcional	Ordem média	48,12	$\chi^2_2 = 1,691$ $vp = 0,429$
	Disfunção leve	Ordem média	55,76	
	Disfunção severa	Ordem média	55,35	

4 – Discussão dos Resultados

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, precederemos a discussão e interpretação dos mesmos, salientando os resultados mais relevantes de forma a obter conclusões que nos permitam dar resposta aos objetivos previamente delineados.

A nossa amostra foi constituída por um total de 103 indivíduos com 65 ou mais anos, ou seja idosos que se encontravam institucionalizados em uma das valências da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro (SCMM), ou em regime de centro de dia ou apoio domiciliário na mesma instituição. Existe um predomínio de indivíduos do sexo feminino (54,4%), relativamente a 45,6% de indivíduos do sexo masculino. A feminização do envelhecimento demográfico é uma realidade traduzida nos dados do INE (2011). Também Martins (2004) na sua dissertação de doutoramento “Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu” corrobora esta predominância do sexo feminino (56,8%) na população idosa.

No que concerne as idades da nossa amostra estas variam entre os 65 e os 100 anos, com uma média de idade de 83,17 anos o que também reforça o crescimento da quarta idade destacada nos dados demográficos do País.

No referente a outras variáveis sociodemográficas utilizadas na caracterização da nossa amostra, podemos de um modo geral descrevê-la dizendo que a maioria dos sujeitos são viúvos (53,4%). Estes dados vão de encontro aos resultados do estudo realizado por Carvalho e Dias (2011), onde se verifica que quanto ao estado civil a maioria (52,5%) são viúvos.

A situação residencial da nossa amostra traduz a tendência existente para a institucionalização dos nossos idosos, visto que 68% da nossa amostra está institucionalizada contra 29,1% dos idosos se encontram no seu domicílio e 2,9% que se encontram em regime de centro de dia.

Desta forma os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao referido pelo INE (2002) e citado por Aleixo, Escoval, e Fonseca (2012) em que a maioria dos idosos residem em lares, cerca de 51.017 pessoas idosas, sendo a maioria mulheres (69%) e 85% do total de residentes tem idades superiores a 75 anos.

Neto e Corte-Real (2013) citando o INE (2007), referem que no ano de 2004 existiam 56.535 pessoas idosas institucionalizadas num total de 1517 lares de terceira idade legais, a que corresponde a 3,2% de idosos institucionalizados, tendo em conta as estimativas do INE para o total da população idosa a existir nesse ano.

No que concerne ao tempo de institucionalização, obteve-se uma variação entre 1 mês e 30 anos, com uma média de 3,7 anos, dados semelhantes aos apresentados por Peres (2014) na sua tese de mestrado em Gerontologia Social onde a maioria dos idosos encontram-se institucionalizados há mais de 4 anos (50%) e 28,6% entre 2 e 4 anos.

Ao refletir sobre a saúde, a grande maioria dos idosos referem sofrer de alguma patologia (85,4%) contra 14,6% que refere não sofrer de qualquer doença. Estes dados estão em sintonia com o estudo de Gonçalves (2015), no qual 93,0% dos idosos referiram sofrer de alguma patologia contra apenas 7,0% disseram não estar doentes. Em 2004, a DGS mencionou que a população idosa portuguesa, sobretudo os que têm mais de 75 anos, caso da maioria dos indivíduos que constituem a nossa amostra, consideram a sua saúde como má ou muito má, refletindo-se na procura dos cuidados de saúde.

No que respeita ao tipo de doença de que padece, podemos observar que as que predominam são as doenças do sistema músculo-esquelético (25,0%), cardiovascular (23,9%) e neurológicas (21,6%). Outros estudos consultados confirmam os dados por nós obtidos, tais como Ferreira (2011) onde 62,5% da sua amostra apresentava patologia a nível osteoarticular e tecido conjuntivo e 37,5% apresentava patologia do foro neurológico não traumático.

Contrariamente ao expectante devido a média elevada de idades, a nossa amostra tem um nível de atividade física elevada uma vez que 61,2% respondeu que realizava atividade física, onde a caminhada surge como principal atividade física (60,2%) contra apenas 1% da ginástica. Apenas 38,8% dos idosos questionados respondeu não realizar qualquer atividade física. Estes dados contrariam os obtidos por Silva (2011) na qual a sua amostra tinha um nível de atividade física habitual relativamente baixa (38,46%). Porém quando falamos do tipo de atividade física também a caminhada surge como atividade eleita pela amostra do estudo de Silva (2011), com uma percentagem de 83,34%.

Quanto a promoção de atividades físicas pelas instituições, todas as valências proporcionam pelo menos um tipo de atividade física como é o caso da Unidade de Cuidados Continuados de Mogadouro (UCCM) que disponibiliza fisioterapia, onde 11,4% dos seus utentes participa. Já as restantes valências além de fisioterapia também disponibilizam ginástica, e a Estrutura Residências São João Batista permite mesmo aos idosos realizar hidrogenástica, onde 20,0% dos seus residentes participam das várias atividades físicas promovidas. Apenas a valência Lar de S. João de Deus demonstra tendência contrária às outras valências com a maioria dos utentes a não participar nas atividades físicas disponíveis (22,3% em 41,4%). Esta preocupação da SCMM em

disponibilizar várias possibilidades de atividades físicas vai de encontro ao defendido por Barkay & Tabak (2002) com base em estudos por eles realizados em instituições geriátricas, nos quais ficou provado que a manutenção ou recuperação da autonomia é um elemento essencial no contributo de uma maior satisfação com a vida e conseqüentemente um aumento da participação social por parte dos idosos.

Para avaliar a autonomia ou independência dos idosos face às AVD's recorreremos a aplicação do índice Barthel. Este índice faz parte das escalas obrigatórias na SCMM, o que nos permitiu reunir dados no momento da admissão dos idosos e atualmente. Contrariando o expectante devido a avançada média de idades quase metade da nossa amostra são independentes em todas as AVD's atualmente (40,8%). Estes nossos dados contrariam o afirmado por Freire Júnior & Tavares (2006) de que em idades avançadas (ressalvamos que a nossa média de idades é de 83,17 anos), acentuam-se as limitações levando a uma maior dependência nas AVD's. Porém a Carta Social (2009) do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), refere que em 2007, apenas um em cada três utentes das respostas estudadas, que coincidem com as do nosso estudo, são dependentes ou grandes dependentes, o que vai de encontro aos dados por nós obtidos, onde apenas 5,8% e 13,6% são considerados severamente dependentes e totalmente dependentes respetivamente.

Quando observamos os resultados tendo em conta as dez AVD's verificamos que é na higiene onde encontramos maiores frequências relativas na categoria dependente, quer no momento da admissão (55,3%) como atualmente (66,0%). É na AVD alimentação na qual a nossa amostra se mostra mais independente em ambos os momentos 80,6% mantendo-se mesmo inalterável. Também sem oscilações aparecem as percentagens de independentes para as AVD's transferência cama/cadeira e na deambulação. Estes resultados estão em sintonia com os obtidos por Marinho, Vieira, Costa & Andrade (2012), os indivíduos da sua amostra apresentam melhor capacidade de execução das AVD's alimentação (86,4%) e transferências (67,2%). Em contrapartida na AVD higiene, assim como no nosso estudo, os idosos demonstraram menor capacidade de execução (68,8%).

De uma maneira geral, no nosso estudo verificou-se uma diminuição da percentagem de independentes do primeiro para o segundo momento de avaliação das AVD's, sendo o maior decréscimo (10,0%) registado na higiene. Talvez possamos explicar estes resultados com o afirmado por Pavarine (1996) para o qual nas instituições de longa permanência a dependência física é muitas vezes estimulada pelos próprios colaboradores que preferem ajudar os idosos nas suas AVD's quando eles apresentam alguma inabilidade para executar determinada tarefa embora não sejam incapazes de fazê-la.

A independência da maioria da nossa amostra corrobora o referido por Martins (2006), que os problemas de saúde e a conseqüente perda de autonomia não surgem como os principais fatores apontados pelos idosos para a decisão do internamento, mas sim o isolamento.

Relativamente a funcionalidade familiar 48,5% encontram-se inseridos numa família altamente funcional e apenas 12,6% referem estar inseridos numa família disfuncional. No estudo de Andrade & Martins (2011) 62,4% da sua amostra refere integrar uma família altamente funcional. Segundo o estudo "Carta Social" do MSST a grande maioria das pessoas em situação de dependência residente em lares (72,0%) tem uma relação regular com a família.

No que concerne ao investimento pessoal constatamos que a maioria dos idosos (75,7%) acha ter tido um investimento moderado, 13,6% elevado e 10,7% baixo investimento. De facto as respostas situam-se nos itens "mais ou menos" ou no "muito", principalmente nas categorias saúde (37,9%;36,9%), no funcionamento intelectual (33,0%, 33,0%), relações com amigos (45,6%, 33,9%) e independência (35,0%, 46,6%). Pelo contrário na categoria sexualidade os nossos idosos revelam investir pouco (56,3%). Em síntese poderemos inferir que os idosos da nossa amostra investe na sua vida pessoal, com vista a um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida, o que vai de encontro ao estudo de Andrade e Martins (2011) no qual 92,2% da amostra classificou-se como tendo qualidade de vida.

No presente estudo pretendeu-se analisar se o género influenciava o investimento pessoal e a independência funcional. Em relação ao investimento pessoal não ficou provado a influência do género. Porém comprovou-se que o género influencia a independência funcional contrariando o resultado do estudo de Ferreira (2011). No entanto os nossos resultados são corroborados por Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003), que conclui no seu estudo que o sexo está fortemente ligado à ocorrência de dependência, sendo duas vezes superior para as mulheres em relação aos homens.

Era também nosso objetivo testar a existência de relação entre a variável idade e o investimento pessoal bem como a dependência funcional, porém tais hipóteses não foram validadas. Este resultado está em sintonia com o observado por Farias e Martins (2013) no seu estudo no qual contrariamente ao esperado pelas investigadoras a idade avançada dos inquiridos não provocou uma diminuição da QV. No entanto estes resultados devem ser interpretados com alguma reserva na medida que há estudos que defendem o contrário. Andrade e Martins (2011) concluíram que a idade influenciava a qualidade de vida, principalmente em grupos etários acima dos 65 anos, sendo assim também deveria influenciar o investimento pessoal, no entanto no nosso estudo tal não se verificou.

Relativamente a hipótese do estado civil influenciar o investimento pessoal, essa hipótese foi validada, verificando-se que a associação entre estas variáveis é estatisticamente significativa, destacando-se os idosos casados ou em união de facto com uma percepção mais elevada no

investimento na vida pessoal logo melhor qualidade de vida, tendência contrária ao que apresentam os viúvos. Contrariamente a Andrade e Martins (2011) que não observaram diferenças significativas estatisticamente, mas comparativamente os casados ou com companheiro apresentavam melhor qualidade de vida que os solteiros. Também Martins (2004) no seu estudo verificou que os idosos divorciados e casados auferiam de melhor qualidade de vida do que os viúvos e solteiros.

No que concerne a existência de haver associação entre o estado civil e a independência funcional tal hipótese não foi validada. Pinto (2011) no seu estudo não encontrou também relação entre o estado civil e a independência funcional, no entanto Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003) afirma que o estado de viuvez pode influenciar de forma negativa a capacidade funcional do idoso.

Na análise da relação do local de residência com o investimento pessoal dos idosos confirmamos que as mesmas estão associadas de forma estatisticamente significativas ($0,013 < 5$), os idosos que residem no domicílio com apoio ou em regime de centro de dia apresentam um maior investimento pessoal que os idosos institucionalizados. Martins e Mestre (2014) verificaram que de um modo geral a maioria dos idosos da sua amostra em estudo apresentava uma boa qualidade de vida, no entanto esta é superior nos idosos residentes na comunidade.

Já em relação a existir associação entre o local de institucionalização e a dependência funcional o valor de prova obtido é inferior a 5%, assim sendo as variáveis estão associadas de forma estatisticamente significativa. Os nossos dados vão de encontro aos apresentados no estudo da Carta Social (2007), onde é no lar de idosos que surge a percentagem mais elevada de dependentes (cerca de 50%), seguido da serviço de apoio domiciliário, residência de idosos e por fim centro de dia. No mesmo estudo é ainda acrescentado que o facto do serviço de apoio domiciliário para idosos não deter uma elevada percentagem de dependentes se deve a natureza desta valência que tem, como objetivo manter o idoso no seu domicílio o maior tempo possível, potenciando a sua autonomia relativa.

Outro ponto de discussão era sobre a influência que a existência de patologias exerce sobre o investimento pessoal e a independência funcional, em ambas as hipóteses os valores de prova obtidos foram superiores a 5% não se validando as hipóteses. Drago e Martins (2012) surpreenderam-se ao constatar que no exercício das AVD's o nível de independência da sua amostra, na qual 80,7% dos idosos referiu sofrer de doenças concomitantes, situava-se nos 84%, assim como em relação ao grau de satisfação com a vida a maioria (48,7%) referiu estar muito satisfeito com a vida.

No estudo sobre a existência de associação entre a prática de exercício físico e o investimento pessoal e a independência funcional ambas as hipóteses foram validadas com valores de prova inferiores a 5%. Relativamente ao investimento pessoal, Farias & Martins (2013) concluíram que a limitação das atividades físicas contribui para o maior prejuízo na QV. Como também anteriormente destacou Néri (1993), quanto mais ativo o idoso, maior será a sua satisfação com a vida e, conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Faria (2012) no seu artigo sobre a atividade física e autonomia instrumental das pessoas idosas confirmou que há relação entre a atividade física e a atividade instrumental. O mesmo autor fazendo referência a Moreira e Borges (2009), Carvalho (2008) e Nelson (2007) afirma que atualmente é defendida a ideia de que as pessoas idosas deviam inserir-se num programa de exercício sistémico ao longo da vida de forma a manter ou melhorar a sua autonomia funcional.

Num último ponto de discussão pretendíamos perceber se a funcionalidade familiar influencia o investimento pessoal e a independência funcional. No caso do investimento pessoal um valor de prova $<5\%$ validou a nossa hipótese. Os resultados do nosso estudo estão em consonância com os de Andrade e Martins (2011) e Freitas (2014).

Em relação a associação entre a funcionalidade familiar e a independência funcional não se confirmou uma vez que o valor de prova $\hat{e} > 5\%$, assim sendo a funcionalidade familiar não influencia a independência funcional dos idosos. Estes resultados contrariam os obtidos por Borges (2013) e Torres, Reis, Reis, Fernandes, Alves, Sampaio e Mascarenhas (2009) que defendem que a funcionalidade familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física do idoso. Borges (2013) fazendo referência a Oliveira (2003) afirma que os indivíduos com melhor funcionalidade familiar no seu estudo são os que apresentam um maior nível de independência funcional.

5 – Conclusões

Com o presente estudo pretendíamos atingir os objetivos por nós definidos na introdução. Nesse sentido descreveram-se as características sociodemográficas e clínicas da nossa amostra. Além disso, foi descrito o nível de investimento pessoal assim como o nível de independência funcional da nossa amostra. Identificamos um conjunto de possíveis variáveis que poderiam influenciar quer o investimento pessoal da nossa amostra bem como a independência funcional.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência é na atualidade um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Nesse sentido o nosso trabalho assume uma pequena importância neste longo caminho a percorrer pela sociedade. Torna-se sem dúvida importante compreender a nossa população idosa.

Como referimos anteriormente recorremos a um estudo transversal e analítico-correlacional, que contou com uma amostra de 103 idosos residentes na SCMM. Deste total concluiu-se no que concerne aos aspetos demográficos que, 54,4% eram do sexo feminino e 45,6% do sexo masculino, com uma média de idades de 83,17 anos.

Em relação ao estado civil a maioria da nossa amostra são viúvos (53,4%), sendo os restantes solteiros (10,7%), casados ou em união de facto (34,0%) e divorciados/separados (1,9%).

Relativamente a situação residencial dos nossos inquiridos a maioria (68,0%) encontra-se institucionalizados, os restantes (32,0%) encontram-se em regime de centro de dia ou com apoio domiciliário. Em relação ao tempo de permanência dos indivíduos institucionalizados obtemos uma média de 3,7 anos.

No que respeita a caracterização clínica constatou-se que 93,0% dos idosos da nossa amostra referiram sofrer de alguma patologia e apenas 14,6% afirmou não sofrer de qualquer doença. A patologia mais frequente são as do sistema músculo-esqueléticas (25,0%) seguidas das do sistema cardiovascular (23,9%) e neurológicas (21,6%).

Quanto a realização de exercício físico a grande maioria da nossa amostra afirmou ser fisicamente ativa (61,2%), sendo a caminhada a principal atividade (60,2%). No que respeitas

as atividades físicas promovidas pelas várias valências, a UCCM promove apenas fisioterapia com uma participação de 11,4% num total de 14,3% utentes, o Lar SJD é onde registamos menor adesão as atividades promovidas (fisioterapia e ginástica) com apenas 18,6% de respostas positivas num total de 41,4%. A ERSJB promove ainda hidroginástica para além da fisioterapia e ginástica, e 20,0% dos seus clientes num total de 30,0% participam nas atividades existentes.

No que diz respeito à caracterização dos níveis de independência funcional 40,8% da amostra surge como independente em todas as AVD's. Analisando as dez categorias da escala é na higiene que os idosos demonstram maior nível de dependência (admissão 55,3%) com tendência a aumentar com o passar dos anos (66,0% atualmente). A AVD com maior nível de independência é a alimentação com a mesma percentagem nos dois momentos de avaliação (68,8%).

Em relação a funcionalidade familiar a grande maioria da nossa amostra (48,5%) percebe estar inseridos em famílias funcionais e apenas 12,6% classifica a sua família como disfuncional.

Considerando as percepções existentes sobre os níveis de investimento pessoal constatamos que a maioria dos idosos (75,7%) acha ter tido um investimento moderado, 13,6% elevado e 10,7% baixo. De facto as respostas situaram-se nas opções "mais ou menos" e "muito" nas categorias de saúde (37,9%, 36,9%), no funcionamento intelectual (33,0%, 33,0%), relações com amigos (45,6%, 33,9%) e independência (35,0%, 46,6%). A categoria sexualidade revelou-se a que obtém menor investimento, com 56,3% da nossa amostra a investir pouco.

Em relação às hipóteses estudadas, concluímos que foram rejeitadas as hipóteses (H1, H3, H4, H6, H9, H10, H14) e em contrapartida foram aceites as que seguidamente descrevemos:

- H2 – O género associa-se significativamente a independência funcional dos idosos, sendo os homens são mais independentes do que as mulheres;
- H5 – O estado civil associa-se significativamente o investimento pessoal dos idosos da nossa amostra, sendo os idosos casados ou que vivem em união de facto os que apresentam um elevado investimento na vida pessoal contrariamente aos viúvos;
- H7 – O local de residência associa-se significativamente o investimento pessoal, sendo os idosos que residem no domicílio os que apresentam um maior investimento na vida pessoal comparativamente aos institucionalizados;
- H8 – O local de institucionalização associa-se significativamente a independência funcional dos idosos, sendo os idosos residentes na ERSJB os mais independentes.
- H11 – A prática de exercício físico associou-se significativamente ao investimento pessoal dos idosos, sendo os idosos que realizam exercício físico os que apresentam maior investimento pessoal;
- H12 – A prática de exercício físico associa-se significativamente a independência funcional dos idosos, sendo os idosos que praticam exercício físico os que apresentam maior independência funcional;

- H13 – A funcionalidade familiar associa-se significativamente ao investimento pessoal, sendo os idosos com famílias altamente funcionais os que apresentam maior investimento pessoal relativamente aos idosos com famílias disfuncionais;

Após este resumo das hipóteses aceites pudemos concluir que as variáveis sociodemográficas se associam ao investimento pessoal e na independência funcional quando testadas dimensão a dimensão, concretamente o género masculino, o estar casado ou viver em união de facto, o residir no domicílio, bem como outras variáveis como a prática regular de exercício físico e o estar inserido numa família funcional. Não ficou provado no nosso estudo que a variável clínica (sofrer ou não de patologias) influencia-se significativamente as nossas variáveis dependentes.

À semelhança de outros estudos também nós reconhecemos que o nosso apresenta algumas limitações: referimos especialmente uma limitação temporal que impediu a obtenção de uma amostra mais elevada em nº, o que limita generalizações a outras populações, bem como a seleção dos participantes, visto alguns utentes da SCMM apresentarem alterações cognitivas graves não tendo sido incluídas na nossa amostra.

Em jeito de conclusão diremos que muitos de nós profissionais de saúde trabalham diariamente com idosos e têm um forte desejo de contribuir para que estes vivam melhor o que lhes resta da sua vida. Para que esta ajuda seja efetiva teremos que conhecer as reais condições que os envolvem, bem como a sua própria vontade em investir na vida pessoal e na independência no desenvolvimento das atividades de vida diária, razões pelas quais investimos neste estudo e nesta temática.

Aumentámos o nosso conhecimento, ficamos mais ricos e com um campo alargado de intervenção sobretudo no domínio da reabilitação do idoso na sua maior abrangência.

Trabalhos como o nosso pretendem incentivar outros estudos nesta área bem como reunir conhecimento para que possamos realizar um excelente trabalho junto dos nossos idosos e para compreender melhor as suas limitações, desejos, ansiedades e receios.

Referências Bibliográficas:

- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Balter, P. & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da Quarta Idade. *A Terceira idade*, 36 (17), 7-25. Acedido em: http://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/4ed8a079-074e-4baf-8f72-6770562f0853.pdf.
- Carneiro, R. (Coor), (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Acedido em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Colén, M. (2012). Envelhecimento ativo ou investimento numa vida inteira. *Cidade Solidária*, 27-28, (12-17).
- Correia, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Drago, S. & Martins, R. (2012). A depressão no Idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Franco, J., (2010). Envelhecer bem: uma questão de sucesso. *Nursing* (254). Acedido em: <http://www.nursing.pt/envelhecer-bem-uma-questao-de-sucesso/> .
- Faria, T. (2012). Atividade Física e Autonomia Instrumental das Pessoas Idosas. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25 (9-16).
- Farias, G. & Martins, R. (2013). Qualidade de Vida da Pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Millenium*, 45, 195-209.

- Freitas, A. (2014) *A Influência dos Laços Familiares na Qualidade de vida dos Idosos: um estudo numa instituição de acolhimento*. (Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedida em <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9515>.
- Ferreira, A. (2011). *(In)dependência Funcional em Idosos Domiciliados “Intervenção de Enfermagem de Reabilitação”* (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedida em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1660>.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Gonçalves, C. (2015). *A Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/12048>.
- Instituto Nacional de Estatísticas (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatísticas (2013). *Estatísticas Demográficas 2013*. Lisboa.
- Lobo, A. & Pereira, A. (2007). Idosos Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência Série II* (4) 61-68.
- Marques, E., Sánchez, C., Vicario, B. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência Série IV* (nº1) Fev-Mar (75-84). Acedida em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1314>.
- Martins, R. (2004). *Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu* (Dissertação de Doutoramento da Universidade da Extremadura). Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Millenium*, 32, 126-140.
- Martins, R., Andrade, A.I., Rodrigues, M.L. (2010). A vida... Vista pelos Idosos. *Millenium*, 39, 121-130.
- Martins, R. & Mestre M. (2014). Esperança e Qualidade de vida em Idosos. *Millenium*, 47, 153-162.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Acedido em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP Versão 2*. Lisboa: IGIF.
- Paulos, C. (2010). *Gestão de Instituições para Idosos Qualidade, Humanidade e Eficiência em Cuidados Geriátricos*. Lisboa: Quadritópico, Lda.

- Paschoal, S. (2011). Qualidade de Vida na Velhice. In E. V. Freitas [et al.], *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 99-106). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Peres, M. (2014). *Os Idosos Institucionalizados Estudo de Algumas Variáveis*. (Dissertação de Mestrado no Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr.º Lopes Dias). Acedido em <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2707>.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pordata (2016). *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Retirado de Base de dados Portugal Contemporâneo. Acedido em: <http://www.pordata.pt/>.
- Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009). *Carta Social rede de serviços e equipamentos: O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados*. Lisboa: GEP. Acedido em: www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2002). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Acedido em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas1.aspx>.
- Quaresma, M. – Interrogar a dependência. O Sentido das Idades da Vida – Interrogar a solidão e a dependência. *ISSSL*, Cesdet Edições (2004) 37-50.
- Rodrigues, L. (2013). Qualidade de Vida do Idoso e Envolvimento Comunitário Envelhecimento Ativo. *Nursing* (208). Acedido em: <http://www.nursing.pt/?s=Qualidade+de+Vida+do+idoso+e+envolvimento+Comunit%C3%A1rio+Envelhecimento+ativo>.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*. Lisboa: Edições Lidel.
- Silva, J. (2011). *A Influência da Atividade Física na Qualidade de Vida dos Idosos*. (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1676>.
- Souza, R., Costa, G., Yamashita, C., Amendola, F., Gaspar, J., Alvarenga, M.,..., Oliveira, M. (2014). *Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos*. Acedido em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf.

Apêndices

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins

INVESTIGADOR COLABORADOR: Cristiana Isabel Silva Fermento

CURSO: IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

DOMÍNIO DE INVESTIGAÇÃO

Alterações músculo-esqueléticas

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Caro(a) Participante, antes de responder às questões que integram este questionário, gostaria de informá-lo(a) que:

- ✓ O presente estudo insere-se numa investigação acerca das alterações.
- ✓ Gostaria de pedir a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue, agradecendo os comentários e as sugestões que, por ventura, lhe pareçam adequadas para melhorar a compreensão da problemática em estudo.
- ✓ Este questionário é apresentado de forma simples e não despendará muito tempo no seu preenchimento.
- ✓ Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que, tentando ser o mais honesto/ sincero possível, responda de acordo com a sua opinião a todas as questões.
- ✓ Os resultados destinam-se, apenas e só, à elaboração desta investigação elaborada no âmbito IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pelo que as suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, para fins estatísticos.
- ✓ Será garantido o anonimato e confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário, apenas e só no consentimento informado por questões legais e maior fiabilidade.

Muito Obrigado.

Parte I

Elementos Sociodemográficos

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade (anos): _____

3. Estado Civil: Solteiro
 Casado/União de facto
 Viúvo
 Divorciado/Separado

Parte II

Dados Relativos à Institucionalização

4. Encontra-se:

Institucionalizado Valência : _____

Tempo de permanência (meses): _____

No domicílio com apoio domiciliário

Centro de dia

5. Sofre de alguma doença?

Sim Qual: _____

Não

6. Realiza alguma atividade física?

Sim Qual: _____

Não

7. Caso se encontro institucionalizado, a sua instituição promove atividades físicas?

Sim Qual: _____

Não

7.1 Caso promova atividades físicas, você participa nessas atividades?

Sim

Não

Parte III - Avaliação das atividades de vida diárias - Escala de Barthel

	Pontos	Admissão	Neste momento
ALIMENTAÇÃO			
Independente	10		
Necessita de ajuda	5		
Dependente	0		
HIGIENE			
Independente	10		
Dependente	0		
VESTIR			
Independente	10		
Necessita de ajuda	5		
Dependente	0		
ARRANJO PESSOAL			
Independente	10		
Dependente	0		
DEFECAÇÃO			
Continente	10		
Acidente Ocasional	5		
Incontinente	0		
MICÇÃO			
Continente	10		
Acidente Ocasional	5		
Incontinente	0		
IR À CASA DE BANHO			

Independente	10		
Necessita de ajuda	5		
Dependente	0		
TRANSF.CAMA/CADEIRA			
Independente	10		
Necessita de ajuda	5		
Dependente	0		
DEAMBULAÇÃO			
Independente	10		
Necessita de ajuda	5		
Dependente	0		
SUBIR E DESCER ESCADAS			
Independente	10		
Necessita de ajuda	5		
Dependente	0		
Total de Pontos			

Parte III – Funcionalidade Familiar ESCALA DE APGAR FAMILIAR

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa?			
2. Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema?			
3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4. Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			

5. Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?			
TOTAL			

Parte IV - Conhecimento de Investimento na Vida Pessoal

	1	2	3	4	5
	Muito Pouco	Pouco	Mais ou Menos	Muito	Muitíssimo
1. Sua saúde					
2. Seu Funcionamento intelectual					
3. Seus passatempos e interesses					
4. Suas Relações com amigos e conhecidos					
5. Sua sexualidade					
6. O bem-estar da sua família					
7. Sua independência					
8. Sua vida como um todo					
9. A morte e o morrer					

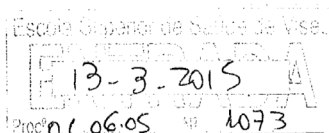
Obrigado pela sua colaboração.

Apêndice II – Pedido de Autorização para efetuar colheita de dados



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MOGADOURO
RUA 5 DE OUTUBRO - 5200-218 MOGADOURO
TELEFONE 279 342 847 FAX 279 341 186

Entregue cópia ao SAO - PM
13/3/2015



Ex.º Sr.º
Presidente da Escola Superior de Saúde
De Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,
N.º 102

3500-843 VISEU

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	Mogadouro
ESSV 0209	06/03/2015	26/D	11/03/2015

ASSUNTO: AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS

Em referência ao v/ ofício supra mencionado, cumpre-me informar, que esta Instituição autoriza a recolha de dados/informação dos seus utentes, no período e para os efeitos referidos.

Com os melhores cumprimentos,

O Provedor:

(João Manuel Santos Henriques, Dr.)

Apêndice III - Parecer da Comissão de Ética



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 6/2015

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "INVESTIMENTO PESSOAL E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM IDOSOS"

Tendo a estudante **Cristiana Isabel Silva Fermento**, mestranda do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins, solicitado parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do já referido curso, incluindo como participantes idosos institucionalizados em Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar a perceção dos idosos, sobre o seu investimento na vida pessoal e avaliar a independência funcional, possibilitando assim a promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos idosos que acederem a participar no estudo e, que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomenda-se, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte da investigadora na recolha de informação e administração dos questionários;
- Considerando que os dados colhidos ou a colher, não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e, tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 8 de abril de 2015

O relator

A presidente da CE da ESSV

